

INTRODUCCIÓN

El escrito que se expondrá a continuación, corresponde al Trabajo Integrativo Final de la Especialización en Psico-Oncología que se dicta en UCES - Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales.

El mismo tiene como antecedentes dos trabajos finales pertenecientes a los Niveles I y II de dicha Especialización cuyos títulos fueron: Abordaje Histórico de la Muerte en Occidente, y Articulación de un Caso Clínico con el Proceso de Duelo.

Para comenzar, se hará una breve reseña de lo elaborado en cada uno de ellos. Esto facilitará comprender la temática elegida en el escrito que se presentará a continuación. Además, servirá a los fines de mostrar su significatividad en la clínica y en el abordaje psicoterapéutico del paciente oncológico.

En relación a la primera monografía, se recorrieron los siguientes períodos históricos: Antigüedad, Edad Media, los siglos XVII al XVIII, y la Actualidad. En cada uno de ellos se describieron, la actitud del hombre ante la muerte y los rituales funerarios existentes.

Transitar y hacer referencia a la muerte a lo largo de estas épocas, además de confirmar que esta cuestión ha sido el gran interrogante de la humanidad a lo largo de los tiempos, reflejó que todo lo que rodea a la muerte, su definición, sus reacciones, el duelo y el luto, están influidos por el contexto histórico, social y cultural en el que ocurren.

En el caso del segundo trabajo, se exploró el tema del duelo en la actualidad, se definieron sus etapas, su manifestación, el proceso de elaboración normal, sus posibles complicaciones, y el tratamiento psicoterapéutico a seguir.

Además, se presentó el caso clínico de una paciente oncológica, y se transcribieron los contenidos de algunas de las entrevistas para luego articularlas con lo expuesto a propósito del duelo.

En principio, el haber adquirido los conocimientos y competencias propios de la Psico-oncología, a partir del plan de estudios propuesto por la Dirección de la Especialización, propició a la afinidad de las temáticas elegidas y elaboradas al término de cada uno de los Niveles.

Más aún, contribuyó a reflejar que el tema del cáncer en nuestra cultura está íntimamente relacionado con la muerte. Gran parte de la bibliografía existente en relación a la Psico-oncología así lo confirma.

A propósito de esto, Elisabeth Kübler-Ross, Médica Especialista en Psiquiatría, quien ha dedicado gran parte de su vida al trabajo con enfermos terminales y sus familias, en uno de sus libros más reconocidos, *Sobre la Muerte y los Moribundos*, manifiesta lo siguiente:

El mero hecho de decir a un paciente que tiene cáncer le hace consciente de su posible muerte. A menudo la gente considera un tumor maligno equivalente a una enfermedad mortal: los tiene por sinónimos. Esto es básicamente cierto, y puede ser una bendición o una maldición, según cómo se trate al paciente y a la familia en esta situación crucial. El cáncer es todavía para la mayoría una enfermedad mortal, a pesar del número cada vez mayor de verdaderas curaciones y de importantes remisiones. (Kübler-Ross, 1975, p. 47-48)¹.

Asimismo, Jennifer Middleton, Psicóloga Clínica de la Universidad de Chile, con más de veinte años de experiencia en el tratamiento psicológico de los enfermos con cáncer, declara en uno de sus libros:

La sola palabra cáncer se asocia con la muerte, por lo que aún los pacientes de buen pronóstico siempre necesitan profundizar en este tema. Como en nuestra sociedad es un tema tabú, les resulta difícil hacerlo con su propia familia, pues la respuesta invariable es: “No hables de eso, tu no te vas a morir”, por lo que quedan aislados en sus angustias. (Middleton, 2001, p. 36)².

De la misma manera, María Bosnic, Doctora en Psicología y actual Directora de la Especialización en Psico-Oncología de UCES - Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales, enuncia en su trabajo *Humanización de la Salud* lo siguiente:

¹ Kübler-Ross, Elisabeth. *Sobre la muerte y los moribundos*. Barcelona, Grijalbo, 1975. p. 47-48.

² Middleton, Jennifer. *Yo (no) quiero tener cáncer. Una guía práctica para modificar el escenario donde se gestan el cáncer y otras enfermedades*. Santiago de Chile, Grijalbo, 2001. p. 36.

Cuando se le dice a un paciente con cáncer que puede curarse, pocos son los que confían; ni creen que le indiquen un determinado tratamiento como forma de prevención. En estos pesa el viejo estigma de: cáncer igual a muerte, y también es un delicado punto a trabajar, para que no funcione dentro de él como un mandato que juegue en contra de su mejoría: total o parcial. (Bosnic, 1999, p.53)³.

Por otra parte, es importante agregar que el conocimiento de que se está enfermo de cáncer, provoca un impacto y una conmoción tal en el psiquismo de la persona, comparable al que produce una catástrofe, a la manera de un trauma. Es así, que a partir del diagnóstico, y en otros momentos de su enfermedad, el paciente oncológico experimentará discontinuidad y desorganización, que afectarán su capacidad integradora y de elaboración.

Concretamente, atravesará pérdidas físicas, emocionales, sociales, espirituales y económicas entre otras, a partir de las cuales experimentará tristeza, temores, enojo, y muchos otros sentimientos que le serán difíciles de manejar. Aunque algunas de ellas sean concientes y otras no, la aceptación de lo irreversible de la situación, y su consiguiente elaboración, darán cuenta de la existencia de un proceso de duelo.

A propósito de esto, Alcira Mariam Alizade, Médica Especialista en Psiquiatría y Psicoanalista, con gran experiencia clínica en el abordaje de pacientes moribundos, principalmente en el campo de la oncología, declara:

Toda vida implica necesariamente toparse con las marcas de ser mortal. Por tales entiendo situaciones que aproximan vertiginosamente al sujeto la idea de su finitud a través de experiencias o vivencias directas que lo ponen en contacto con su estado viviente de ser perecedero. (Alizade, 1996, p.36)⁴.

Por consiguiente, conocer acerca de los duelos que atraviesa el paciente oncológico en diferentes momentos de su enfermedad, es en su beneficio, ya que contribuye a la aceptación o “legalización de los síntomas” (Bosnic, 1999, p.51)⁵.

Dichas manifestaciones pueden expresarse a nivel físico, emocional, espiritual y conductual en las diferentes etapas de la enfermedad. Incluso, este tipo de orientación favorece y propicia a un abordaje más amplio, comprensivo y humano de los profesionales que trabajan con este tipo de pacientes.

³ Bosnic, María. Humanización de la Salud. *Quirón*, 30 (1999):36-57.

⁴ Alizade, Alcira Mariam. *Clínica con la muerte*. Buenos Aires, Amorrortu, 1995. p. 36.

⁵ Bosnic, María. Op.Cit., p.51.

Respecto de la bibliografía, se han consultado autores pertenecientes a la Medicina Oncológica, desde donde se definirá el cáncer, los métodos de diagnóstico y los tratamientos. De la Psicología Clínica y Humanista, se tomarán los modelos explicativos del duelo y sus aportes en relación al concepto de persona y al abordaje psicoterapéutico. Del Psicoanálisis Clásico, se utilizarán sus definiciones en relación al duelo. Se integrarán desarrollos de la Psiquiatría de Enlace y de la la Psico-Oncología, en relación al abordaje del paciente oncológico, y sus contribuciones acerca del duelo. Se empleará material perteneciente a los Cuidados Paliativos y la Tanatología, en relación a la muerte y el duelo. Se citarán fragmentos relevantes al tema, pertenecientes a la Literatura. Finalmente, se han consultado páginas Web, y portales nacionales e internacionales, vinculados al tema de la oncología y el cáncer.

Por último, se ha utilizado material bibliográfico proporcionado por los docentes titulares en cada una de las materias de la Especialización. Incluso, han resultado muy provechosas las clases teóricas dictadas por ellos, en las que no solo han aportado sus conocimientos en el tema, también y aún más importante, han ofrecido su calidad humana y profesional.

Recapitulando, a continuación se presentará un estudio de caso a partir del cual se abordará un tema de importancia en la clínica psico-oncológica, cuyo título elegido es: Un Estudio Descriptivo Sobre los Duelos que Atraviesa el Paciente Adulto con Enfermedad Oncológica. El contenido está organizado en tres capítulos.

En el primer capítulo se desarrollarán conceptos generales sobre la enfermedad oncológica, se conceptualizará todo lo referente al cáncer, es decir, su definición, el momento del diagnóstico, los tratamientos y sus efectos secundarios.

En el segundo capítulo se expondrán conceptos generales sobre duelo, se lo definirá, se describirán algunos modelos explicativos, y se hará una aproximación a diagnósticos diferenciales con algunos trastornos psiquiátricos.

En el tercer capítulo se desarrollará el estudio de caso, se describirá el abordaje psicoterapéutico aplicado, y se caracterizarán los duelos que atraviesa el paciente oncológico en diferentes etapas de la evolución de su enfermedad.

Finalmente, se formulará la conclusión del trabajo.

CONCEPTOS GENERALES SOBRE ENFERMEDAD ONCOLÓGICA.

1.1 Cáncer. Definición.

La Asociación Española contra el Cáncer, suministra en su página Web, información actualizada vinculada al cáncer en adultos y niños, los tratamientos, la prevención, las estadísticas, y la investigación. Además difunde y asesora en temas relacionados con la ayuda social y los organismos y entidades ocupados en la materia. Respecto del cáncer publica lo siguiente:

La palabra cáncer es un término muy amplio que abarca más de doscientos tipos de enfermedades (tumores malignos). Cada una de ellas posee unas características particulares, que en algunos casos son completamente diferentes al resto de otros cánceres, pudiendo considerarse enfermedades independientes, con sus causas, su evolución y su tratamiento específico. (Asociación Española contra el Cáncer, 2009)⁶.

El Dr. Manuel Raúl Montesinos (2009)⁷, docente titular de las materias Conceptos sobre Oncología I y II de la Especialización, explica que a pesar que esta enfermedad afecta a personas de cualquier raza, sexo, religión y situación socio-económica, en la actualidad se observa un aumento de su frecuencia con la edad, lo que la convierte en la segunda causa de muerte después de las enfermedades cardiovasculares. En relación a la biología celular explica lo siguiente:

⁶ Asociación Española contra el Cáncer. *¿Qué es el cáncer?* [en línea]. Dirección de acceso al número del día de la consulta:

<http://www.todocancer.com/ESP/Informacion+Cancer/El+c%C3%A1ncer/Que+es+el+cancer.htm>
[Consulta:1 de Marzo 2009].

⁷ Montesinos, Manuel Raúl. *Conceptos sobre oncología I.-2009*. Buenos Aires:Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales, 2009.

Actualmente se acepta que el origen del cáncer es un cambio genético de un grupo de células, que con el tiempo se traduce en un cambio morfológico y biológico. Estos cambios hacen que las células se multipliquen sin control, se expandan por los tejidos vecinos y ocupen otros órganos. Esta evolución, en un tiempo variable, puede llevar a la muerte al paciente. (Montesinos, 2009, p.9)⁸.

Por otra parte, el Dr. Montesinos (2008)⁹ al referirse al proceso por el cual una célula normal se convierte en una célula constituyente de un tumor maligno, describe los factores o agentes que afectan al material genético celular y están relacionados con la aparición de la enfermedad. Entre ellos enumera, los carcinógenos físicos y químicos, los factores hereditarios, las neoplasias endocrinas múltiples, y los virus oncogénicos.

Finalmente, el Instituto Nacional de Cáncer (2007)¹⁰ advierte que en el caso de producirse una metástasis, el nuevo tumor tendrá el mismo tipo de células anormales que el tumor primario. Por esta razón, recibe el mismo nombre que aquel. Esto significa, que si el cáncer de próstata hace metástasis a los huesos, la enfermedad será cáncer metastásico de próstata y no cáncer de hueso.

⁸ *Ibíd.*, p. 9.

⁹ Montesinos, Manuel Raúl. *Conceptos sobre oncología I -2008*. Buenos Aires: Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales, 2008.

¹⁰ Instituto Nacional de Cáncer. *El proceso del cáncer* [en línea]. Dirección de acceso al número del día de la consulta: <http://www.cancer.gov/espanol/tipos/necesita-saber/cancer/page2>[Consulta: 1 de Marzo 2009].

1.2 Métodos de Diagnóstico Clínico.

Establecer el diagnóstico clínico de cáncer es esencial, ya que a partir de él, el médico decidirá el tratamiento a seguir, y estimará un pronóstico de acuerdo al estado clínico del paciente, y a las estadísticas vigentes. En tanto debe precisarse con la mayor certeza, son diversos los procedimientos existentes para arribar al mismo.

Ante todo, en la primera consulta, a partir de escuchar a la persona y hacer una exploración física, el médico confeccionará la historia clínica. En la misma incluirá datos referidos a antecedentes de enfermedades en la familia y personales, tratamientos recibidos, internaciones, hábitos o estilos de vida, antecedentes laborales, y todo lo relacionado al estado general actual de la persona, para lo cual le requerirá una descripción detallada de los síntomas o molestias por los cuales consulta, si este fuera el motivo del encuentro.

Acto seguido, indicará diferentes tipos de pruebas necesarias para completar la historia clínica y determinar con precisión y exactitud el diagnóstico. Los estudios existentes para este fin son: los exámenes de laboratorio, los métodos de diagnóstico por imagen, y las biopsias. A continuación se detallarán sintéticamente cada uno de ellos, según la descripción del Dr. Montesinos (2008)¹¹.

Al inicio generalmente, son requeridas las pruebas de laboratorio. Según sea el caso, se solicitará análisis de sangre, orina, materia fecal, de líquido pleural, líquido cefalorraquídeo, y/o mucosidad de las fosas nasales.

Posteriormente, los métodos de diagnóstico por imagen, permiten obtener imágenes del interior del cuerpo. El profesional a cargo seleccionará la técnica según sea el órgano que necesite explorar, el tipo de tumor, el estadio de la enfermedad, la disponibilidad y la accesibilidad económica. Los métodos más comunes son: los estudios radiográficos, la tomografía computada, la resonancia magnética nuclear, la ecografía, los estudios de medicina nuclear, y la tomografía por emisión de positrones.

¹¹ Montesinos, Manuel Raúl. Conceptos sobre Oncología I -2008. Op. Cit.

A continuación, con los resultados de las pruebas anteriores y en el caso que se sospeche la presencia de cáncer, para confirmar o descartar esta suposición y arribar a un diagnóstico de certeza, se solicitará una biopsia. En este caso, será el patólogo quien estudie las muestras de tejidos o células extraídas por el cirujano, comunicando posteriormente los resultados en un informe anátomo-patológico.

Existen dos tipos de biopsias: citológicas e histológicas. Las primeras consisten en extraer material celular de secreciones, y líquidos de órganos y glándulas. Las segundas, exploran fragmentos sólidos de tejidos. Para este fin, el cirujano puede extraer una parte o la totalidad de la lesión sospechosa.

Finalmente, con toda la información obtenida, el oncólogo establece la estadificación. A través de este procedimiento asigna una categoría al paciente según la gravedad de la neoplasia.

A propósito de este concepto, el Dr. Montesinos explica: “El término neoplasia significa nuevo crecimiento, sin especificar el carácter benigno o maligno del mismo, reservándose únicamente la aplicación del término cáncer a aquellos tumores de comportamiento maligno.” (Montesinos, 2009, p. 10)¹².

En la actualidad el sistema de estadificación existente internacionalmente es el TNM. A través de él se expresan: el tamaño del tumor (T), la ausencia o presencia de tumor en ganglios regionales (N), y la ausencia o presencia de metástasis (M).

¹² Montesinos, Manuel Raúl. Conceptos sobre Oncología I – 2009. Op. Cit. p. 10.

1.3 Impacto Psicológico del Diagnóstico.

La etapa del diagnóstico de cáncer, se inicia mucho antes de la comunicación por parte del médico al paciente, del nombre científico de la patología oncológica que padece, y además, abarca algunas otras circunstancias anteriores no menos significativas en el largo trayecto que la persona tendrá que transitar a partir de él.

Referir acerca de estas situaciones, implica relatar los motivos que llevan a la consulta médica. Algunas veces sucede que la persona concurre por síntomas, molestias, o indicios, que le advierten algún tipo de disfuncionalidad en su organismo, que le preocupan, le llaman la atención, son diferentes a afecciones anteriores, e incluso en algunos casos le hacen pensar en la eventualidad de algo grave. Otras veces, ocurre que el diagnóstico surge como hallazgo en un control médico de rutina.

Luego, se inician los pedidos de turnos para efectuar los estudios que el médico haya indicado, las entrevistas con especialistas, las interconsultas, los trámites en las obras sociales, las esperas de los resultados de los estudios clínicos realizados, la interiorización de un lenguaje conceptual médico desconocido hasta el momento, y el planteo de nuevos interrogantes consigo mismo.

Así como el diagnóstico es una hipótesis de trabajo que el profesional irá reforzando partir de la indagación de los síntomas y la confirmación de los estudios, respecto del paciente, en este primer tiempo anterior a su comunicación, comienzan a debilitarse la sensación de seguridad, control, confianza, y certidumbre, con las que creía que contaba hasta el momento, y particularmente, la preocupación, la expectación, y el pesimismo se van profundizando.

A propósito de esto, Isa Fonnegra de Jaramillo, Psicóloga Clínica reconocida como pionera de la Tanatología en Colombia y América Latina sostiene:

La mera sospecha de que los síntomas que se tiene o los exámenes practicados puedan poner en evidencia la presencia de una enfermedad fatal, activa ansiedades, temores, ideas recurrentes y fantasías con respecto al futuro, que desorganizan la vida en forma notable. Luego, la confirmación del diagnóstico, y la certeza de que no se trata de una sospecha sino de una enfermedad ya comprobada, despiertan en el paciente una sensación agobiante de terror, de pánico, de incertidumbre, de desastre inminente. (Fonnegra de Jaramillo, 2001, p.96)¹³.

En definitiva, todo lo vivido hasta aquí ha alterado muchos aspectos de la cotidianidad personal, familiar, y laboral. Pero el golpe, el choque, el estallido, la conmoción, el impacto, o como sea que la persona nombre a esta realidad que se le impone, acontecerá en el momento de escuchar el diagnóstico.

Concretamente, la vivencia es la de una catástrofe, con la sensación de desborde que desestructura y excede a la persona. Esto lo confirman los testimonios y la abundante bibliografía, vinculados al tema del impacto psicológico del diagnóstico.

Por cierto, la Dra. Vidal y Benito (2008)¹⁴, docente titular de la Especialización, con una vasta experiencia en la Psiquiatría de Enlace y la Psico-Oncología, afirma que el cáncer cumple con los criterios de intensidad y extensión en el tiempo, característicos de un trauma. La autora explica que la intensidad que provoca el saber que se está enfermo de cáncer, sumado al tiempo durante el cual este acontecimiento se impone y domina a la persona, hacen de él un acontecimiento traumático.

A propósito de esto, y como se explicó anteriormente, el tema del cáncer está íntimamente relacionado con la muerte. Esta es la razón por la cual la mayoría de las personas asocian ambas palabras de inmediato.

En *La enfermedad y sus Metáforas*, Sontag (1980)¹⁵ desarrolla algunas ideas referentes al estigma que acompaña a esta patología. Explica que enfermedades como la sífilis y la tuberculosis en otros tiempos, y el cáncer en la actualidad, en tanto sus causas son desconocidas y sus tratamientos poco eficaces, se vuelven metáforas de horror en sí mismas, proyectándose sobre ellas todo lo que se conoce como mal. La salida o solución

¹³ Fonnegra de Jaramillo, Isa. *De cara a la muerte. Como afrontar las penas, el dolor y la muerte para vivir plenamente*. Barcelona, Andrés Bello, 2001. p.96.

¹⁴ Vidal y Benito, María del Carmen. *Psiquiatría y psicología del paciente con cáncer*. Buenos Aires, Polemos, 2008.

¹⁵ Sontag, Susan. *La enfermedad y sus metáforas*. Barcelona, Muchnik, 1980.

que propone la autora, es desmitificar la enfermedad, dejar de tratarla como algo invencible y demoníaco, y darle el estatuto de verdadera enfermedad.

Debido al efecto traumático que causa el recibir la noticia de estar enfermo de cáncer, es que varios autores han investigado las respuestas o estilos de afrontamiento aplicados por la persona en este momento en particular.

En esta línea, Kübler-Ross (1975)¹⁶ propuso cinco fases o etapas por las que atraviesa el paciente a partir del momento en que recibe el diagnóstico de su enfermedad, a las que denominó, de negación, de ira o enojo, de pacto o negociación, de depresión y de aceptación.

De modo similar, Schavelzon (1988)¹⁷ Doctor en Medicina y Especialista en Oncología y Psicoanálisis, describe el cuadro del impacto emocional agudo, como una respuesta de tipo adaptativa ante una situación perturbadora y vivida como peligrosa.

Finalmente Holland y Lewis (2003)¹⁸, en el libro *La Cara Humana del Cáncer*, analizan y enumeran las fases de negación e incredulidad, equiparable a la primera etapa desarrollada por Kübler-Ross; la fase de confusión, en la que ante una realidad imposible de seguir negando se mezclan sensaciones y pensamientos contradictorios; y la fase de reajuste al diagnóstico, que generalmente se advierte en el momento en que la persona comienza con los tratamientos.

¹⁶ Kübler-Ross, Elizabeth. Op. Cit.

¹⁷ Schavelzon, José. *Paciente con cáncer. Psicología y psicofarmacología*. Buenos Aires, Científica Interamericana, 1988.

¹⁸ Holland, Jimmie; Lewis, Sheldon. *La cara humana del cáncer. Vivir con esperanza afrontar la incertidumbre*. España, Herder, 2003.

1.4 Métodos de Tratamiento.

El objetivo de los tratamientos es en primera instancia curar el cáncer, y cuando esto no fuera posible, controlar la enfermedad y los síntomas. En el primer caso se denominan curativos y en el segundo paliativos. Actualmente los tratamientos que se indican son, quirúrgicos, actínicos, y sistémicos. Algunas neoplasias responderán a uno de ellos y otras a una combinación. A continuación, se hará una sintética descripción de cada uno según lo desarrollado por el Dr. Montesinos (2008)¹⁹:

En primer lugar, y en relación a los tratamientos quirúrgicos con intención curativa, actualmente se practican: la resección local o radical del tumor, la resección regional, en la que además del tumor se extirpan los ganglios que reciben el drenaje linfático, y la resección de la metástasis, para aquellos casos en los que no es posible otro tratamiento.

En el caso de ser paliativa, la cirugía puede ser indicada para facilitar la alimentación, evitar la asfixia, o la obstrucción intestinal. La indicación de cirugía reparadora, tiene el propósito de ayudar a recuperar la funcionalidad o el aspecto estético de zonas del cuerpo que fueron alteradas por la cirugía curativa. Finalmente, los accesos vasculares, permiten la administración de medicación a través de la colocación de catéteres.

En segundo lugar, en relación al tratamiento actínico o radioterapia, actualmente se utilizan, el acelerador lineal, la radioterapia conformada, y la de intensidad modulada, derivada de la anterior y mucho más avanzada.

En el caso de ser externa, se irradia en intensidad uniforme la zona, minimizando la dosis a los tejidos normales que la rodean. Esta es la razón por la cual previamente se planifica el tratamiento en una simulación o marcación, donde se definen el campo a irradiar y la posición corporal del paciente. Respecto a la braquiterapia intracavitaria se emplean aplicadores como catéteres, sondas o stent, en los que se colocan las fuentes radioactivas. Esta técnica puede aplicarse antes, durante, y después de una cirugía. Por último, el empleo paliativo es de efecto rápido y efectivo en síntomas de enfermedad local, y también en metástasis.

¹⁹ Montesinos, Manuel Raúl. Conceptos sobre Oncología I-2008. Op.Cit.

En tercer lugar, el tratamiento sistémico comprende a la quimioterapia, a las terapias biológicas y a la hormonoterapia. La quimioterapia es un tratamiento farmacológico cuyo propósito es la destrucción de la masa tumoral impidiendo su reproducción celular. Las drogas se administran generalmente por vía endovenosa, aunque también por vía oral, intramuscular, subcutánea, e intra-arterial. El tiempo de aplicación es en ciclos, de siete, quince, veintiún, o veintiocho días, con períodos de descanso.

Se la denomina neoadyuvante, cuando es aplicada antes de un tratamiento quirúrgico o radioterapéutico con el objetivo de reducir el volumen del tumor, y adyuvante cuando se la indica en un tiempo posterior, con la intención de destruir células cancerosas que podrían haber quedado. Por último, en el caso de ser paliativa, se utiliza para el alivio sintomático en enfermedades muy avanzadas.

Respecto a las terapias biológicas, la inmunoterapia utiliza al sistema inmune como tratamiento del cáncer. Este sistema, cuya función es la defensa del cuerpo, puede afectarse en su tarea propiciando el desarrollo del cáncer. Este tratamiento tiene como propósito repararlo, estimularlo, y mejorar sus respuestas, con el auxilio de anticuerpos, proteínas (citokinas), y otras sustancias que pueden producirse en laboratorio y emplearse con estos fines.

Finalmente, por medio de la hormonoterapia, se extirpan órganos endocrinos, se administran sustancias que modifican el ambiente tumoral, o se impide la actividad de otras, bloqueando la acción de determinados receptores.

1.4 Efectos Secundarios e Impacto de los Tratamientos.

Luego del impacto del diagnóstico, la persona se enfrenta a una única realidad: tiene cáncer y debe tratarlo. La incertidumbre por el futuro persiste y además se profundiza. Prevalece la sensación de impotencia acompañada de la imposibilidad de seguir negando la enfermedad. Finalmente, a pesar que por momentos domina el desánimo, el pesimismo, y la angustia, subsiste y permanece la esperanza en los tratamientos que tendrá que iniciar.

Esta es la razón por la cual, es fundamental que en este momento la persona haya encontrado un profesional idóneo y competente, que además lo sienta confiable, que le de seguridad, que responda a sus dudas e inquietudes, y además, que trabaje con el equipo y lo haga sentirse parte de él en la toma de decisiones en relación a los tratamientos que tendrá que afrontar.

A propósito de este tema, la Fundación Pre.si.sar en su página Web, explica el concepto de humanización de la salud, y el tema de la calidad humana de los profesionales que están a cargo del paciente oncológico:

Dado que las ciencias se tornan cada vez más fragmentarias por el vertiginoso avance de la tecnología y se privilegia la razón como único método veraz de aproximación, es indispensable hacer un llamado a nuestros profesionales acerca de una nueva visión que incluya además de lo racional, la intuición, las emociones y los sentimientos propios y del paciente. (Fundación Pre.si.sar, 2009)²⁰.

El comienzo de los tratamientos en algunas personas acrecienta sus miedos y angustias perjudicando, obstaculizando, o aplazando este inicio. En cambio en otras contribuye a recuperar la sensación de control sobre la enfermedad, primordialmente si poseen y comprenden la información correcta y adecuada de lo que se está haciendo.

Por otra parte, a pesar que el equipo médico necesita del paciente cierta pasividad, entrega y disponibilidad, el consultarlo, pedirle su opinión, y hacerlo sentir parte en la toma de decisiones, favorece en el paciente el ejercicio de la autonomía y del cuidado de sí mismo, propiciando a una actitud más activa.

²⁰ Fundación Pre.si.sar. Prevención psicológica y salud responsable. *Conceptos básicos: Humanización de la salud -Expresión creativa* [en línea]. Dirección de acceso al número del día de la consulta: <http://www.presisar.org/fund/conceptos.php> [Consulta: 18 de Marzo 2009]

En primer lugar, la cirugía es el tratamiento más antiguo que existe para el cáncer. En algunas personas su indicación genera un gran alivio. La razón es que fantasean que esta intervención eliminará completamente la enfermedad del cuerpo, no tendrán necesidad de ningún otro tratamiento, y el desenlace final será la curación. Otras personas en cambio, la padecen y la sienten como una amenaza, como una agresión, y hasta como un castigo.

Concretamente, la Lic. María del Carmen Mucci, Licenciada en Psicología y Especialista en Psicoprofilaxis Quirúrgica, se refiere a los significados que la cirugía tiene para el paciente:

El proceso quirúrgico, no está exento de mitos y temores. Los temores genéricos, presentes en la mayoría de los pacientes, giran en torno a la anestesia, al dolor, al diagnóstico, a morir y al futuro. A ellos se agregan miedos a los cambios en la imagen y en el esquema corporal (colostomía, amputación, cicatriz, mastectomía), a no contar con redes de apoyo afectivo, a perder la autonomía y la independencia, a la pérdida de control y a lo desconocido, entre muchos otros. Pero por su carácter bivalente, la cirugía se constituye también en esperanza de curación. (Mucci, 2004, p.81)²¹.

Incluso, el efecto que la cirugía provoque será distinto en todas las personas, y tendrá significados diferentes según sea curativa, paliativa, o reparadora. Influye también la zona del cuerpo que se interviene, si se pierde algún órgano o función, si estas pérdidas son definitivas o circunstanciales, si las secuelas son a corto ó a largo plazo, si quedan o no cicatrices, si afecta y en qué modo la calidad de vida, etc.

En segundo lugar, los efectos secundarios de la radioterapia dependen del volumen de superficie y la zona u órgano que se irradie, de la dosis de radiación, y de la periodicidad y cantidad de aplicaciones. Algunos síntomas son transitorios y pueden ser medicados, y otros son de aparición tardía, y permanentes. Por ejemplo, Holland y Lewis (2003)²² explican que la fatiga es un síntoma de presentación universal, provocado por la radioterapia, y aclaran que si bien es esencialmente física, también puede ser síntoma de una depresión que se manifiesta consecuencia de este tratamiento.

²¹ Mucci, María del Carmen. *Psicoprofilaxis quirúrgica. Una práctica en convergencia interdisciplinaria*. Buenos Aires, Paidós, 2004, p. 81.

²² Holland, Jimmie; Lewis, Sheldon. Op.Cit.

Por otra parte, y en relación al efecto o repercusión que produce, la Dra. Vidal y Benito (2008)²³ aclara que al ser un tratamiento que se aplica diariamente y en lapsos largos de tiempo, renueva constantemente la vivencia del cáncer y del impacto del diagnóstico, provocando la sensación de un tiempo detenido.

En tercer lugar, la quimioterapia es un tratamiento sistémico, por el cual las drogas que se aplican afectan no solo a las células tumorales. También, a las sanas, normales, y fundamentalmente a las que se reproducen rápidamente, causando diversos efectos secundarios, según su combinación y la cantidad y duración de los ciclos en que se administren.

Algunos de los efectos secundarios que produce pueden ser inmediatos, como es el caso de los vómitos, la fiebre, o los mareos; otros son agudos y reversibles, como la alteración de glóbulos blancos, rojos y plaquetas, la diarrea, o la alopecia; y además pueden presentarse síntomas crónicos y permanentes como la esterilidad en el hombre y la amenorrea en la mujer, entre otros.

A pesar del malestar, la incomodidad, el fastidio, o el disgusto que estos síntomas puedan provocar, es interesante mencionar la conclusión a la que arriba la Dra. Vidal y Benito en su trabajo de tesis. Allí se refiere a que no puede demostrarse una relación estadísticamente significativa entre quimioterapia y el funcionamiento psico-social. Concretamente afirma:

Si bien todos sabemos que la quimioterapia es un tratamiento que produce un alto grado de malestar en las personas que lo realizan, esto por sí mismo no producirá descompensación emocional. Pero cuando a la quimioterapia se suma el deterioro físico y un mal pronóstico, los enfermos se descompensan y también esto sucede cuando, a pesar del buen pronóstico, coexisten deterioro físico y una personalidad patológica, es decir, con pocos recursos para afrontar a situación. (Vidal y Benito, 2008, p.83)²⁴.

En cuarto lugar, los efectos secundarios de la inmunoterapia varían según los modificadores que se utilicen y también de persona a persona.

En quinto lugar, la hormonoterapia, en tanto se usa para cánceres hormonodependientes, como el de mama y el de próstata, produce efectos adversos que se

²³ Vidal y Benito, María del Carmen. Op.Cit.

²⁴ Vidal y Benito, María del Carmen. Op. Cit., p. 83.

relacionan con la supresión o reducción de los niveles de testosterona en el hombre y de estrógenos en la mujer.

Por último, se harán algunos comentarios referentes al trasplante de médula ósea, en base a lo enunciado por la Dra. Vidal y Benito (2008)²⁵ en su libro *Psiquiatría y Psicología del Paciente con Cáncer*:

El trasplante de médula ósea es un tratamiento intensivo, complejo, y altamente especializado, en el cual se aplican en primer término, altas dosis de quimioterapia y radioterapia. Posteriormente, se transplantan células progenitoras hematopoyéticas que se extraen de la médula ósea o de la circulación periférica.

Existen dos tipos de trasplante, autólogo y alogénico. En éste último, al haber donante, existe la amenaza de la reacción del injerto contra el huésped. El alto riesgo de complicaciones durante la internación y la complejidad del tratamiento, generan miedos no solo en el paciente y su familia, sino también en el equipo médico.

Las etapas que lo componen son, el pretrasplante, el trasplante propiamente dicho y el alta de la unidad de trasplante de médula ósea. Cada una ellas, con sus propias dificultades, temores y expectativas.

²⁵ *Ibíd.*

CONCEPTOS GENERALES SOBRE DUELO.

2.1 Duelo: Semántica y Etimología.

Según la Sociedad Internacional de Psico-Oncología IPOS (2008)²⁶, el idioma inglés dispone de tres palabras para referirse a distintos aspectos del duelo. *Loss*, es un sustantivo que se utiliza para aludir al hecho de ser privado de algo que tiene un significado personal para quien lo experimenta. *Bereavement* es empleado para nombrar a la muerte de una persona muy querida. *Grief* es un sustantivo que se refiere al estado de ánimo o la respuesta emocional ante la pérdida. Por último *mourning* es un sustantivo que se aplica al proceso de adaptación a la pérdida, incluidos los rituales culturales y sociales del duelo.

Por otra parte, según el Diccionario Etimológico de Lengua Castellana (1956)²⁷, uno de los significados de la palabra duelo proviene del latín *duellum*, vocablo con origen en el término *duo* (dos), cuya semántica expresa un combate entre dos personas. Además, proviene del latín *dolere*, que en su acepción de la palabra luto, se utiliza para expresar el sentir dolor.

²⁶ Sociedad Internacional de Psico-Oncología IPOS. *Pérdida, pena y duelo*. [En línea]. Dirección de acceso al número de día de la consulta: <http://www.ipos-society.org/professionals/meetings-ed/core-curriculum/core-curriculum-pres.htm#Spanish> [Consulta: 1 de Abril 2009].

²⁷ Monlau, Pedro Felipe. *Diccionario etimológico de la lengua castellana*. [En línea]. Dirección de acceso al número de día de la consulta: http://books.google.com.ar/books?id=XyITAAAAYAAJ&pg=PA254&lpg=PA254&dq=diccionario+etimol%C3%B3gico,+duelo&source=bl&ots=k-J-sDzvFl&sig=ObdicOjWTwo3qoF73AsgdrO1jZ8&hl=es&ei=hM3kSaPyKZHFtgfyt-GIDg&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1 [Consulta: 1 de Abril 2009].

2.2 Modelos Explicativos del Duelo.

Existen varios modelos explicativos del duelo, provenientes de diversas escuelas y enfoques de la Psicología y el Psicoanálisis. A continuación se describirán algunas de las teorías tradicionales más representativas, y luego se hará una breve reseña de los enfoques más actuales.

En primer lugar, Sigmund Freud (1917)²⁸, creador y referente del Psicoanálisis Clásico, en su artículo Duelo y Melancolía escrito en 1915 y publicado en 1917, definió al duelo como un afecto normal que se expresa como reacción ante la pérdida real y efectiva de una persona amada, o de una abstracción que le resulte significativa al yo.

Describe que a nivel anímico se exterioriza pesar, dolor, pérdida del interés por la realidad exterior y las actividades productivas, e inhibición de la capacidad de amar. Y aclara que todas estas manifestaciones revelan el trabajo de duelo intrapsíquico, que absorbe y ocupa al yo en forma incondicional.

Específicamente, el trabajo de duelo supone un gran gasto de energía y tiempo debido a que, a pesar que la realidad evidencia que la persona o el objeto han dejado de existir, al yo le resulta difícil y doloroso emocionalmente retirar en forma inmediata la libido del objeto perdido. Entonces, este continuará existiendo por un tiempo a nivel psíquico hasta que los recuerdos y expectativas de los que formaba parte queden desinvertidos, momento a partir del cual el yo se encontrará libre y desinhibido como antes de la pérdida.

En segundo lugar, el Psiquiatra Erich Lindemann publica en 1944 *Sintomatología y Manejo del Duelo Agudo*, desde la perspectiva psicoanalítica. Este fue el primer estudio empírico sobre duelo (grief), efectuado a partir de la observación de una muestra de cien pacientes, integrada por amigos y familiares de algunos de los centenares personas que murieron en el incendio de un conocido club nocturno de Boston en 1942.

²⁸ Freud, Sigmund. Duelo y Melancolía. En su: *Obras completas*. Buenos Aires, Amorrortu, 1989, v.14.

Según lo expresa Lartigue (1991)²⁹, Lindemann identifica síntomas físicos y emocionales que se manifiestan a partir de los diez a quince días de ocurrida la pérdida. Entre ellos, reacciones somáticas, como respiración entrecortada, trastornos digestivos, fatiga, y falta de energía o de fuerza muscular. Además, observa una intensa preocupación por la imagen del muerto, sentimiento de culpa, como autoacusación por pequeñas omisiones o negligencias en el cuidado otorgado, hostilidad, irritabilidad, imposibilidad de manifestar empatía y consuelo, y dolorosa incapacidad para el inicio y mantenimiento de patrones organizados de conducta.

Respecto de las etapas, Barreto Martín y Soler Saiz (2007)³⁰ hacen una breve descripción de las enunciadas por Lindemann. La primera, denominada de conmoción e incredulidad, se caracteriza por la incapacidad para aceptar la pérdida. La segunda, llamada de duelo agudo, se caracteriza por la aceptación de la pérdida, desinterés por lo cotidiano, llanto, sentimiento de soledad, y las manifestaciones somáticas anteriormente detalladas. Por último, la de resolución del proceso de duelo, se singulariza por la gradual reconexión a las actividades cotidianas, y la reducción de la preocupación por la imagen del fallecido.

En tercer lugar, John Bowlby Médico y Psicoanalista inglés, elabora a partir de la observación directa del vínculo entre el niño y su madre la Teoría del Apego, integrando aportes de la Etología, la Biología, Teorías de la Información, el Psicoanálisis y la Psicología Cognitiva.

Bowlby (1993)³¹ explica que la conducta de apego es un comportamiento instintivo, presente en todas las especies, que promueve a que una persona logre o mantenga la proximidad con respecto a otra preferida, diferenciada, y específica, a la que denomina figura de apego. Asimismo agrega, que dicha conducta se origina y desarrolla en los primeros años de vida, dentro del vínculo materno-filial, y está presente y activa en forma potencial durante toda la vida.

²⁹ Lartigue, Teresa [y otros]. *Salud comunitaria: Una visión Panamericana*. [En línea]. Dirección de acceso al número de día de la consulta: http://books.google.com.ar/books?id=6GcHrS-K9hkC&pg=PA94&lpg=PA94&dq=salud+comunitari,+lindemann&source=bl&ots=ItNYyvnL0b&sig=qnxIF2MGx4h0_orMl60YaqVITNQ&hl=es&ei=rZLkSeK1HonKtgfF6Zm8DA&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1#PPA95,M1 [Consulta: 3 de Abril 2009].

³⁰ Barreto Martín, Pilar; Soler Saiz, M.del Carmen. *Muerte y duelo*. Madrid, Síntesis, 2007.

³¹ Bowlby, John. *La pérdida. Tristeza y depresión*. Barcelona, Paidós, 1993. (El apego y la pérdida – 3)

Respecto del duelo, formula su teoría acerca de la pérdida, e incorpora aportes de investigaciones de colegas contemporáneos. Específicamente describe cuatro fases. La primera de ellas, llamada de embotamiento, tiene una duración de horas a días, y es la reacción inmediata ante la pérdida. La describe como una sensación de aturdimiento y de anestesia emocional, que puede ser interrumpida por episodios de pena o enojo.

La segunda, denominada de anhelo y búsqueda de la figura perdida, puede extenderse por meses y años, y se caracteriza por la toma de conciencia de la pérdida, acompañada de dolor, pena, anhelo, inquietud, pensamientos obsesivos, y la sensación de presencia del fallecido. Aclara que la incredulidad de la muerte lleva a la búsqueda ansiosa y a la esperanza de recuperar a la persona perdida. Por último explica que la ira, propia de esta fase, puede ser dirigida hacia los que se cree que tienen responsabilidad de la pérdida, y también se manifiesta ante el desengaño del re-encuentro.

La tercera, de desorganización y desesperanza, pone en evidencia el ejercicio cotidiano de sobrellevar emociones tan discordantes como son el anhelo, la búsqueda, y la cólera, junto con la depresión y la apatía que surgen ante la frustración del reencuentro.

Por último, la cuarta fase llamada de reorganización, se singulariza por la redefinición realista del sí mismo y de la propia realidad, a partir de la toma de conciencia de la pérdida.

En cuarto lugar, se destacan los aportes del Psiquiatra Colin Murray Parkes, Consultor Honorario de St. Christopher's Hospice y fundador del Cruse Bereavement Care, organización de voluntariado para personas en duelo en el Reino Unido, quien ha realizado investigaciones acerca del duelo en viudas. Su primer estudio lo efectuó en Londres en el año 1970, y el segundo en 1974 en Boston, junto con sus colegas Glick y Weis.

Bowlby (1993)³² destaca y utiliza en su teoría algunos de los hallazgos de Parkes en relación al duelo. Entre ellos, la búsqueda inquieta de lo que se ha perdido, no solo como acto de movimiento corporal, sino también como una exploración visual. La tendencia a cometer errores de interpretación perceptual, y la inclinación o atracción por frecuentar ciertos lugares o poseer determinados objetos. El llanto que acompaña al recuerdo y a las palabras utilizadas para hablar de la persona perdida, expresan el intento de recuperarla.

³² *Ibíd.*

Finalmente, la tendencia a dirigir la ira hacia diferentes personas, y la presencia de autorreproches.

Además, Parkes utiliza el concepto de realización, para referirse a una readaptación de las representaciones internas, en relación a los cambios producidos en la vida a partir de la pérdida.

En quinto lugar, se distingue el desarrollo de la reconocida Psiquiatra Elizabeth Kübler-Ross. En su célebre libro, *Sobre la Muerte y los Moribundos* publicado 1969, describe su modelo de cinco etapas por las cuales atraviesa el paciente desde que recibe el diagnóstico de enfermedad terminal hasta su muerte. Incluso la autora advierte, que este enfoque también es válido para el análisis del duelo en los familiares. A continuación se las describirá brevemente:

Kubler-Ross (1975)³³, denomina a la primera fase de negación, con el fin de significar la primera reacción ante el diagnóstico. Y aclara, que esta actitud es sana y esperable ante la dolorosa realidad con la que la persona se enfrenta.

La segunda es la fase de ira, que se dirige y proyecta especialmente a las personas cercanas al paciente, favoreciendo el alivio del disgusto, la irritación, y la amargura que la situación le provoca.

La tercera es la fase del pacto, en la que el paciente espera recibir como recompensa, ante el cumplimiento de las indicaciones médicas y familiares, su mejoría o al menos que el tiempo de vida se extienda un poco más.

La cuarta recibe el nombre de fase de depresión, y se caracteriza por la toma de conciencia no solo de las pérdidas que ha sufrido, producto de la enfermedad y de los tratamientos, sino también de las pérdidas definitivas que sufrirá. Lo que genera en el paciente, la necesidad de revisar y reflexionar acerca del sentido de su vida.

Por último la fase que llama de aceptación, no alude a resignación sino a un estado de paz, de tranquilidad, y de reconciliación consigo mismo, con la vida, con los otros, y con su muerte inminente.

³³ Kübler-Ross, Elisabeth. Op.Cit.

En definitiva, las teorías tradicionales hasta aquí detalladas, explican al duelo como un proceso en etapas que se suceden siempre de la misma manera, casi en forma rígida, las cuales se caracterizan por síntomas y manifestaciones que se presentan de manera universal, ante las distintas situaciones de pérdida y en diferentes personas.

Además, plantean que se extiende por una determinada cantidad de tiempo, resolviéndose a su término, con la aceptación de la pérdida y la recuperación o reestablecimiento del doliente. Por consiguiente, en base a este razonamiento, caracterizan como patológico al duelo que se extiende más allá del tiempo esperado, o que presenta alteraciones o complicaciones en el proceso, en relación a la intensidad de los síntomas, por exceso o por defecto.

Esta es la razón por la cual, los enfoques tradicionales han sido cuestionados por sus limitaciones, y en cierta medida por el carácter simplista de la teoría de las etapas, dando lugar al surgimiento de modelos explicativos alternativos. Uno de los más representativos, es el enfoque constructivista de Robert A. Neimeyer, Director de Psicoterapia del Departamento de Psicología de Memphis. Concretamente, formula lo siguiente respecto del duelo:

La principal presuposición de esta perspectiva, relacionada con lo que se ha denominado el enfoque constructivista en psicoterapia, es la de que el proceso fundamental de la experiencia del duelo es el intento de reconstruir el propio mundo de significados. (Neimeyer, 2002, p. 118)³⁴.

Según Neimeyer (2002)³⁵ cada persona construye su universo de significados desde donde concibe el mundo, y el sí mismo. Al producirse una pérdida, ésta puede ajustarse a las expectativas, explicaciones, y presuposiciones existentes, o puede cuestionarlas y obligar a que se reconstruyan nuevos significados desde los cuales interpretar, organizar, y dar sentido a la propia identidad y a la pérdida. Es así que el duelo, tendrá características propias y particulares en cada persona, y también será diferente según la pérdida que se viva.

³⁴ Neimeyer, Robert A. *Aprender de la pérdida. Una guía para afrontar el duelo*. Buenos Aires, Paidós, 2002. p. 118.

³⁵ *Ibíd.*

Específicamente, se lo concibe como un proceso activo, que implica múltiples elecciones prácticas para el doliente. Incluso, los sentimientos de negación, depresión, ansiedad, culpa, y hostilidad no tienen que ser eliminados, sino que cumplen una función dentro del proceso de reconstrucción de significados.

Asimismo, se destaca el valor de lo relacional y lo cultural en su elaboración, ya que las teorías o expectativas familiares y culturales acerca de la muerte, la pérdida, el comportamiento, y el sentir de los dolientes, influirán en el proceso de elaboración personal.

Por último, otro de los modelos alternativos en la explicación del duelo es el elaborado por Margaret Stroebe y H. Schut, denominado Modelo de Proceso Dual. Barreto Martín y Soler Saiz (2007)³⁶ aclaran que este modelo describe la adaptación o familiarización de la pérdida como fluctuante, mostrando una oscilación constante y permanente entre dos formas de funcionamiento. Es decir, en determinados momentos del proceso, el doliente efectúa el trabajo de duelo propiamente dicho, intentando encontrar sentido a lo que experimenta a partir de la pérdida, y en otros se focaliza en sus actividades domésticas, laborales, y en los vínculos y relaciones con los demás, presentando cierto grado de evitación de la realidad, lo que le permite realizar los ajustes necesarios para su reorganización.

³⁶ Barreto Martín, Pilar; Soler Saiz, M.del Carmen. Op.Cit.

2.3 Trastornos Psiquiátricos y Duelo.

Es frecuente que algunos pacientes empleen la palabra depresión para dar cuenta de su sentir y su reacción ante la desesperación o el desborde emocional que les produjo el recibir el diagnóstico, también para explicar el fastidio y la incomodidad que le ocasionan los tratamientos, así como para expresar la incertidumbre y la inseguridad respecto del futuro.

En principio, en cualquiera de las etapas de la enfermedad oncológica, el paciente puede presentar trastornos de orden psiquiátrico. A propósito de esto, los resultados de la Tesis de Doctorado de Vidal y Benito (2008)³⁷ evidenciaron que, sobre una población de 226 pacientes oncológicos, un 46% cumplieron con los criterios diagnósticos de algunos de los trastornos psiquiátricos definidos en el DSM-IV. Entre ellos, los adaptativos con predominio de cuadros depresivos, de estrés agudo, psicótico breve, de ansiedad, depresión mayor, y delirium.

De esta manera, siendo el objetivo del trabajo caracterizar los duelos que experimenta el paciente oncológico adulto en las diferentes etapas de su enfermedad, es necesario también definir algunos de los trastornos anteriormente enumerados con el fin de establecer diagnósticos diferenciales en la entrevista con el paciente.

En principio se describirán las características diagnósticas del trastorno adaptativo y del trastorno depresivo mayor según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV (1994)³⁸. En el Anexo se encontrarán las características diagnósticas de cada uno de ellos.

El trastorno adaptativo se caracteriza por síntomas emocionales o comportamentales clínicamente significativos en respuesta a uno o varios estresantes identificables. Se especifica que dicho trastorno debe resolverse dentro de los primeros seis meses, momento en el cual cesa la acción del o los estresores. Finalmente, se aclara que esta categoría diagnóstica no corresponde aplicarla a la reacción frente a una situación de duelo.

³⁷ Vidal y Benito, María del Carmen. Op. Cit.

³⁸ Comité elaborador del DSM-IV (EE.UU). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV*. Estados Unidos de América, Comité elaborador del DSM-IV, 1994.

Respecto del trastorno depresivo mayor, es un trastorno del estado de ánimo, que se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores. Concretamente se manifiesta una disminución del estado del humor o de la capacidad para experimentar placer. A esto se le suman trastornos del peso, somnolencia, astenia, agitación o motricidad lenta, disminución de la capacidad de pensamiento, concentración, y decisión, y pensamientos recurrentes de muerte. Por último se advierte que estos síntomas no responden a una situación de duelo, ni a efectos fisiológicos de sustancias, o enfermedades médicas.

Por otra parte, el duelo aparece clasificado en este manual, no con la categoría de trastorno, sino como un estado que puede ser objeto de atención clínica. La situación paradigmática es la reacción ante la muerte de una persona significativa. Se aclara que además de la aflicción pueden presentarse síntomas propios de un episodio depresivo mayor, no obstante la persona que los experimenta los evalúa como normal en su situación.

Ante todo cabe aclarar, que el DSM-IV es una herramienta descriptiva y clasificatoria de trastornos mentales, según criterios diagnósticos, lo cual permite organizar, transmitir y facilitar la comunicación entre profesionales. Sin embargo, presenta ciertas limitaciones. Por ejemplo, no tiene en cuenta individuos sino síndromes, algunos diagnósticos presentan límites difusos, y además se definen trastornos y no enfermedades médicas. En consecuencia, el uso de este manual requiere la aplicación del conocimiento, la experiencia, y el juicio clínico del profesional que lo utiliza.

Luego de esta breve digresión, y con el fin de efectuar un diagnóstico diferencial, se citará la definición de duelo que Isa Fonnegra de Jaramillo enuncia en su libro *De Cara a la Muerte*:

Desde un punto de vista dinámico, el duelo es un proceso activo (y no un estado) de adaptación ante la pérdida de un ser amado, un objeto o un evento significativo, que involucra las reacciones de tipo físico, emocional, familiar, conductual, social y espiritual que se presentan como respuesta a él. El duelo implica llevar a cabo cambios que generan también ansiedad, inseguridad y temor. (Fonnegra de Jaramillo, 2001, p.165)³⁹.

³⁹ Fonnegra de Jaramillo, Isa. *De cara a la muerte. Cómo afrontar las penas, el dolor y la muerte para vivir plenamente*. Buenos Aires, Andrés Bello, 2001. p. 165.

Recapitulando, el duelo será la reacción esperable y normal frente a una pérdida significativa, en cambio el trastorno adaptativo se manifestará ante diversas circunstancias o acontecimientos, con síntomas que exceden o rebasan a lo esperable como reacción.

Respecto de los síntomas, a pesar que el duelo manifiesta un descenso importante del estado de ánimo y comparte muchos de los síntomas propios de un estado depresivo mayor, prevalecerá en él la voluntad de vivir a pesar de todo, la actividad se impondrá sobre cualquier inhibición psicomotora, y la capacidad de experimentar placer no se afectará en forma permanente ni necesariamente en todas las áreas.

Finalmente, en relación a los tiempos del duelo, este será absolutamente personal y particular en cada individuo, mientras que los trastornos anteriormente citados se expresarán durante períodos de tiempo determinados.

DUELOS EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO ADULTO Y ABORDAJE PSICO-ONCOLÓGICO.

3.1 Práctica Clínica.

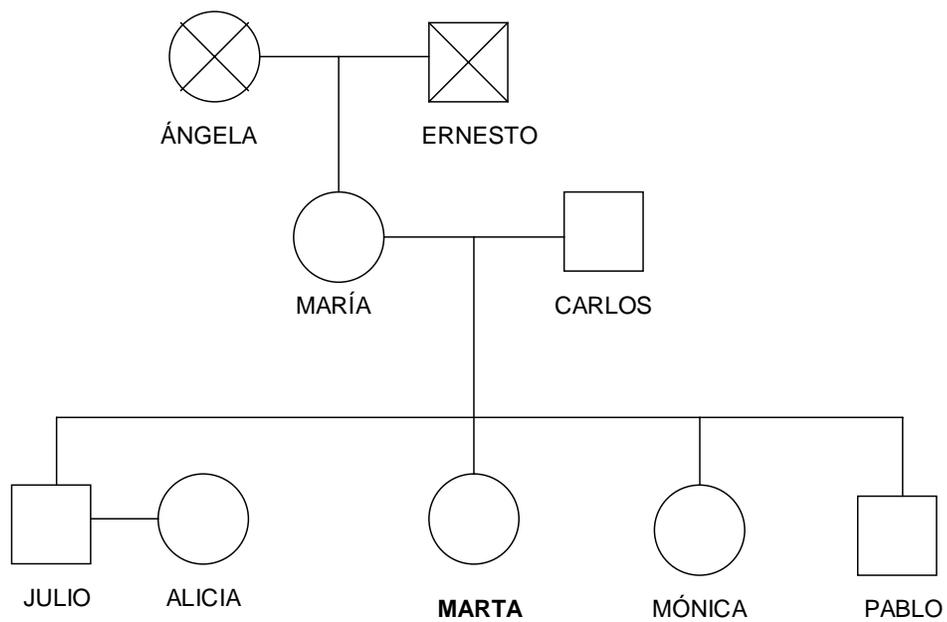
Este estudio de caso es producto de la formación adquirida a partir de 1999 en el Centro Oncológico de Excelencia – Fundación José María Mainetti. Desde ese momento he podido observar en distintos pacientes, síntomas propios de un duelo en diferentes etapas de la evolución de la enfermedad. Incluso, esto también se confirma en la bibliografía trabajada a partir de ese momento.

A continuación se desarrollará el Caso Clínico Marta, cuyos motivos de selección fueron, el tiempo de trabajo psicoterapéutico, la suficiente cantidad de material recolectado, y su calidad de paradigmático en la temática elegida.

Específicamente, se emplearán fragmentos de entrevistas preliminares semi-dirigidas y de algunas sesiones, los cuales serán analizados desde la interpretación de discurso, ajustándose a las categorías conceptuales de los autores que han sido citados. Además, se harán menciones pertinentes procedentes de la Literatura.

En principio, se presentará el genograma del caso aclarándose que los nombres son ficticios con la intención de mantener la confidencialidad de los datos.

Genograma.



3.2 Presentación: Caso Clínico Marta.

Marta tiene 40 años es soltera y sin hijos. Vive con sus padres María y Carlos de 62 y 66 años respectivamente. Junto con ellos conviven dos de sus tres hermanos, Mónica de 38 años y Pablo de 33 años. Su hermano mayor Julio que tiene 43 años, está casado con Alicia y aún no tienen hijos.

Carlos acaba de jubilarse, María es ama de casa, Julio es radiólogo, Mónica docente de escuela primaria, y Pablo hace trabajos de restauración de muebles. Pertenecen a un nivel sociocultural medio. Son católicos, aunque no concurren asiduamente a la Iglesia.

Marta es profesora de matemáticas y está cursando materias del tercer y cuarto año del Profesorado de Físico-Química. Es una bella mujer que aparenta menos edad de la que tiene. Es simpática y agradable en el trato. Físicamente tiene muy buena presencia, es atractiva, delgada pero no al extremo, y tiene preferencia a vestir ropas de colores cálidos lo que le aporta un encanto particular.

El tratamiento psicoterapéutico se extendió desde Diciembre de 2005 hasta Marzo de 2007 y fue llevado a cabo en consultorio privado. La paciente fue derivada por una colega psicóloga, la cual por cuestiones de distancia geográfica no podía atenderla, quien a su vez recibe la derivación de la médica oncóloga.

En la primera entrevista explica que tiene cáncer de colon. Hace aproximadamente dos meses fue operada, y acaban de indicarle quimioterapia endovenosa. Entre los síntomas que ha presentado describe sangrados, trastornos gastrointestinales, y molestias abdominales. Posteriormente la enfermedad evolucionará con metástasis y se le indicará además quimioterapia oral y radioterapia.

En relación a los tratamientos, la cirugía no le resultó en ningún aspecto traumática por lo cual, tuvo una buena recuperación postoperatoria. La quimioterapia le provocó cansancio, sueño, debilidad, pérdida del apetito, gases, náuseas y vómitos. Respecto de la radioterapia, también le produjo náuseas, vómitos, cansancio, y debilidad.

Marta concurre a la primera consulta acompañada de su hermana Mónica, quien la espera afuera del consultorio, ya que así lo pide la paciente explícitamente. Al indagar acerca del motivo de consulta, expresa que fue su oncóloga quien le indicó asesoramiento psico-oncológico como parte del tratamiento de su enfermedad. Inmediatamente afirma que

no cree en los psicólogos, que en todo caso, solo busca una guía u orientación. Por otro lado, declara que su intención es no preocupar ni angustiar a su familia.

A propósito del diagnóstico, comenta que el hallazgo surgió a partir de los resultados de estudios clínicos, que se le indicaron luego de una consulta médica que efectuó, debido a un intenso cansancio que venía sintiendo desde hacía algún tiempo. Además había tenido sangrados, pero los atribuía a hemorroides. A todo esto, agrega que en cuanto le hablaron de la posibilidad de una cirugía, se dispuso a la operación de inmediato, sin pensarlo y sin hacer ningún tipo de consulta profesional ni familiar. Su impresión es que todo sucedió en forma muy rápida.

3.3 Desarrollo de Algunas Entrevistas.

En las primeras entrevistas Marta expresa su temor y preocupación por la quimioterapia que tendrá que comenzar en pocos días. En principio su inquietud es la caída del pelo.

Es así que, a partir de lo que su oncóloga le explicó y de lo que ella entendió, se efectuaron intervenciones psicoeducativas tendientes a aportar información y clarificación acerca de este tratamiento en particular. Específicamente, su acción sistémica sobre el cuerpo y los efectos curativos en la enfermedad, su forma de administración, la duración de los ciclos, y sus posibles efectos secundarios.

Concretamente, le indican quimioterapia por vía endovenosa, consistente en seis ciclos, con una semana de descanso entre cada uno, en la que no concurre a la terapia, debido a que su oncóloga le aconsejó que en esos días saliera lo menos posible.

En este momento revela la angustia anticipatoria que experimenta al solo pensar en el pinchazo, y expresa el malestar y la intranquilidad que siente fundamentalmente el día anterior. Además agrega que sus hermanos se turnan para acompañarla, no obstante, si no pudieran hacerlo, afirma que iría sola. Respecto de su madre, esta le ha dicho a su hija, que no quiere saber nada de enfermos ni de enfermedades, que ya pasó bastante con su propia madre.

En relación al momento en que recibió el diagnóstico, manifiesta que desde ese mismo instante hizo un corte con su vida anterior. Así es que pidió licencia por enfermedad, no concurrió a ninguno de los colegios, no mencionó nada acerca de los controles médicos o de su enfermedad ni siquiera a sus amigas más íntimas. Actualmente solo sale de su casa para ir al médico, a sus sesiones de quimioterapia, o para hacer algún trámite en la obra social. Explica que teme encontrarse con algún conocido que le pregunte algo.

En relación a su vida anterior a la enfermedad relata que al ser docente de varios colegios su día comenzaba muy temprano y terminaba muy tarde, por lo cual no estaba durante mucho tiempo en su domicilio. Incluso los días sábados cursaba en la facultad.

Por el contrario, explica que a partir de su enfermedad está todo el día en su casa, situación que se ha tornado insoportable, debido a la mala relación con su madre. Discuten diariamente porque Marta está triste, cansada y débil, por el tratamiento y su enfermedad, circunstancia que enoja a su madre porque piensa que en realidad lo que sucede es que Marta no quiere ayudarla con las tareas de la casa. Finalmente, con exasperación expresa que su madre lo único que hace es limpiar, darle tareas domésticas, y pensar que lo que le sucede es por capricho, sin comprender que la realidad es que está enferma.

Se define como una persona muy trabajadora, siempre con actividades para hacer, razón por la cual no se ha tomado vacaciones hace mucho tiempo. Y agrega en forma terminante, que siempre fue muy sana, que prácticamente no ha padecido enfermedades, y que las únicas inyecciones que recuerda haberse dado son vacunas en sus años de escolaridad. Finalmente reitera su temor de que la vean flaca, demacrada, sin color, sin pelo, y que le pregunten si está enferma.

Todas estas manifestaciones dan espacio para comenzar a trabajar su angustia anticipatoria a la quimioterapia y los temores relacionados a los efectos secundarios. También, la realidad de su enfermedad, considerándola no como circunstancia de elección personal sino como una etapa difícil en su vida que tendrá que atravesar y recorrer de la mejor manera que le sea posible. Finalmente, se abordó el tema de no asociar sus salidas solo con la enfermedad, de lo cual surgió la posibilidad de hacer yoga dos veces en la semana.

A propósito de las entrevistas familiares, aconsejables durante el tratamiento psico-oncológico, es significativo aclarar, que ni sus hermanos ni sus padres, accedieron a tener un encuentro personal ó telefónico, a pesar de los reiterados ofrecimientos que tuvieron a lo largo del proceso terapéutico.

Marta, debe presentarse en uno de los colegios por el tema de su licencia, lo que le genera una importante desestabilización emocional. Dice que sus compañeros verán lo delgada y desmejorada que está y tendrá que contarles acerca de su situación.

Tal como lo sugiere la Dra. Bosnic (1999)⁴⁰, se trabajó el tema de pisar la realidad de su enfermedad, de este momento tan difícil que le toca vivir. También se le reiteró que no tiene la obligación de contar lo que le sucede, sin embargo, puede hacerlo en el momento y con quienes lo sienta y lo necesite. Por último, se dramatizó la situación de ir al colegio, y las posibles reacciones de sus compañeros al verla.

Finalmente, ocurrió lo que había surgido de éstas intervenciones. Algunos compañeros la saludaron como lo hacían habitualmente, algunos no habían advertido su ausencia, solo dos personas le preguntaron si estaba enferma. Una de ellas, fue el director del colegio, la única persona a la que le relató la realidad de la situación.

En el mes de Marzo y como resultado de los estudio de control, aparecen “manchas en el hígado”. Continuará con quimioterapia, aunque por vía oral, en principio durante seis semanas, aunque se le administrarán drogas que tendrán un efecto más fuerte, por lo cual tendrá descansos de dos semanas entre cada ciclo. Además, deberá hacer cambios en su alimentación, para prevenir síntomas gastrointestinales y diarreas.

Esto le produce una gran desilusión. Siente que todo el sacrificio hecho no valió nada. La desconcierta el cambio de la quimioterapia en este momento. No logra comprender cómo es que ahora se afectó su hígado. En medio de su aturdimiento y confusión, manifiesta en forma terminante que debe retornar a su trabajo, y a sus actividades. Con indignación expresa que no es una discapacitada, que puede trabajar. Que se le acaban los días de licencia, y si tuviera que pedirla nuevamente tendría que ser por un año, lo cual sería demasiado. Finalmente agrega que no puede ausentarse más de la facultad y que debe empezar a preparar finales.

A propósito de las anteriores expresiones, se esclareció el tema de los protocolos oncológicos, los cuales pueden cambiarse sobre la marcha, según la evolución de la enfermedad, con la intención de obtener resultados más favorables. Además, se delimitaron y diferenciaron las características específicas del tratamiento oncológico respecto al de otras enfermedades menos complejas. Por último, se abordó el vínculo con su oncóloga, propiciando a su fortalecimiento y continuidad.

⁴⁰ Bosnic, María. Op. Cit.

Por otra parte, es importante aclarar que ninguno de sus hermanos la acompañó a sus últimas sesiones de quimioterapia. Desde el comienzo de su enfermedad Marta se ha ocupado de los trámites en la obra social, e incluso en esta etapa debe trasladarse a otro distrito para tramitar una de las drogas de la quimioterapia oral.

Aproximadamente, a mitad del tratamiento psicoterapéutico manifiesta la necesidad y el deseo de hablar con dos amigas y contarles acerca de su situación, sin embargo lo posterga porque dice que ellas están ocupadas, están casadas, trabajan, y además no las quiere molestar. Ambas la han llamado, preocupadas por su ausencia de lugares en que les era habitual encontrarla, y Marta les ha dado diferentes excusas y pretextos en cada una de estas ocasiones.

Tiene ganas de hacer algo fuera de su casa, algún tipo de actividad que la relacione con gente que no tengan que ver con su situación de enfermedad. De esta forma, surge como posibilidad hacer algún curso de folklore, tango, o aprender a tejer en telar, lo que la entusiasma mucho, y la motiva a hacer averiguaciones en un club cercano a su casa. A pesar que los horarios se superponen con sus clases de yoga, resuelve la situación comprándose revistas de tejido en telar. Es así que con la ayuda de su hermano menor, arma un telar y empieza a tejer pashminas, muy vistosas y creativas, que incluso ofrece a los profesionales que la tratan.

Otro de los temas que surge es el de las parejas. En determinada ocasión comenta con timidez que nunca tuvo novio. Que le gustó hace algún tiempo atrás un compañero de trabajo, pero que nunca sucedió nada entre ellos. Aunque jamás hablaron, cree que él estaba interesado en ella. A propósito de esto reflexiona y se interroga, ¿qué sucedería si conociera a alguien ahora?, ¿cómo le explicaría acerca de su enfermedad?, ¿tendría que contarle o mejor callar? Finalmente, se sonríe y dice que si hoy saliera con alguien, seguramente sería alguno de los médicos que la atiende.

Se consideró nuevamente el tema de sus tiempos para contar acerca de lo que le sucede, señalando que le será difícil y doloroso, pero que probablemente encontrará las palabras, la forma, y el momento para hacerlo. Además se abordó lo relacionado a la incertidumbre, es decir aquello que no se puede controlar ni prever, no solo en relación a

su enfermedad sino también en relación a la vida, cuestiones que le resultaron muy difíciles de asimilar a lo largo de todo el tratamiento.

En esta oportunidad, se le ofreció hacer el dibujo de la salud y la enfermedad. Con este fin, se le entregaron dos hojas en blanco, lápices de color negro y de colores varios. La consigna fue que dibujara la enfermedad, y una vez terminado, que dibujara la salud. Hacerlos le resultó interesante y entretenido. Respecto de la devolución fue conjunta antes de finalizar el encuentro.

En relación a esta prueba gráfica es pertinente aclarar que en esa ocasión, en el Centro Oncológico de Excelencia – Fundación Dr. José María Mainetti, se estaba trabajando sobre éstas consignas específicas, con el propósito de recolectar material gráfico, con la idea de realizar posteriormente un Trabajo de Investigación a cargo de la Dra. María Bosnic.

Está expectante e ilusionada con la Junta Médica del Ministerio de Educación, que evaluará el tema de su reincorporación laboral, y para la cual su oncóloga ha elaborado un informe clínico. Está convencida que al menos le permitirán realizar alguna actividad pasiva, de tipo administrativa, o quizás para trabajar en la biblioteca. Finalmente la comisión resuelve otorgarle un año de licencia con goce de sueldo y obra social.

Si bien se abordaron reiteradas veces, el tema de los cuidados que debe tener por estar haciendo quimioterapia y el de los tiempos propios de los tratamientos, Marta comprende racionalmente la situación, no obstante reitera con enfado, su malestar, su angustia, y su incompreensión respecto a no permitirle trabajar.

En relación a este tema comenta que en su familia el trabajo siempre fue lo primero. Por ejemplo recuerda que cuando era muy pequeña su padre tuvo enyesada una pierna, sin embargo iba todos los días a trabajar. Por último, afirma en forma terminante que son gente de trabajo, y que sin sus actividades docentes se siente incompleta.

Respecto de su familia dice que se comportan como si vivieran en otro mundo. Por ejemplo su madre le recrimina literalmente que “siempre está en la luna, pensando pavadas”. No le preguntan nada acerca de su enfermedad, aunque ella les comenta acerca de los trámites que hace, o de lo que le dice la oncóloga en las consultas. Finalmente, con

pena y resignación dice que cada uno está ocupado en sus actividades, aunque también reconoce que no quiere ser una carga ni molestarlos.

Respecto de su padre, prácticamente no ha hecho referencias a lo largo del tratamiento. Según sus palabras, si bien es una persona muy reservada, es el que más la comprende y la apoya. Similares expresiones, ha tenido también respecto de su hermano menor.

Todas estas últimas expresiones, crearon el espacio para trabajar la aceptación de los síntomas ideatorios que fue experimentando a lo largo del proceso. Entre ellos, su enojo con la enfermedad, su pesadumbre por la pérdida de la salud, y su angustia y malestar por la privación del trabajo. Por otra parte, se mostraron los cambios positivos logrados a partir de ella. Por ejemplo, el surgimiento de nuevas inquietudes, el cambio en su escala de valores. Por último, el propósito fue aflojar su actitud de rigidez, control y seguridad, sin perjudicar ni modificar su estilo de afrontamiento.

Respecto de su oncóloga, siente desconfianza, cree que le oculta información, dice que no es clara y que a veces no la comprende. En cambio, la relación con su gastroenterólogo es excelente, totalmente distinta. Con él se siente comprendida y tenida en cuenta.

Dos fueron los encuentros que, en calidad de terapeuta, tuve con la oncóloga de Marta. Uno al comienzo del tratamiento psicoterapéutico y el segundo luego de haber iniciado la quimioterapia oral, además de un par de consultas telefónicas. En ellos fue concreta respecto a la gravedad y la rapidez de la evolución de la enfermedad. Por otro lado, refirió su dificultad para acordar reuniones familiares, y destacó el grado de negación de todos sus integrantes.

Dichas entrevistas le fueron anticipados a Marta y se efectuaron con su consentimiento. Posteriormente, la estrategia terapéutica mantuvo el objetivo de afianzar la confianza en sus médicos, asegurando su profesionalidad, competencia y calidad humana. Además se estimuló a su participación en el tratamiento, como un integrante privilegiado del equipo de salud.

Al comenzar la quimioterapia oral, hubo repetidas ausencias de Marta debido a sus descomposturas, y a las semanas de descanso en las que acordamos que no concurriera. Alrededor del mes de Junio se la ve desmejorada físicamente, ya no se arregla ni se maquilla como antes. Se queja de dolores en la zona del cuello y expresa con una actitud de desaliento, que el primer tratamiento no era nada en comparación con el actual. Esto refuerza su idea de que podría haber continuado con su actividad habitual en aquel momento.

En actitud de protesta e indignación describe que está muy cansada, por lo cual está en la cama prácticamente todo el día. Además tiene vómitos y náuseas constantemente. Manifiesta que no puede leer nada de la facultad porque no se puede concentrar, ni siquiera puede tejer, ya que no tolera estar levantada mucho tiempo. Por último se lamenta y dice que nunca había estado tan descompuesta, y agrega que le indicaron una dieta muy estricta, por lo que ha bajado aún más de peso. Es así que se quita el saco que lleva puesto, muestra sus brazos y dice “mirá lo flaquitos que están”. Paralelamente, expresa con alivio y despreocupación que ya no le afectan los reclamos de su madre, que descansa si lo necesita y que come en los horarios en los que siente apetito.

Dice que últimamente ha estado pensando en su calidad de vida, por lo cual no toleraría otra quimioterapia, ya que los malestares últimos fueron terribles. Y además, ha estado pensando en su muerte, en lo que les quiere dejar a sus hermanos. Necesita decirles muchas cosas, por ejemplo que no quiere una agonía como la de su abuela, que murió de cáncer, y que duró aproximadamente dos meses. Por el contrario, prefiere un tratamiento sin dolor y en lo posible morir en su casa. Lo que sucede es que cada vez que intenta hablarles, se arrepiente porque no quiere ponerlos mal.

Marta ha comenzado a aceptar muchos de los síntomas que han aparecido desde el comienzo de su enfermedad, puede reconocerlos como razonables en su situación y hablar acerca de ellos. Es posible que el trabajar reiteradamente el tema de la incertidumbre y la inseguridad, hayan motivado su reflexión acerca de la muerte, además de todo lo abordado a lo largo de la terapia. Asimismo se la apoyó en su necesidad de disponer o

arreglar ciertas cuestiones con su familia, y se le señaló lo difícil, doloroso, y triste que eventualmente resultará para todos. Finalmente se le advirtió que también puede hablar de estos temas con su oncóloga o con el profesional que elija, además de su familia.

Su madre tuvo un ataque de presión que alarmó a toda la familia. En esa circunstancia su hermano mayor le recriminó que la indisposición de la madre era por su culpa, “por no ponerse las pilas y mostrarse un poco mejor”. La respuesta de Marta fue que está como mejor puede, que hay días en los que se siente bien y otros en los que se siente mal, y esto no lo puede controlar a voluntad.

Recibió la noticia de la muerte de una de sus amigas. Murió de un paro cardiorrespiratorio. Junto con ella y otra amiga, solían reunirse los viernes luego de sus actividades, encuentros que según ella funcionaban como un grupo de autoayuda. Esta noticia la afectó mucho, está muy afligida, desconcertada, y sorprendida. Tiene ganas de llamar al marido, ya que supo que no quiere salir de su casa, quiere ofrecerle su ayuda, y contarle que ella está en terapia y esto le ha hecho muy bien. Finalmente con actitud tranquila y serena, expresa que esta situación la ha hecho reflexionar que a los demás también les suceden cosas.

En razón de los dolores y la inflamación en el cuello, su oncóloga le indica una ecografía. Al obtener los resultados le comenta que han aparecido lesiones en la zona de la clavícula, que posiblemente algunas células han sido resistentes a la quimioterapia y han migrado allí, razón por la cual es probable que le indique radioterapia.

Marta exclama indignada, que ha cumplido con todas las indicaciones de sus médicos y el resultado es siempre el mismo o peor. Dice que está agotada, que ya no soporta más. Reitera su preocupación por el trabajo, la licencia, el sueldo, y su obra social. Sucede que luego del primer año de licencia se le otorga uno más con obra social y mitad del sueldo, y finalmente otro con obra social pero sin sueldo. Por último, con gran enojo expresa que cada hora y cada día sabe que está enferma, porque todo lo que hace es en relación a la enfermedad, ir a médico, hacer los trámites, la quimioterapia, la obra social, todo.

Se aborda el tema acerca de que no es que no puede hacer nada, sino que no puede hacerlo todo. Que su actividad no necesariamente tiene que pasar por la exigencia, sino que también puede hacer cosas que tengan que ver con lo placentero, por ejemplo descansar si lo necesita, hacer yoga que tan bien la hace sentir, comprarse ropa si tiene ganas, tejer, leer, etc. Se le reitera, que su enfermedad es muy compleja al igual que los tratamientos, que los tiempos son prolongados, y que últimamente han surgido complicaciones. Finalmente se le insiste que delegue los trámites a alguno de sus hermanos, que eventualmente se podrían turnar.

En Enero se la ve mejor, está contenta porque se ha comprado ropa acorde a su peso actual. Dice que ya no se engancha en los rollos de su familia, en eso de ponerse las pilas y moverse un poco, como suelen decirle. Refiere que algunas tardes sale a caminar, actividad que le hace muy bien, y algunas veces aprovecha para ir a rezar a la Iglesia. Finalmente afirma que ha decidido hacer lo que puede y tiene ganas.

Comenta con satisfacción que compró el libro de Patricia Miccio cuyo título es Actitud y aceptación para enfrentar la enfermedad. Lo relata brevemente, dice que le gustó mucho y que se sintió identificada. Y agrega, que le gustaría conocer a otras personas que hayan pasado por una situación como la que ella está viviendo.

3.4 Último Encuentro: Despedida.

Antes de comenzar la radioterapia pidió hacer un espacio de un mes aproximadamente, debido a que la concurrencia diaria al Hospital le implicaría mucho tiempo de viaje. Se le ofrecieron como opciones la atención en domicilio y la comunicación periódica por teléfono. Eligió la última alternativa con la condición que ella fuera la que efectuara los llamados. Hubo un par de comunicaciones, hasta que finalmente el intercambio se perdió.

En el mes de Marzo llama por la noche, está internada y pide que la visite. Al concurrir a la mañana, se alegra mucho al verme. Está con su hermano menor, se la ve tranquila y relajada. Comenta brevemente que está allí hace algunos días debido a una importante descompensación que ha sufrido y muestra sus piernas, las cuales están muy edematizadas. A continuación, con emoción y lágrimas en los ojos, me agradece lo trabajado juntas y destaca el haber hablado acerca de temas que nunca pudo hablar con otra persona. Tras un intercambio muy emotivo, prometo volver al día siguiente.

A la mañana siguiente, una de las enfermeras me informa que Marta ha sido cambiada de habitación, se ha descompensado durante la noche y en este momento está inconciente. Están presentes su hermano menor y su padre, y en breve vendrá el resto de la familia. Su hermano está muy preocupado por su madre. No le dijeron nada acerca de la gravedad de la situación, porque dice que ella no está preparada.

Me quedo junto a Marta, la tomo de la mano y le digo que estoy allí. Al irme saludo a su hermano y a su padre, les dejo mi teléfono y les ofrezco volver, a lo que responden que no será necesario, que ellos se arreglarán solos.

Marta falleció ese mismo día por la tarde.

3.5 Abordaje Psico-Oncológico.

A continuación, se describirá brevemente el tipo de abordaje psico-oncológico aplicado al caso clínico desarrollado. El mismo se compone, en carácter integrador, de aportes de la Psico-Oncología, la Psicología Humanista, el Constructivismo, la Tanatología, y los Cuidados Paliativos. En suma, su orientación es dimensionar y acentuar los aspectos humanos del encuentro terapéutico. En definitiva dicho abordaje se enmarca dentro de lo que se denomina humanización de la salud:

Humanización de la salud es un movimiento que definiría básicamente cualquier práctica terapéutica como un “acto de servicio”. La convergencia de dos seres pares, que se encuentran para ayudar al que más lo necesita en esa coyuntura.

El terapeuta, aportando su trato compasivo, sus conocimientos y creatividad, y el paciente, pudiendo depositar su confianza, respetando y sintiéndose merecedor de respeto, e intentando cooperar dentro de las posibilidades de su difícil situación. (Fundación Pre.si.sar, 2009)⁴¹.

Las entrevistas preliminares fueron semidirigidas con el fin de recolectar datos específicos de la historia personal, sin por supuesto excluir la libre expresión de la paciente según sus necesidades. Respecto del encuadre, que se explicitó a la paciente en el contrato de la primera entrevista, se aclaró que los días y horarios podrían ser cambiados si así lo requería, en función de los tratamientos, malestares, o inconvenientes que eventualmente surgieran. Por último, se fijaron los honorarios y se le proporcionó el teléfono particular para que lo usara ante cualquier contingencia.

Respecto de la relación terapéutica, el establecimiento de un buen rapport con el paciente, es fundamental ya que habilita a crear un espacio de contención y confianza. Esta es la razón por la cual es necesario desde las primeras entrevistas conocer el marco de referencia desde el cual el paciente percibe su realidad y reacciona. Ello posibilita la comprensión empática, el reflejo de sentimientos, favorece que el paciente advierta que es escuchado y entendido, y además ayuda a que no se sienta evaluado o juzgado.

⁴¹ Fundación Pre.si.sar. Op. Cit.

Siendo uno de los ejes del proceso ubicarlo en la realidad de la situación de enfermedad que le toca vivir, es importante propiciar a la aceptación de los sentimientos, pensamientos, y actitudes que surgen a partir de ella. A propósito de esto, Carl Rogers, cuyo encuadre se caracteriza por calificar al terapeuta como asesor que comprende al otro como ser humano, se refiere al proceso terapéutico de la siguiente manera:

En la experiencia terapéutica, ver las propias actitudes, confusiones, ambivalencias, sentimientos, y percepciones exactamente expresados por otro, pero desprovistos de sus complicaciones emocionales, es verse a sí mismo objetivamente, y prepara el camino para aceptar en el yo todos estos elementos que ahora se perciben más claramente. Así se logra la reorganización del yo y su funcionamiento más integrado. (Rogers, 1981, p.49)⁴².

Justamente, en este espacio de confianza y de aceptación, en el que el paciente percibe que puede expresarse libremente, es posible “legalizar y domesticar los síntomas” (Bosnic, 1999, p.51)⁴³.

Esto significa que observe y acepte, como razonables en su situación, manifestaciones como la angustia, el enojo, el miedo, el insomnio, los pensamientos negativos, etc. Y además, que tenga la licencia de expresarlos en el ámbito de la relación terapéutica, para atemperar, mitigar, o moderar su acción, ya que tendrá que convivir con ellos durante algún tiempo.

Otro de los ejes del tratamiento es abordar el tema de la incertidumbre. El cáncer es una enfermedad con tiempos difíciles de estimar, y en algunos casos sin la posibilidad de dar de alta al paciente. Los tratamientos se aplican durante períodos largos, sus resultados no suelen ser inmediatos, y en algunas ocasiones no son los esperados. Respecto de los efectos secundarios, si bien son conocidos, no es posible establecer con exactitud los que aquejarán a cada paciente en particular. Ya que, dos personas, con el mismo tipo de patología oncológica, el mismo tratamiento, e iguales seguimientos, pueden tener evoluciones totalmente distintas.

⁴² Rogers, Carl R. *Psicoterapia centrada en el cliente*. Buenos Aires, Paidós, 1981. p49.

⁴³ Bosnic, María. Op. Cit., p. 51.

Es así que, no existen seguridades, no hay posibilidad de prever ni adelantarnos al futuro, ni de controlar la vida o la enfermedad. Por cierto Alan Watts, especialista e intérprete de la Filosofía Oriental, trabaja específicamente sobre este tema en uno de sus libros. Su tesis es que no hay nada que nos produzca más sufrimiento, que intentar mantener todo bajo control. Formula además, que nos resulta doloroso buscar la seguridad, y al encontrarla no nos satisface. Por ejemplo, expresa lo siguiente:

La botella se rompió; cayó al suelo; se me deslizó de la mano; yo tenía los dedos resbaladizos; me había enjabonado. ¿Es legítimo colocar la palabra porque entre estas afirmaciones? Así lo hacemos por regla general, pues podemos estar seguros de que si deajo caer la botella se estrellará contra el suelo. Pero esto no demuestra que yo haya sido el causante de la caída o que la botella debía caer. En retrospectiva, los acontecimientos parecen inevitables, porque cuando han ocurrido nada puede cambiarlos. Sin embargo, el hecho de que pueda tener seguridad absoluta de que va a ocurrir algo, demostraría igualmente que los acontecimientos no están determinados pero son consecuentes. En otras palabras, el proceso universal actúa libre y espontáneamente en cada momento, pero tiende a producir los hechos en secuencias regulares y, por ello, predecibles. (Watts, 1987, p.125-126)⁴⁴.

Otro de los conceptos a trabajar con el paciente oncológico es el de los apoyos que lo sostienen ante momentos de importante desestabilización emocional, es decir, sus “anclajes con la vida” (Bosnic, 1999, p. 52)⁴⁵.

Estos soportes, particulares para cada persona, lo trascienden y le proporcionan el motivo para continuar, a pesar del sufrimiento que esté atravesando, posibilitando el mantenimiento de la esperanza.

A propósito de esto, Viktor Frankl, creador de la Logoterapia, a partir de su experiencia en los campos de concentración nazis, formula lo siguiente:

No basta, obviamente, con recetar a nuestros pacientes, en la línea de un sentido existencial, la práctica de un hobby: el hecho de que alguien sea o no el primer filatelista de su país es existencialmente irrelevante. Se trata del sentido personal y concreto de la vida, cuyo cumplimiento se exige y reclama a cada uno: solo ese sentido posee una eficacia terapéutica. (Frankl, 1994, p. 30)⁴⁶.

⁴⁴ Watts, Alan. *La sabiduría de la inseguridad. Mensaje para una era de ansiedad*. Barcelona, Kairos, 1987.

⁴⁵ Bosnic, María. Op. Cit., p. 52.

⁴⁶ Frankl, Viktor. *El hombre doliente. Fundamentos antropológicos de la psicoterapia*. Barcelona, Herder, 1994. p. 30.

Esta noción es afín al concepto de experiencias-cumbre elaborado por Abraham Maslow. Con él, este autor se refiere a momentos ubicados fuera del espacio y del tiempo que además tienen valor en sí mismo. Como ejemplos, enumera las experiencias místicas, estéticas, amorosas, intelectuales, atléticas, creativas, etc. A propósito de ellas afirma:

Las experiencias-cumbre pueden tener y de hecho tienen efectos terapéuticos en el sentido estricto de hacer desaparecer los síntomas.

La persona se encuentra más dispuesta a sentir que la vida en general merece la pena, aún cuando normalmente sea vulgar, gris, dolorosa o insatisfactoria, desde el momento que ha adquirido evidencia de la existencia de la belleza, excitación, sinceridad, diversión, bondad, verdad y plenitud. Es decir, la vida misma se ha justificado, y el suicidio y el deseo de la muerte se hacen menos probables. (Maslow, 1993, p. 137)⁴⁷.

Por otra parte, parafraseando a Michael Mahoney (2005)⁴⁸, la relación terapéutica es el arte de estar presente de una forma humana para otra persona. Siendo su abordaje constructivista, Mahoney integra ideas de la terapia narrativa y constructivista con aportes cognitivo-conductuales, humanistas, sistémicos, psicodinámicos, y de otros enfoques.

Este autor caracteriza a la relación terapéutica como compasiva y respetuosa respecto de cómo se siente el paciente. Concretamente dice: “La compasión y el cuidado, relacionados con el consuelo y el ánimo, explican una parte considerable de la contribución que hacemos en la vida de los pacientes.” (Mahoney, 2005, p. 46)⁴⁹.

A esto agrega otras cualidades como son la colaboración, entendida como trabajar juntos, en una relación en la que el paciente carga con los beneficios o perjuicios de sus acciones, y en la que el terapeuta aporta sus reflexiones y asesoramientos. Suma además la afirmación, como un estilo que acepta al paciente como agente activo, cuyo procedimiento tiende a consolidar y estimular lo mejor de cada persona. Por último, agrega la protección de la esperanza y la confianza en el porvenir, y expresa:

⁴⁷ Maslow, Abraham. *El hombre autorrealizado. Hacia una psicología del ser*. Buenos Aires, Troquel, 1993. p. 137.

⁴⁸ Mahoney, Michael J. *Psicoterapia constructiva. Una guía práctica*. Buenos Aires, Paidós, 2005.

⁴⁹ *Ibíd.* p. 46.

Las cosas podrían ser diferentes de cómo son ahora. Podrían ir a peor, pero también podrían ir mejor.

Cada persona es un participante activo en la creación del significado de la vida y manifiesta ese significado en su compromiso consigo mismo y con los demás. (Mahoney, 2005, p. 52-53)⁵⁰.

Por otro lado, se utilizaron intervenciones psicoeducativas, tendientes a aportar información y esclarecimiento respecto de temas relacionados con la enfermedad y sus tratamientos. Incluso, el propósito algunas veces fue encontrar formas de resolución a problemas prácticos y/o cotidianos. En definitiva, estas intervenciones se aplicaron con la intención de ayudar a convivir con la enfermedad. Por ejemplo en esta misma línea, se utilizó la técnica del rol playing con el fin de dramatizar una situación que implicaba un desafío a la paciente.

Según Fawzy y Fawzy (19--)⁵¹, este tipo de intervenciones permiten reducir la falta de conocimiento, o los niveles inadecuados de información, y aportan sentido de dominio y control. Además advierten los autores, que se puede ofrecer asesoría relacionada a cómo enfrentar la enfermedad, la importancia de expresar libremente sus emociones, y muchos otros aspectos más.

⁵⁰ *Ibíd.* p. 52-53.

⁵¹ Fawzy I.; Fawzy Nancy. *Intervenciones psicoeducacionales.*

3.6 Duelos en el Paciente Oncológico. Articulación al Caso Clínico.

A continuación, se caracterizarán los duelos observados en Marta a lo largo de la evolución de su enfermedad oncológica. Con este fin, se describirán las pérdidas que los suscitaron y se las articulará con lo desarrollado hasta aquí. Para una ordenada descripción, dichos duelos serán presentados en forma independiente.

Uno de los duelos que Marta ha debido afrontar es el causado por la pérdida de la salud. Hasta el momento del diagnóstico, su vida familiar, laboral, y social transcurría dentro de lo habitual y normal para ella. Las primeras molestias y síntomas no le produjeron ningún tipo de preocupación ni curiosidad. Solo el cansancio, en tanto fue un impedimento a su usual y diaria actividad, resultó ser el síntoma que en mayor medida motivó su consulta.

Desde un principio se ha ocupado en forma madura y responsable de todo lo concerniente al proceso de su enfermedad. Además sostuvo la convicción y la seguridad de tener el control de la situación. Seguramente, era su manera de hacer frente a problemas o contrariedades, y este era uno más. Paralelamente, se advierte en diferentes momentos el uso adaptativo del mecanismo de la negación. Dicha defensa le ha permitido resguardarse de la información amenazante que fue recibiendo.

Se observa que la salud es un atributo muy valorado por la paciente. Sin considerar el precio a pagar, es decir los renunciamentos que tuvo que efectuar, decide no comentar a nadie acerca de su situación, y mantener para los demás su identidad de persona sana o al menos que no sepan que está enferma, ni mucho menos enferma de cáncer. Así es que recibe el diagnóstico, el médico le indica la cirugía, y resuelve de inmediato gestionarla sin hacer ningún tipo de consulta.

Susan Sontag, escritora y ensayista estadounidense, expresa en forma admirable la percepción, la sensación, y el efecto de saberse enfermo:

La enfermedad es el lado nocturno de la vida, una ciudadanía más cara. A todos, al nacer, nos otorgan una doble ciudadanía, la del reino de los sanos y la del reino de los enfermos. Y aunque preferimos usar el pasaporte bueno, tarde o temprano cada uno de nosotros se ve obligado a identificarse, al menos por un tiempo, como ciudadano de aquel otro lugar. (Sontag, 1980, p.9)⁵².

⁵² Sontag, Susan. Op. Cit., p.9.

A medida que la enfermedad fue progresando, se pudo ir trabajando la elaboración del duelo por ésta pérdida. Con este fin, se señalaron y explicaron las características propias y particulares de la enfermedad oncológica, es decir todo lo referente a sus tiempos, la manifestación y duración de los síntomas secundarios, y los eventuales cambios de tratamientos. También fue necesario advertir acerca de la fluctuación de sentimientos, de cómo la vida cambia a partir del diagnóstico, y de cómo se va renunciando paulatinamente a la seguridad y a la predictibilidad, lo cual no significa perder la esperanza.

En definitiva, se orientó a que la paciente aprendiera a aceptar y convivir con su enfermedad. Esto es, tolerar y respetar ciertas emociones que surgieran aunque fueran contradictorias. Admitir que determinadas preocupaciones y reflexiones acompañan y surgen con este proceso. Escuchar las necesidades de su cuerpo. Encontrar nuevas actividades para hacer. Finalmente, distenderse en algunos aspectos como comprarse ropa, salir a caminar, y hacer lo que puede y tiene ganas.

En síntesis el propósito fue propiciar a la aceptación y la adaptación a la realidad de la circunstancia que le ha tocado atravesar, a pesar de lo triste, injusto, y difícil que esto le resultara en esta etapa de su vida.

El duelo por ésta pérdida fue particularmente duro y doloroso. El mismo significó la revisión y el cambio interior de muchos de los significados con los cuales se manejaba en su vida. Por ejemplo, conceptos o creencias personales referidos a la invulnerabilidad, al concepto de salud y enfermedad, y al sentido de justicia.

Específicamente, esta elaboración que involucró sentimientos de enojo, dolor, angustia, desilusión, e incompreensión, alternó con la reflexión, la introspección y el surgimiento de nuevas inquietudes y actividades acordes a la coyuntura actual. Se evidenció por ejemplo este trabajo de elaboración personal cuando ante una recriminación de su hermano su respuesta fue, que está cómo mejor puede y que no está en su poder cambiar dicho estado a voluntad.

Es importante aclarar, como se señaló anteriormente, que este duelo no le significó perder la esperanza, ni dejar de tener ilusiones o proyectos. Al contrario, mantuvo su adherencia a los tratamientos, cumplió con todas las indicaciones médicas, y siempre su compromiso estuvo en lograr su curación.

A propósito de la esperanza, es oportuno citar una estrofa de la Ópera Turandot, de Giacomo Puccini. Concretamente en el segundo acto, un Mandarín lee al pueblo de Pekín un decreto por el cual Turandot, la Pura, será esposa de aquel que resuelva tres enigmas que la princesa propondrá. La solución del primero de ellos, es La Esperanza:

En la noche sombría vuela un fantasma iridiscente. Se eleva y despliega las alas sobre la negra e infinita humanidad. Todo el mundo lo invoca y todo el mundo lo implora, pero el fantasma desaparece con la aurora para renacer en el corazón. ¡Y cada noche nace, y cada día muere! (Turandot)⁵³.

Es válido aclarar que la cita corresponde a una ópera particularmente apta para el trabajo con el paciente oncológico, y que puede utilizarse dentro de las expresiones del arte como recurso psicoterapéutico.

Otro duelo a caracterizar, y además relacionado con el especificado anteriormente, es por la pérdida de su identidad y su imagen de cuerpo sana. Desde el comienzo, una de las cosas que más preocupó y consternó a Marta fue su imagen y apariencia ante los demás. Concretamente, no salía de su casa para no encontrarse con ningún conocido. Su temor era que notaran su deterioro o desmejoramiento físico, revelándose de esta manera su enfermedad.

A propósito de esto, Mariam Alcira Alizade utiliza el concepto de muertes parciales para referirse a la circunstancia en que partes o funciones del cuerpo aparecen como localización de una pérdida, suscitando una vivencia de amenaza en la cual el yo se enfrenta con su condición finita. Y explica lo siguiente:

El individuo atraviesa una experiencia de ruptura con la imago de un cuerpo entero y sano, no importa cuán niño, joven o viejo sea. La vulnerabilidad corporal se manifiesta. Se sigue adelante, se niega, se apela a los mecanismos de defensivos más variados, pero la marca está o estuvo y el psiquismo recibió efluvios de un saber que hiere y a la vez enseña. (Alizade, 1996, p. 37)⁵⁴.

⁵³ Turandot. [En línea]. Dirección de acceso al número de día de la consulta: <http://www.el-atril.com/cantares/opera/Puccini/turandot.htm> Consulta: 20 de Junio de 2009].

⁵⁴ Alizade, Mariam Alcira. Op.Cit., p. 47.

Marta expresaba el temor de que sus conocidos la vean demacrada, sin color, flaca y pelada. Esto que ella imaginaba desde antes de la primera aplicación quimioterápica, constituía una amenaza y le generaba sufrimiento. Posteriormente, a medida que fue experimentando los efectos de los tratamientos sobre su cuerpo, observó que algunas de estas marcas supuestas acontecieron y otras no. Sin embargo, con la evolución de la enfermedad, tuvo dificultades respecto a su propio reconocimiento y sufría por los cambios que revelaba su cuerpo.

Es así que inicia progresivamente un proceso de duelo respecto de lo que ella fue, hasta no hace mucho tiempo atrás, y que desde ahora, y a medida que acontece la evolución de su enfermedad, no existirá ni reaparecerá nunca más. Progresivamente advierte en relación a su imagen, un antes y un después de los tratamientos. Por ejemplo, conserva una cicatriz consecuencia de la cirugía, experimenta vómitos, náuseas, diarreas, y descomposturas que nunca antes había tenido, no tiene apetito, ha perdido peso, tiene dolores, y se siente cansada y débil. Además, no logra concentrarse en actividades intelectuales, está triste, muchas veces llora, y persisten los planteos e interrogantes consigo misma.

Este duelo significó para Marta reconstruir una identidad nueva que se ajustara a su realidad actual, sin por supuesto perder continuidad entre la anterior y la nueva. Dicho proceso de reconstrucción se reflejó por ejemplo en el hecho de darse el permiso de comprarse ropa acorde a su peso actual, o en su decisión de hacer lo que tuviera ganas, sin necesidad de responder en la forma en que los otros esperaban que actuara. También se exteriorizó en la situación de encontrar como imagen de identificación, a una persona que atravesó una circunstancia similar a la de ella.

En definitiva, se promovió durante el tratamiento psicoterapéutico, al reconocimiento y la aceptación realista de sus cambios corporales. Tal como lo afirma Marie de Hennezel, Psicóloga y Psicoanalista dedicada a la atención de pacientes terminales:

Nadie puede ser afectado en su cuerpo sin sentirse afectado en su yo y en el conjunto de su psiquis. El alcance narcisista que provoca la enfermedad produce una modificación de la imagen corporal que puede ir, en casos extremos, hasta fenómenos de despersonalización. Nuestro cuerpo forma parte de nuestra cédula de identidad en nuestras relaciones con nosotros mismos y con los demás. Su alteración quiebra ese sentimiento de identidad y llega también a menudo a una modificación profunda de sus relaciones con los demás. (de Hennezel, 1994, p. 148)⁵⁵.

Otro de los duelos que Marta ha debido atravesar, fue el ocasionado por la pérdida de su cotidianidad o rutina habitual desde que la enfermedad formó parte de su vida. En otras palabras y como tan notablemente lo expresa Susan Sontag: “Ahora es el cáncer la enfermedad que entra sin llamar, la enfermedad vivida como invasión despiadada y secreta”. (Sontag, 1980, p.10)⁵⁶.

Marta describió que hizo un corte en su vida desde el momento en que se le comunicó el diagnóstico de cáncer, y en consecuencia muchos cambios acontecieron. Por ejemplo, perdió su rol laboral, renunció a sus relaciones sociales, también a actividades habituales y elementales como hacer compras, se aisló y evitó el contacto con conocidos. Por otro lado, paso de no estar nunca en su casa a estar allí todo el día. Se interiorizó en el uso de palabras que no le eran habituales en su código personal. Conceptos como cáncer, tumor, quimioterapia, ciclos, efectos secundarios, radioterapia, etc.

De todas estas pérdidas, la de su trabajo fue la que más alteró su rutina y sus costumbres, y más la desestabilizó a lo largo de todo el proceso. Marta se definió como una persona muy trabajadora y siempre en actividad, hasta el punto en que nunca se había tomado vacaciones. El trabajo organizaba sus días, a partir de él establecía sus relaciones, y además era un aspecto importante de su identidad. En realidad, toda su vida pasaba por el trabajo, por el hacer, por el deber, y la responsabilidad. Y lo mismo era característico de su familia. Ella lo expresó con absoluta claridad cuando dijo que cada uno estaba ocupado en sus tareas.

⁵⁵ de Hennezel, Marie. *El amor último. Acompañamiento de enfermos terminales*. Buenos Aires, De la Flor, 1994. p. 148.

⁵⁶ Sontag, Susan. Op. Cit.

Seguramente, este estilo de vida dejaba poco lugar a los afectos y al placer. Es posible que esta fuera su manera de ganarse el cariño de su familia y de los otros en general. Por otra parte es indudable que el trabajo constituía uno de sus “anclajes con la vida.” (Bosnic, 1999, p.52)⁵⁷.

Perderlo no significaba solo una privación económica. Específicamente su falta afectó su autoestima, acrecentó su sentimiento de soledad, la enfrentó a la incertidumbre, y le generó inseguridad. En definitiva, dañó su calidad de vida. De alguna manera lo expreso así cuando dijo que sin él se sentía incompleta.

A propósito de esta pérdida tan importante en su vida, es pertinente transcribir una reflexión acerca del duelo, en este caso referido a la muerte de un hijo, perteneciente a uno de los novelistas rusos más importantes del siglo XIX, Lev Nikoláievich Tolstoi:

La madre sufre la pérdida de su hijo y no puede consolarse. Y no se consolará mientras no comprenda que su vida no está en el recipiente que se rompió, sino en el contenido que, al verterse, perdió su forma, pero no desapareció. La sabiduría del hombre consiste en transvasar la propia vida de la forma al contenido, y no en orientar las fuerzas a la conservación de la forma, sino en permitirle que fluya. (Tolstoi, 2003, p. 21)⁵⁸.

La elaboración de este duelo resultó por momentos compleja. Es así que por una parte, el proceso terapéutico estuvo orientado a crear un espacio en el que pudiera expresar todos los sentimientos y pensamientos que esta pérdida le provocaba, para luego poder aceptarlos como razonables en su situación. Es así que puso en palabras su enojo, su miedo, su angustia, su preocupación, y el malestar que el estar sin trabajo le generaba.

Por otra parte, en tanto éste era un sostén muy importante en su vida, se la orientó a que encontrara nuevas actividades que la colmaran, o al menos la satisficieran tanto como la que en otro momento fue la habitual. De esta manera, y generando una fluctuación entre el sentir y el hacer, se estimuló a que encontrara nuevas inquietudes e intereses acordes a su situación actual.

Recapitulando, la enfermedad y en éste caso particular la pérdida del trabajo, produjeron cambios importantes en la vida de Marta. Ante todo conservó su estilo de mujer responsable, activa, y eficiente. Es así que se ocupó personalmente de todos los trámites y

⁵⁷ Bosnic, María. Op. Cit., p. 52.

⁵⁸ Tolstoi, Lev Nikoláievich. *Diarios (1895-1910)*. 1a ed. Barcelona, Acantilado, 2003. p. 21.

consultas referentes a su enfermedad. De cualquier modo, no era el objetivo del proceso terapéutico inhabilitarlo o prohibirlo. Por el contrario, al menos lograr flexibilizarlo o relajarlo. Por ejemplo, no se logró que delegara los trámites a algún miembro de su familia, pero sí se consiguió que no sobrecargara los días con este tipo de actividades. Es decir, hacía pausas entre un trámite y otro, y respetaba sus semanas de descanso de tratamiento.

Por otra parte, hacer yoga, actividad que nunca antes había practicado, le resultó sumamente terapéutico. Tejer en telar despertó en ella su creatividad, y además le proporcionó la satisfacción de una actividad remunerada, y el reconocimiento y la gratitud de aquellos a quienes confeccionaba las pashminas. Salir a caminar, sin rumbo fijo, solo con la intención de pasear, le resultó sumamente placentero y relajante. Finalmente, postergó y cambió la lectura formativa de la Universidad, por la de otro tipo de libros que le resultaron interesantes, así como también la lectura de relatos, cuentos, o fragmentos literarios, que se le recomendaron a lo largo de la terapia.

Por ejemplo, uno de los libros propuestos fue *Pequeñas Alegrías* de Hermann Hesse, premio Nóbel de literatura en el año 1946. Volker Michels, fue quien realizó la recopilación póstuma de algunas reflexiones del autor alemán. A continuación, se transcribe una de ellas:

Vivir cada día el máximo posible de pequeñas alegrías y reservar los goces mayores y más fatigosos para los días solemnes y los buenos momentos, es lo que yo aconsejaría a todo el que padece de desazón y falta de tiempo. Son las pequeñas alegrías, y no las grandes, las que nos sirven para el descanso, la liberación y el relajamiento de cada día. (Hesse, 1998, p. 11)⁵⁹.

Otro de los duelos que la paciente tuvo que atravesar fue por la pérdida de la idea o convicción en la certidumbre y la seguridad. A propósito de la incertidumbre, se transcribe un mito griego que la personifica en una forma interesante:

⁵⁹ Hesse, Hermann. *Pequeñas alegrías*. Madrid, Alianza, 1998. p. 11.

Tiqué es una hija de Zeus a la que éste le dio el poder de decidir la fortuna de tal o cual mortal. Sobre algunos de ellos derrama montones de dones desde su cuerno de la abundancia, mientras que a otros los priva de todo lo que poseen. Tiqué es absolutamente irresponsable en sus concesiones, y corretea por ahí haciendo malabares con una pelota que simboliza la incertidumbre del azar: a veces arriba, a veces abajo. (Graves, 2006, p. 163)⁶⁰.

Desde el comienzo de su enfermedad Marta actuaba con la certeza de tener el control de la situación y posiblemente así lo hacía con diferentes aspectos de su vida. Por ejemplo, se dispuso de inmediato a la operación quirúrgica, la cual no le resultó en ningún aspecto traumática. Tal como lo explica la Lic. Mucci (2004)⁶¹ cada paciente responde a la cirugía de manera absolutamente personal, vivenciándola de distintas maneras. Quizás Marta la imaginó como la mejor forma de extirpar la enfermedad de su cuerpo y volver a la normalidad.

Posteriormente, con el progreso de la enfermedad, su cuerpo y su vida dejaron de estar bajo su control. Aparecieron las metástasis, que tanta desilusión y confusión le generaron. Marta no lograba comprender cómo sucedía esto, ya que cumplía rigurosamente con cada uno de los tratamientos e indicaciones médicas.

También la desconcertó el cansancio y la debilidad de su cuerpo, y el no poder concentrarse en el estudio. Al principio, no podía comprender que estos fueran síntomas que acompañan a la enfermedad. Tampoco entendía lo relacionado a los tiempos de los tratamientos, y menos aún que su oncóloga no le diera más información, la cual para ella siempre fue insuficiente.

De esta manera, muchos interrogantes se fueron desarrollando. Si su padre estando enyesado pudo trabajar, ¿por qué a ella no se lo permitían? ¿Cuándo podrá empezar a trabajar? Si ha cumplido rigurosamente con los tratamientos, ¿por qué el resultado siempre es el mismo o peor? ¿Qué tratamiento finalmente la curará? Si surgiera la posibilidad de una pareja, ¿qué le diría acerca de su situación? ¿Y su calidad de vida? ¿Qué le oculta su oncóloga? ¿Cómo hablar con su familia? ¿Y la muerte?

⁶⁰ Graves, Robert. *Los mitos griegos, I*. Madrid, Alianza, 2006. p. 163.

⁶¹ Mucci, Maria. Op. Cit.

La falta de respuesta a ciertas preguntas, que por otro lado nadie estaba en poder de contestar, y fundamentalmente la confrontación con la incertidumbre que le generaban, le resultaban intolerables.

En relación a este duelo el abordaje se orientó en primer término, a mostrar que su enfermedad no era una circunstancia de elección personal ni voluntaria, sino un evento o coyuntura difícil y compleja, que debía atravesar de la mejor forma posible. Por supuesto, esta elaboración estuvo ligada a los duelos anteriormente descritos. Concretamente, a la elaboración de la pérdida de la salud, de su imagen de cuerpo sana, y al proceso de reconstrucción de su identidad.

A propósito de los interrogantes que fueron surgiendo en Marta, es oportuno citar un pasaje de la novela *La Hermana* de Sándor Márai. Allí, el escritor húngaro, describe las reflexiones del personaje principal, aquejado de una compleja enfermedad:

Porque entonces yo ya sabía que aquella enfermedad era una condena. Tal vez todas las enfermedades lo sean, aunque no puedo asegurarlo, quizá también haya accidentes. Pero a mi me habían castigado. ¿Por qué? ¿Dónde me había equivocado, qué delito había cometido? Sospechaba que todo ello guardaba una difusa relación con la música, con E., con mi estilo de vida, con mi método de trabajo y con todo lo que yo era... Todo eso constituía una especie de crimen complejo consistente en no haber vivido, trabajado y amado como debería haberlo hecho. Pero, por Dios, ¿cómo debería haberlo hecho? Nadie me lo había explicado nunca. Nadie me había ayudado nunca. ¿Dónde, en qué había pecado, y por qué el castigo? (Márai, 2008, p. 127)⁶².

En segundo término, se describieron las características propias de la enfermedad oncológica, distinguiéndola de otras enfermedades menos complejas. También se hicieron algunos comentarios y aclaraciones respecto a las múltiples causas que intervienen en el origen de la enfermedad. Además, se abordó el tema de los tiempos de la enfermedad, de los tratamientos existentes, de sus eventuales efectos secundarios, y de los protocolos médicos.

Resultó sumamente difícil y complicado para Marta aceptar la incertidumbre de su situación y de su vida en general, ya que la misma nunca había estado integrada a su existencia. Con el fin de incorporarla, la estrategia a seguir fue en primer lugar, ubicar a Marta en su realidad presente. Y en segundo lugar, promover su disponibilidad a los

⁶² Márai, Sándor. *La hermana*. Barcelona, Salamandra, 2008. p. 127.

tratamientos mostrándole que de esta manera, contribuía con lo mejor de su ser para el logro de los mejores posibles resultados.

En este sentido, fue de mucha utilidad utilizar términos como posibilidad, eventualidad, y probabilidad, entre otros. En otras palabras, el énfasis se puso en subrayar que no siempre es posible determinar con exactitud resultados, tiempos, fechas, situaciones, respuestas, etc.

Como breve digresión y a propósito de lo mencionado, se transcribe un fragmento del libro *Conversaciones con Goethe* escrito por Johann Peter Eckermann. El mismo está dividido en dos volúmenes en los que Eckermann reproduce con fidelidad diálogos y conversaciones que tuvo con Goethe durante los últimos nueve años en la vida del ilustre autor:

Cuanto hacemos, produce unas consecuencias. Pero lo justo y sensato no siempre engendra resultados favorables y lo contrario no siempre desfavorables. Más bien podríamos decir que se obtienen resultados inversos. Hace algún tiempo, en una de las negociaciones con los libreros, cometí un error y ello me supo muy mal. Pero ahora han cambiado las circunstancias de tal suerte, que en realidad hubiese incurrido en grave falta de haber llevado entonces las cosas como me parecía bien. He aquí un hecho que se repite con harta frecuencia en la vida. Y los hombres de mundo, que lo saben perfectamente, actúan por lo general con gran audacia y decisión. (Eckermann, 1982, p. 145)⁶³.

Recapitulando, atravesar este duelo significó para la paciente, incorporar en su vida la noción de incertidumbre. Esta elaboración representó para ella una tarea y un desafío importantes. Su procesamiento supuso la revisión de creencias y presupuestos con los que creía que contaba, y además el cambio de prioridades y valores. Todo esto le ocupó gran parte del tratamiento psicoterapéutico.

Esta elaboración constituyó un desafío, debido a que generó cambios en sus expectativas, en su manera de organizar sus días, y en varios aspectos en su vida en general. Incluso produjo modificaciones a nivel de su conducta, posibilitó un criterio más realista en la percepción de su realidad, profundizó la reflexión de su circunstancia de enfermedad, y posibilitó el surgimiento de nuevos intereses.

⁶³ Eckerman, Johann Peter. *Conversaciones con Goethe*. 2a ed. Barcelona, Obras Maestras, 1982, p. 145.

Concretamente, el centrarse en su realidad presente le permitió atender y respetar sus tiempos personales para descansar, comer, y reflexionar. Además, logró reconciliarse con sentimientos que por momentos le resultaban contradictorios, lo que facilitó desculpabilizarla respecto a las expectativas que los demás tenían hacia ella.

Por otra parte, consiguió aprender que a los demás también les suceden cosas, sin que nadie las pueda anticipar ni explicar. Y además, observó que no necesariamente se relacionan con una enfermedad. Finalmente se inició un trabajo de reflexión acerca de su calidad de vida, de la posibilidad de su muerte, y de su morir también.

A propósito del efecto que nos produce el integrar la incertidumbre a nuestras vidas, se transcribe a continuación un fragmento del maestro tibetano Sogyal Rimpoché:

En nuestra mente los cambios siempre equivalen a pérdida y sufrimiento. Y, cuando se producen, procuramos anestesiarnos en la medida de lo posible. Damos por supuesto, tercamente y sin ponerlo en tela de juicio que la permanencia proporciona seguridad y la impermanencia no. Pero, en realidad, la impermanencia es como algunas personas que encontramos en la vida: difícil e inquietante al principio, pero, cuando se la conoce mejor, mucho más amigable y menos perturbadora de lo que hubiéramos podido imaginar. (Rimpoché, 1994, p. 47)⁶⁴.

Continuando con el desarrollo del tema, se hará referencia a otro de los duelos observados en la paciente. Específicamente el relacionado a la pérdida de proyectos. En este caso clínico en particular, esta pérdida no le significó la falta de esperanza. Como se expresó anteriormente, siempre la conservó. Incluso, se propició a que la preservarla y la aplicara en aspectos u objetivos realistas, acordes a como se presentaba la evolución de su enfermedad.

A pesar del enojo, la incomodidad y el malestar que los tratamientos le produjeron, los cumplió rigurosamente con el ánimo de lograr su recuperación. Si bien manifestó expresamente su agotamiento y extenuación, mantuvo la voluntad de vivir y se interrogó acerca de su calidad de vida, y más adelante también por su calidad de muerte.

⁶⁴ Rimpoché, Sogyal. *El libro tibetano de la vida y de la muerte*. Barcelona, Urano, 1994, p. 47.

Marta conservó durante mucho tiempo la perspectiva de rendir finales en la Universidad con el objetivo de recibirse pronto, ya que le faltaban pocas materias para obtener su título. Por consiguiente, tener un año de licencia en el trabajo le significaba tener un año de cuidados muy especiales, situación que le resultaba en un principio impensable.

Paralelamente, otro de sus planes era retornar en breve a su actividad laboral y a su rutina habitual. De ahí que el aislarse y evitar la relación con personas, fuera del ámbito de su familia, constituía al comienzo de su enfermedad una circunstancia temporal y pasajera que le permitiría mantener oculta esta etapa de su vida para los otros y en cierta medida para ella misma también.

Por otra parte, en determinado momento del tratamiento psicoterapéutico confiesa la ilusión de tener una pareja. Hasta el momento, según ella misma lo expresó, no había tenido novio formal, solo hombres que le gustaron o que se interesaron en ella. A propósito de esto, se representaba con humor la situación de conocer a alguien. También se imaginaba la circunstancia de explicarle a esta supuesta persona acerca de su enfermedad.

Todas estas manifestaciones dieron la oportunidad de trabajar estas expectativas en términos de posibilidad. Es decir, en un principio no se negaba la posibilidad de que se cumplieran, ni tampoco se afirmaba contundentemente su pronta realización. Por el contrario, se la orientaba en el sentido de situar los eventos de recibirse, empezar a trabajar, y tener una pareja, como eventualidades de las cuales no podíamos aún ni afirmar ni negar su concreción.

Posteriormente, con la evolución de la enfermedad, estas aspiraciones no se cumplían, lo cual produjo desilusión, impotencia, enojo, y angustia. Aparecieron las metástasis, junto con nuevos dolores y molestias, y los tratamientos produjeron malestares y descomposturas cada vez más intensas. La oncóloga continuó recomendándole aislamiento y cuidados. Incluso, en la historia clínica que elaboró, dirigida a la Junta Médica que evaluaba la reincorporación laboral de Marta, expresamente indicaba continuar con la licencia laboral.

Es oportuno citar un fragmento de *La muerte de Iván Illich*, escrita por Lev Tolstoi, donde en forma notable el autor relata el desconsuelo y la angustia del protagonista ante una realidad imposible de cambiar: “Siempre lo mismo. Ya brillaba una gota de esperanza, ya se alborotaba el mar de la desesperación, y siempre el dolor, siempre el dolor, siempre la angustia, siempre lo mismo.” (Tolstoi, 1992, p.66)⁶⁵.

En estas circunstancias, fue muy importante trabajar y encontrar anclajes que sostuvieran a Marta en este momento de tanta desilusión e inestabilidad emocional. Con este fin, se exploraron conjuntamente con la paciente actividades que pudieran suplir la ausencia del trabajo. Es así que el tejido resultó ser una tarea que ocupó gran parte de su tiempo libre, le rindió económicamente, despertó su creatividad, y además le proporcionó placer.

Respecto de la preparación de sus finales, no lograba la concentración y atención necesarias para esta lectura tan específica. En cambio, los relatos o novelas que se le ofrecieron durante el tratamiento psicoterapéutico fueron muy bien recibidos. Incluso, sus comentarios o apreciaciones constituían parte del material a trabajar en los encuentros. En relación al tema de la pareja, se lo abordó de igual forma en que ella lo presentó, es decir con humor, y además como una circunstancia potencial.

Por otra parte, nuevos propósitos aparecieron: la necesidad de ayudar a otras personas que estuvieran atravesando circunstancias tan difíciles como la que a ella le ha tocado vivir, la urgencia de hablar con sus padres y sus hermanos respecto a cómo disponer de sus pertenencias y sus ahorros ante la eventualidad de su muerte, y también la intención de hacer conocer su voluntad respecto de los cuidados médicos en sus últimos días de vida.

En consecuencia, a lo largo de este proceso, en el que elaboró la pérdida de algunos de sus proyectos, también logró descubrir otros. Es así que surgieron nuevos intereses e inquietudes, supo valorar y reconocer los cambios positivos a partir de su enfermedad, y además se efectuaron modificaciones a nivel de sus prioridades o escala de valores acordes con su realidad actual.

⁶⁵ Tolstoi, Lev. *La muerte de Iván Illich*. Buenos Aires, Norma, 1992, p. 66.

El último de los duelos a caracterizar es el ocasionado por la pérdida inminente de su vida, el cual por supuesto está íntimamente relacionado y conectado con la elaboración de los duelos que anteriormente se expusieron, e incluso los comprende.

Como se fue describiendo, desde el momento del diagnóstico, Marta perdió el estilo de vida que practicaba en forma habitual antes a la enfermedad. En un principio, por decisión propia, abandonó gran parte de sus actividades, rutinas, y relaciones. Posteriormente las pérdidas fueron aconteciendo sin que tuviera otra posibilidad de elección.

En consecuencia, el trabajo sostenido en relación a situar a la paciente en la realidad de su situación, junto con el encausar el tratamiento hacia la aceptación de la enfermedad y paralelamente la convivencia con ella, sumado al trabajo de integración de la incertidumbre a su vida, fueron condiciones de posibilidad para la elaboración del presente duelo.

En determinado momento del tratamiento psicoterapéutico, Marta comienza a interrogarse por cuestiones relacionadas con la eventualidad de su muerte. En principio, su preocupación fue por su calidad de vida. Como lo explica Fonnegra de Jaramillo (2001)⁶⁶ el significado de este concepto es subjetivo y variable según quién lo utilice y en qué circunstancias.

Por consiguiente, en Marta calidad de vida aludía a bienestar físico, específicamente relacionado con la posibilidad de mantener su independencia, su autonomía, y el no padecer dolores excesivos. Comprendía además el no sufrir más de lo que ya estaba sufriendo, el poder hacer algún tipo de actividad laboral, quizás más liviana y con menos responsabilidad, y la expectativa de lograr un acercamiento afectivo con su familia y sus amistades, con el objetivo de conquistar una comunicación más sincera y abierta.

La ausencia de una relación sincera y libre con su familia, constituyó en la última etapa de su enfermedad, una fuente de sufrimiento significativa, que aumentaba su sensación de soledad. A propósito de este sufrimiento tan particular, Marie de Hennezel expresa:

⁶⁶ Fonnegra de Jaramillo, Isa. Op. Cit.

Una vez más acabamos de ser testigos de que la peor soledad para un moribundo es no poder anunciar a sus seres queridos que va a morir. Al sentir llegar la muerte, el que no puede hablar de ella ni compartir con los suyos lo que la cercanía de esa partida le inspira, no tiene a menudo más salida que la confusión mental, el delirio, o hasta el dolor que permite al menos hablar de algo. (de Hennezel, 1996, p. 32)⁶⁷.

Marta no solo necesitaba compartir lo que le estaba sucediendo para aligerar su vivencia de soledad, también quería manifestarles cuál era su voluntad y decisión en relación a su muerte para que su familia la efectuaran en el momento en que ella ya no pudiera expresarla. En definitiva, lo que pedía era poder despedirse de las personas importantes de su vida.

Este duelo en particular significó que Marta revisara varios aspectos de su vida, de la relación con su familia, y con los demás. Implicó también que reflexionara acerca de temas que en su realidad presente le generaban preocupación. Entre ellos, el tema de la muerte y del morir, la separación con su familia, el dolor de la despedida, y la reconciliación interna con circunstancias y personas de su vida.

En términos generales significó integrar la muerte a su existencia, cosa que nunca había considerado antes. Paralelamente, el trabajar e incorporar la incertidumbre a su vida posibilitó ubicar la muerte en una dimensión universal y más tolerable. Finalmente este trabajo le permitió reflexionar acerca de su vida, de sus prioridades, y del uso de su tiempo, en forma tranquila y sin que estos pensamientos le resultaran perturbadores.

El jurista Iván Illich, personaje principal de la novela de Tolstoi, también realiza un trabajo intelectual a partir de su enfermedad, en relación a su vida y a su muerte. Específicamente en una de sus reflexiones expresa:

El asunto no reside en el intestino ciego ni en el riñón, sino en la vida y... la muerte. Si, estaba la vida y se va, se va y no puedo retenerla. Si. ¿Para qué engañarme? ¿Acaso no resulta evidente para todos, menos para mí, que me estoy muriendo, y de lo único que se trata es del número de semanas, de días; que me puedo morir ahora mismo? (Tolstoi, 1992, p. 52)⁶⁸.

⁶⁷ de Hennezel, Marie. *La muerte íntima. Los que van a morir nos enseñan a vivir*. Buenos Aires, Sudamericana, 1996, p. 32.

⁶⁸ Tolstoi, Lev. *La muerte de Iván Illich*. Op. Cit. p. 52.

Por otro lado, tal como lo formula Alizade (1995)⁶⁹ se puede vivir la propia muerte. Es decir, tomar ciertas decisiones, hacer determinadas elecciones, anticipar despedidas, resolver diferentes cuestiones. En fin, organizar o poner orden antes de la partida, y por supuesto, seguir viviendo hasta el instante en que acontezca.

⁶⁹ Alizade, Mariam Alcira. Op. Cit.

3.7 Análisis de la Prueba Gráfica.

Antes de presentar la conclusión del trabajo, es necesario hacer algunas referencias acerca de la técnica gráfica que se le propuso a Marta. Por una parte, su análisis resultó ser útil y valioso en la caracterización de los duelos que fueron expuestos. Y además, resultó ser material provechoso para trabajar conjuntamente con la paciente. En el Anexo se hallarán los gráficos mencionados.

La consigna consistió en solicitarle que dibujara en primer lugar la enfermedad y luego la salud. Ya que este tipo de producciones son expresión del mundo interno, su elaboración y consiguiente análisis, aportan datos relacionados con el concepto que la persona maneja acerca de su salud y su enfermedad.

Respecto de los aspectos formales, su actitud ante la propuesta, el trazo, y la presión que utilizó, muestran seguridad y control en la actividad que se le indicó. Los detalles no fueron excesivos ni tampoco inapropiados, y la síntesis de los dibujos fue ordenada, indicando un nivel energético adecuado. Quizás más cuidada resultó la síntesis del primero. Lo relacionado al emplazamiento y a los tamaños utilizados, se analizarán en cada uno de ellos respectivamente.

En el primero, dibuja un fragmento de intestino y ubica junto a él el hígado. Ambos tienen manchas en su interior. Luego, dibuja otra mancha aislada y fuera de aquellos órganos. Ante todo, es importante aclarar, que en su descripción de lo que quiso representar, fue muy concreta y concisa.

Explica que las manchas son las células cancerígenas. Como se observará, todas son de tamaño notable y pintadas de color negro y rojo, lo que las hace bien visibles. Al preguntarle por la que aparece aislada, comenta que es la forma en que avanza la enfermedad, y explica que su doctora siempre se refiere a manchas, cuando le da resultados de sus estudios por imagen. Por ejemplo, le dice que han aparecido o desaparecido manchas, o que han aumentado o reducido su tamaño. Esta es la razón por la cual ella se las imagina así.

Es significativo el hecho de que solo dibuje los órganos y omita la persona a quien pertenecen. Sólo están ellos y las manchas. Es posible que así se expresen, la importancia o el protagonismo que han adquirido en su vida.

En relación al emplazamiento, lo ubica hacia la izquierda de la hoja, lo cual está relacionado con el pasado. El tamaño, indica la importancia que ha adquirido este órgano en su vida, tal como se lo expresó anteriormente.

Respecto del dibujo de la salud, muestra al menos tres escenas en la hoja. Explica en forma espontánea, que las figuras humanas que aparecen la representan, saliendo de su casa, yendo en bicicleta al mar o a las montañas de vacaciones, y encaminándose con su maletín a uno de los colegios.

Resulta curioso que sólo utilice el color para dibujar flores en el camino que la lleva fuera de su casa y para las olas que representan el mar, y no en la totalidad de la ilustración. Puesto que se ha observado, en los gráficos que forman parte de la muestra que se utilizará en el Trabajo de Investigación anteriormente mencionado, que generalmente se usa el color, para el dibujo de la salud, y el negro, para el de la enfermedad.

Es probable que aquí este detalle esté asociado con los lugares o momentos que la paciente transita cotidianamente, dando la impresión de una vida apagada o sin color. Sin embargo, su mínima presencia, expresa que lo conserva en algunos aspectos reducidos de su vida.

Otra característica de la muestra es la presencia de la naturaleza en el dibujo de la salud. Aquí está representada en el mar, las flores, y la lluvia que cae en las montañas. Por otra parte, hay movimiento y actividad, al escenificar el irse de vacaciones, andar en bicicleta, dirigirse al colegio, o irse de su casa. En oposición a lo estático del primer dibujo, quizás relacionado con lo pasivo que la persona se percibe en relación a su enfermedad.

Aclara que quiso mostrar aquello que tiene ganas de hacer. Es decir, salir de su casa, ya que desde el comienzo de su enfermedad prácticamente no sale de allí. Irse a algún lugar de vacaciones, y explica que hace mucho que no dispone de tiempo para hacerlo. Por último, expresa que lo que más desea es reintegrarse pronto a su trabajo como docente.

Respecto del emplazamiento, ubica el colegio en la parte derecha de la hoja, lo que está relacionado con el futuro, con la esperanza, y con el control. Además, es al que le da mayor relevancia, en relación al tamaño con que lo representa. Las vacaciones, situadas arriba y al costado izquierdo de la hoja, dan cuenta que esto está más relacionado con la fantasía y lo ideal.

En relación a la figura humana, es la más descuidada, regresiva, e incluso infantil. Prácticamente asexual, a no ser por la presencia de cabello largo. No le dibuja ropa femenina. El omitirla en el primer dibujo, y despreocuparse por algunos detalles en el segundo, es posible que esté indicando que la zona de mayor conflicto personal se sitúa justamente aquí.

CONCLUSIÓN

El cáncer es una enfermedad que altera múltiples aspectos de la vida de quien lo padece. Por lo general, los pacientes distinguen un antes y un después del diagnóstico. El antes, se caracteriza por la creencia en una vida segura, sin grandes cambios, por momentos monótona, y con la confianza y la certeza de su continuidad, permanencia y control. El después, transforma esta vida, y se singulariza por la omnipresencia de la incertidumbre. En definitiva, lo que daba figura a esta vida en el antes, pasa a ser fondo en el después, y viceversa.

Posteriormente, además de comprometerse con los tratamientos e indicaciones médicas, la persona tendrá que tolerar los efectos secundarios de los tratamientos, aprender a convivir con la enfermedad, aceptar y admitir la inseguridad en su vida, y lograr mantener la esperanza.

Una de las tareas del psico-oncólogo, será el abordaje de las respuestas emocionales que sus pacientes experimentan en las distintas etapas de la enfermedad. Por ejemplo, tendrá que aliviar la sensación de invulnerabilidad, que en distintos momentos el paciente puede llegar a experimentar. Favorecer al sostenimiento de la esperanza. Y colaborar con intervenciones psicoterapéuticas, en el abordaje de preocupaciones existenciales que afectan a sus pacientes, relacionadas con el encontrar un sentido a lo que le toca vivir, la inevitabilidad de la muerte, y la conexión con lo espiritual.

Como consecuencia del presente desarrollo surge que uno de los temas a trabajar durante el proceso terapéutico de un paciente oncológico adulto, será el referido a los duelos que tendrá que atravesar en las diferentes etapas de su enfermedad. Tal como se lo ha expuesto, ellos son consecuencia de diversas pérdidas que los tratamientos o la enfermedad en sí misma provocan en la vida de los pacientes.

La enfermedad oncológica como ninguna otra, pone de manifiesto a la persona que la padece, que se la mire desde donde se la mire, no resulta en ningún aspecto gratuita sobrellevarla. El costo que ocasiona no es solo económico o financiero, lo cual ya produce una importante preocupación e intranquilidad. Además de estas pérdidas, suscita otras que pueden resultar aún más significativas y mortificantes que aquellas.

Específicamente pueden observarse pérdidas físicas, sociales, espirituales, emocionales, y simbólicas. Algunas de ellas pueden ser transitorias y no dejar secuelas, y otras pueden producir efectos permanentes. Incluso, algunas pueden ser más difíciles de elaborar que otras.

En principio, se observan la existencia de duelos frente a pérdidas que no son tangibles o perceptibles por los demás, sino que son de carácter interno. Por ejemplo, la pérdida de la certidumbre o el control en su vida, de la consecución de determinados proyectos o planes para el futuro, o la pérdida de la identidad. Además se han enumerado otras que si lo son, como la pérdida de la salud, del trabajo, o las relacionadas con cambios corporales.

Si bien la negación es un mecanismo operativo y adaptativo utilizado por el paciente en determinadas circunstancias y momentos de la enfermedad oncológica, hablar de proceso y elaboración de duelo supone el aceptar y asumir lo perdido, además de compartir el dolor, el sufrimiento, y demás emociones que provoca.

En primer lugar, abordar con la paciente cada uno de los duelos que anteriormente se describieron, generó miedos en relación a problemas económicos y al futuro laboral y social. Además otros en relación al morir, al dolor, y a su calidad de muerte. También un sentimiento de frustración, debido a que la enfermedad avanzaba a pesar de los tratamientos. Y finalmente, preocupación por su familia frente a la inevitable y próxima realidad.

En segundo lugar, a pesar de lo difícil y doloroso que fue atravesarlos, este trabajo de duelo contribuyó en beneficio de su calidad de vida. Por ejemplo le permitió sobrellevar la realidad de su enfermedad en una forma tolerable para ella. Logró situarse en su realidad presente y actual, lo que la ayudó a convivir con su enfermedad y con los síntomas que la misma o los tratamientos le ocasionaban. Finalmente, posibilitó a que

encontrara nuevas actividades en las que ocupar su tiempo, además de crear la oportunidad del surgimiento de nuevas inquietudes.

En tercer lugar, trabajar en la elaboración de estos duelos, y acompañar en aceptación de los sentimientos y los síntomas que estos le generaron, facilitó y preparó a la paciente para su último y definitivo desprendimiento. En otras palabras, los paulatinos renunciamentos que tuvo que efectuar le significaron experiencias de aprendizaje para su separación y despedida final. A propósito de esto, Sogyal Rimpoché afirma: “Aprender a vivir es aprender a desprenderse”. (Rimpoché, 1994, p. 58)⁷⁰.

En cuarto lugar, admitir y procesar los distintos renunciamentos posibilitó aceptar el hecho de que la vida además de buenos y gratos momentos, tiene otros que no lo son. Por otra parte, propició a su crecimiento y fortalecimiento espiritual, motivó al desarrollo de su creatividad, y generó una mayor identificación o sentimiento de pertenencia con personas que sufren.

Como se ha podido observar, la muerte comienza mucho antes de la fecha en que acontece la muerte biológica. Es decir, que se advierten los múltiples renunciamentos que la persona tiene que afrontar y elaborar. En referencia a esto Lev Tolstoi ofrece en su relato, *La Muerte de Iván Illich*, una reflexión que el personaje hace acerca del avance de la enfermedad que lo aqueja:

Había un punto luminoso allí, atrás, en el comienzo de la vida, y luego todo era más y más negro, y se sucedía con mayor y mayor rapidez. “Inversamente proporcional al cuadrado de las distancias de la muerte”, pensaba Iván Illich. Y esta imagen de la piedra que cae cuesta abajo a creciente velocidad se le metía en el alma. La vida, la serie de torturas en aumento, vuela más y más rápida conforme se acerca al fin, al más terrible dolor. (Tolstoi, 1992, p. 78)⁷¹.

Por otra parte, como profesionales de la salud, somos testigos del dolor y el sufrimiento que estos duelos causan a la persona. Se advierte que nuestra función es también acompañar, comprender, y escuchar a esta persona que sufre. Esto facilita el proceso de elaboración de sus pérdidas y además tiene un efecto tranquilizador.

⁷⁰ Rimpoché, Sogyal. Op. Cit. p. 58.

⁷¹ Tolstoi, Lev. *La muerte de Iván Illich*. Op. Cit. p. 78.

Asimismo, trabajar estos temas desde un enfoque humanista, propicia a un abordaje más comprensivo y humano. Habilita la flexibilidad del profesional en relación a los tiempos y a los espacios del proceso terapéutico. Y posibilita el libre empleo de material y recursos para usar con el paciente, como pueden ser fragmentos literarios, relatos, imágenes, películas, óperas, etc.

Por otra parte, este abordaje es sumamente enriquecedor para la vida personal del profesional. Se aprende a respetar y no trivializar la muerte. A sentir y conocer la soledad y la desesperación de quien pronto lo perderá todo. Motiva a la práctica de la autoindagación, en relación al conocimiento del sí mismo, y de los propios miedos en relación a la enfermedad, a la muerte, y al morir. Finalmente, impulsa a reflexionar y a encontrar una postura filosófica, espiritual, o religiosa que armonice con nuestra forma de sentir, pensar, y actuar.

Para concluir es inevitable decir, que la pérdida de un paciente con quien se ha establecido una comunicación sincera y abierta causa una profunda tristeza. Sin embargo, también genera un trabajo de reflexión acerca de la vida y de la muerte, complacencia por el acompañamiento, por el trabajo realizado, y el reconocimiento hacia quien ha depositado su confianza en nosotros, hasta el final.

BIBLIOGRAFÍA

- Alizade, Alcira Mariam. *Clínica con la muerte*. Buenos Aires: Amorrortu, 1996. 209 p.
- Asociación Española contra el cáncer. *¿Qué es el cáncer?* [En línea]. Dirección de acceso al número del día de la consulta:
<http://www.todocancer.com/ESP/Informacion+Cancer/El+c%C3%A1ncer/Que+es+el+cancer.htm>[Consulta: 1 de Marzo 2009]
- Barreto Martín, Pilar; Soler Saiz, M.Carmen. *Muerte y duelo*. Madrid: Síntesis, 2007. 189 p.
- Bosnic, María. Humanización de la Salud. *Quirón*, **30** (1999):36-57.
- Bowlby, John. *El apego y la pérdida 3. La pérdida*. Barcelona: Paidós, 1993. 464 p.
- Comité elaborador del DSM-IV. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV*. 4a ed. [EE.UU]: El comité, [1994?]. 909 p.
- de Hennezel, Marie; de Montigny, Johanne. *El amor último. Acompañamiento de enfermos terminales*. Buenos Aires: De la Flor, 1994. 159 p.
- de Hennezel, Marie. *La muerte íntima. Los que van a morir nos enseñan a vivir*. Buenos Aires: Sudamericana, 1996. 145 p.
- Diccionario etimológico. *Duelo*. [En línea]. Dirección de acceso al número de día de la consulta: <<http://etimologias.dechile.net/?duelo>> [Consulta: 1 de Abril 2009].

- Eckermann, Johann Peter. *Conversaciones con Goethe*. 2a ed. Barcelona: 1982, 335 p. 3 v.
- Fawzy I.; Fawzy, Nancy. *Intervenciones psicoeducacionales*. Apunte de cátedra.
- Fonnegra de Jaramillo, Isa. *De cara a la muerte. Como afrontar las penas, el dolor y la muerte para vivir plenamente*. 1a ed. Buenos Aires: Andrés Bello, 2001. 296 p.
- Frankl, Víctor E. *El hombre doliente. Fundamentos antropológicos de la psicoterapia*. 3a ed. Barcelona: Herder, 1994. 310 p.
- Freud, Sigmund. Duelo y Melancolía. En su: *Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu, 1989. 14 v. (21 p.)
- Fundación Pre.si.sar. Prevención psicológica y salud responsable. *Conceptos básicos: Humanización de la salud-Expresión creativa*. [En línea]. Dirección de acceso al número de día de la consulta <http://www.presisar.org/fund/conceptos.php> [Consulta: 18 de Marzo 2009]
- Graves, Robert. *Los mitos griegos, 1.4a ed.* Madrid: Alianza, 2006. 501 p. 2 v.
- Hesse, Hermann. *Pequeñas alegrías*. Madrid: Alianza, 1998. 453 p.
- Holland, Jimmie; Sheldon, Lewis. *La cara humana del cáncer. Vivir con esperanza, afrontar la incertidumbre*. España: Herder, 2003. 430p.
- Hornstein, Luis. *Las depresiones. Afectos y humores del vivir*. 1a ed. Buenos Aires: Paidós, 2006. 263 p.
- Kübler-Ross, Elisabeth. *Sobre la muerte y los moribundos*. Barcelona: Grijalbo, 1975. 360 p.

- Lartigue, Teresa. *Salud comunitaria. Una visión Panamericana*. [En línea]. Universidad Iberoamericana, 1991. Dirección de acceso al número de día de la consulta: http://books.google.com.ar/books?id=6GcHrS-K9hkC&pg=PA94&lpg=PA94&dq=salud+comunitari,+lindemann&source=bl&ots=ItNYyvnL0b&sig=qnxIF2MGx4h0_orMl60YaqVITNQ&hl=es&ei=rZLkSeK1HonKtgfF6Zm8DA&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1#PPA95,M1 [Consulta: 3 de Abril 2009].
- Mahoney, Michael J. *Psicoterapia constructiva. Una guía práctica*. Buenos Aires: Paidós, 2005. 415 p.
- Maslow, Abraham. *El hombre autorrealizado. Hacia una psicología del ser*. 2a ed. Buenos Aires: Troquel, 1993. 292 p.
- Middleton, Jennifer. *Yo (no) quiero tener cáncer. Una guía para modificar el escenario donde se gestan el cáncer y otras enfermedades*. 2a ed. Chile: Grijalbo, 2001. 235 p.
- Montesinos, Manuel Raúl. *Conceptos sobre Oncología I*. Buenos Aires: [s.n.], 2008. 90 p.
- Montesinos, Manuel Raúl. *Conceptos sobre Oncología I*. Buenos Aires: [s.n.], 2009.
- Mucci, María. *Psicoprofilaxis quirúrgica. Una práctica en convergencia interdisciplinaria*. 1a ed. Buenos Aires: Paidós, 2004. 284 p.
- Neimeyer, Robert A. *Aprender de la pérdida. Una guía para afrontar el duelo*. Buenos Aires: Paidós, 2002. 268 p.

- Rimpoché, Sogyal. *El libro tibetano de la vida y de la muerte*. Barcelona: Urano, 1994. 510 p.
- Rogers, Carl R. *Psicoterapia centrada en el cliente*. Buenos Aires: Paidós, 1981. 459 p.
- Schavelzon, José [y otros]. *Cáncer. Enfoque psicológico*. Buenos Aires: Galerna, 1978. 261 p.
- Schavelzon, José. *Paciente con cáncer. Psicología y Psicofarmacología*. 1a ed. Buenos Aires: Científica Interamericana, 1988. 295 p.
- Sociedad Internacional de Psico-Oncología (IPOS). *Pérdida, pena y duelo*. [En línea]. Dirección de acceso al número de día de la consulta: <http://www.ipos-society.org/professionals/meetings-ed/core-curriculum/core-curriculum-pres.htm#Spanish> [Consulta: 1 de Abril 2009].
- Sontag, Susan. *La enfermedad y sus metáforas*. Barcelona: Muchnik, 1980. 131p.
- Tolstoi, Lev Nikoláievich. *Diarios (1895-1910)*. Barcelona: Acantilado, 2003. 580p.
- Tolstoi, Lev. *La muerte de Iván Illich*. Buenos Aires: Norma, 1992. 85 p.
- Vidal y Benito, María del Carmen. *Psiquiatría y psicología del paciente oncológico*. 1a ed. Buenos Aires: Polemos, 2008. 287 p.
- Watts, Alan. *La sabiduría de la inseguridad. Mensaje para una era de ansiedad*. 1a ed. Barcelona: Kairós, 1987. 151 p.

Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales – DSM IV.

Criterios para el Episodio Depresivo Mayor.

A. Presencia de cinco o más de los siguientes síntomas durante un período de dos semanas que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

(1) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p.ej., se siente triste o vacío) o lo observación realizada por los otros (p.ej., llanto). Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.

(2) Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o en casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).

(3) Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p.ej., un cambio de más del 5% del peso corporal en un mes) o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.

(4) Insomnio o hipersomnia casi cada día.

(5) Agitación o enlentecimiento psicomotor casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).

(6) Fatiga o pérdida de energía casi cada día.

- (7) Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).
 - (8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).
 - (9) Pensamientos recurrentes de muerte (no solo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.
- B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.
 - C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
 - D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p.ej., droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p.ej., hipotiroidismo)
 - E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p.ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de dos meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Criterios para el Trastorno Adaptativo.

- A. La aparición de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante identificable tiene lugar dentro de los tres meses siguientes a la presencia del estresante.
- B. Estos síntomas o comportamientos se expresan, clínicamente del siguiente modo:
 - (1) Malestar mayor de lo esperable en respuesta al estresante.
 - (2) Deterioro significativo de la actividad social o laboral (o académica)

- C. La alteración relacionada con el estrés no cumple los criterios para otro trastorno específico del Eje I y no constituye una simple exacerbación de un trastorno preexistente del Eje I o el Eje II.
- D. Los síntomas no responden a una reacción de duelo.
- E. Una vez ha cesado el estresante (o sus consecuencias), los síntomas no persisten más de seis meses.

Especificar si:

Agudo: si la alteración dura menos de seis meses.

Crónico: si la alteración dura seis meses o más.

Los trastornos adaptativos son codificados según el subtipo, que se selecciona de acuerdo con los síntomas predominantes. El estresante específico puede señalarse en el Eje IV.

F43.20 Con estado de ánimo depresivo

F43.28 Con ansiedad

F43.22 Mixto, con ansiedad y estado de ánimo depresivo

F43.24 Con trastorno de comportamiento

F43.25 Con alteración mixta de las emociones y el comportamiento

F43.9 No especificado

Problemas que Pueden ser Objeto de Atención Clínica: Z63.4 Duelo.

Esta categoría puede usarse cuando el objeto de atención clínica es una reacción a la muerte de una persona querida. Como parte de su reacción de pérdida, algunos individuos afligidos presentan síntomas característicos de un episodio de depresión mayor (p.ej., sentimientos de tristeza y síntomas asociados como insomnio, anorexia y pérdida de peso). La persona con duelo valora el estado de ánimo depresivo como normal, aunque puede buscar ayuda profesional para aliviar los síntomas asociados como el insomnio y la anorexia. La duración

y la expresión de un duelo normal varía considerablemente entre los diferentes grupos culturales. El diagnóstico de trastorno depresivo mayor no está indicado a menos que los síntomas se mantengan dos meses después de la pérdida. Sin embargo, la presencia de ciertos síntomas que no son característicos de una reacción de duelo normal puede ser útil para diferenciar el duelo del episodio depresivo mayor. Entre aquellos se incluyen:

- 1) la culpa por las cosas, más que por las acciones, recibidas o no recibidas por el superviviente en el momento de morir la persona querida.
- 2) pensamientos de muerte más que voluntad de vivir, con el sentimiento de que el superviviente debería haber muerto con la persona fallecida.
- 3) preocupación mórbida con sentimiento de inutilidad.
- 4) inhibición psicomotora acusada.
- 5) deterioro funcional acusado y prolongado
- 6) experiencias alucinatorias distintas de las de escuchar la voz o ver la imagen fugaz de la persona fallecida.

our future seed



