

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES

Especialización en PsicoOncología

Trabajo Integrativo Final

***IMPACTO DE LA COMUNICACIÓN DEL DIAGNÓSTICO
ONCOLÓGICO Y EL PROCESO DE RECONSTRUCCIÓN DE
RECUERDOS SIGNIFICATIVOS DEL PASADO***

“CASO MIGUELINA”

¿Qué función cumple la actualización de recuerdos de acontecimientos significativos de la historia vital, desde el momento en que la paciente recibe la comunicación del diagnóstico oncológico?

¿Cómo se ve afectado el aparato psíquico de la persona, por el proceso de reconstrucción de recuerdos significativos del pasado, en diferentes momentos de la evolución de su enfermedad oncológica?

Autor: Lic. Gloria Margarita Alvarez

Tutor Disciplinar de Contenidos: Lic. Mirta Di Pretoro

Orientador Metodológico: Lic. Esp. Carina Ponce

Directora: Dra. María Bosnic

Ciudad Autónoma - Septiembre 2014

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	Pág. 1
CAPÍTULO 1: MARCO TEÓRICO.....	Pág. 4
1: ALGUNOS CONCEPTOS SOBRE DOLOR Y PSIQUISMO.....	Pág. 4
1.1. El Dolor como Experiencia Subjetiva.....	Pág. 4
1.2. Algunas Conceptualizaciones Sobre el Aparato Psíquico.....	Pág. 8
1.3. Estrategias de Afrontamiento.....	Pág. 10
1.4. Actualización de Recuerdos Significativos. Rememoración..	Pág. 13
2: EL PACIENTE ADULTO CON ENFERMEDAD ONCOLÓGICA.....	Pág. 17
2.1. El Enfermo y su Enfermedad.....	Pág. 17
2.2. Cáncer de Mama.....	Pág. 20
2.3. La Comunicación del Diagnóstico Oncológico.....	Pág. 23
CAPÍTULO 2: PLANTEO DEL PROBLEMA.....	Pág. 29
CAPÍTULO 3: OBJETIVOS GENERALES.....	Pág. 29
CAPÍTULO 4: OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	Pág. 29
CAPÍTULO 5: ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	Pág. 30
CAPÍTULO 6: PRESENTACIÓN DEL CASO MIGUELINA.....	Pág. 31
6.1. Genograma.....	Pág. 34
CAPÍTULO 7: RELATO DEL CASO MIGUELINA.....	Pág. 35
7.1. Primera Entrevista.....	Pág. 35
7.2. Sigüientes Entrevistas.....	Pág. 37
7.3. Primer Día de Internación.....	Pág. 39
7.4. Segundo Día de Internación.....	Pág. 41
7.5. Alta Hospitalaria.....	Pág. 41
7.6. Última Entrevista.....	Pág. 42
CAPÍTULO 8: ANÁLISIS DEL CASO MIGUELINA.....	Pág. 45
CONCLUSIONES GENERALES.....	Pág. 47
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	Pág. 55

INTRODUCCIÓN

El presente Trabajo Integrativo Final es requisito para la acreditación de la Especialización en PsicoOncología que se dicta en la Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales, y lleva como título: *Impacto de la Comunicación del Diagnóstico Oncológico y el Proceso de Reconstrucción de Recuerdos Significativos del Pasado. Caso Miguelina.*

El desarrollo del mismo intentará responder las siguientes preguntas:

- 1- ¿Qué función cumple la actualización de recuerdos de acontecimientos significativos de la historia vital en una paciente adulta, desde el momento en que recibe la comunicación del diagnóstico oncológico?
- 2- ¿Cómo se ve afectado el aparato psíquico de esta persona, por el proceso de reconstrucción de recuerdos significativos del pasado, en diferentes momentos de la evolución de su enfermedad oncológica?

Respecto al caso clínico elegido se trata de una paciente de 68 años, llamada Miguelina, diagnosticada con cáncer de mama, cuyo tratamiento psicooncológico se lleva a cabo en un Hospital Público del Conurbano Bonaerense. El mismo comienza a fines del año 2009 y culmina a principios del año 2014, cuando fallece.

La frecuencia de las entrevistas, en principio, se realizan semanalmente de acuerdo a la necesidad y la urgencia del momento. El marido de la paciente también tuvo participación en varias de ellas, todas propuestas, consensuadas y pautadas con anticipación. Posteriormente la frecuencia formal del tratamiento psicooncológico se fue espaciando y, en la última etapa, las entrevistas volvieron a intensificarse. Cabe destacar que durante la internación, tanto Miguelina como su familia, contaron con entrevistas psicoterapéuticas diarias.

Los recuerdos traumáticos que la paciente rememora, al momento de recibir el impacto de la comunicación del diagnóstico, son los que motivan su consulta.

Es allí donde la angustia tiene lugar, precisamente en lo rememorado, ya que se trataba de recuerdos dolorosos para ella.

Como se advertirá en el análisis del caso, debido a que la enfermedad le implica un verdadero daño en lo real del cuerpo y, además, constituye la amenaza de una muerte próxima, se observa en Miguelina el desencadenamiento de una avalancha de antiguos y acumulados miedos. Posteriormente se observará que este trabajo de rememoración se inicia como efecto inmediato a la comunicación del diagnóstico oncológico.

Al recibir el diagnóstico la paciente toma conciencia de un peligro real, generando una distorsión de sus representaciones intrapsíquicas. Por cierto Vidal y Benito (2008) explica sobre este tema lo siguiente:

Recordemos que consideramos al diagnóstico de cáncer como un acontecimiento traumático que actúa como un estresor importante.

Las características esenciales de un Trastorno Adaptativo son el desarrollo de síntomas emocionales o comportamentales, clínicamente significativos, que aparecen como respuesta a un estresor o estresores psicosociales identificables. (pag. 41)

Es importante mencionar la ventaja de contar con un consultorio dentro del Servicio de Oncología y Cuidados Paliativos, para las entrevistas psicooncológicas, ya que esto permite una relación fluida con el equipo tratante, tanto en este caso como en otros. Por esta razón, el seguimiento del caso con la médica oncóloga que realiza la derivación, enfermeras y el equipo en general, no presenta inconvenientes.

Por cierto, el psicooncólogo debe tener conocimiento de los momentos y etapas del tratamiento oncológico, instrumentar recursos e intervenciones desde lo psicoeducativo, en todos los aspectos emergentes y, desde ya, acompañar en lo que sea necesario.

A continuación se explicitan algunos interrogantes que han surgido del trabajo psicoterapéutico con la paciente y también de la redacción del estudio de caso, referidos a la especificidad de la tarea del psicooncólogo y otros relacionados con aspectos psicológicos del paciente: ¿Qué hacer desde la PsicoOncología con la expresión de un dolor en el decir de un paciente? ¿Cuál es la urgencia

para ese ser único que queda preso de su subjetividad? ¿Qué hacer con lo que irrumpe imperativamente en las palabras de un paciente? Y, por último, ¿Se le puede ofrecer un orden simbólico que vele la realidad que se le presenta, tan sufrida y caótica?

En su libro *Psicoprofilaxis Quirúrgica*, en el capítulo dedicado a *Cirugía: Cuerpo y Dolor*, María Mucci (2004) trata el tema del dolor, como: *“algo siempre subjetivo y que consiste en una experiencia personal atravesada por dimensiones que integran afectos, pensamientos y comportamientos, que modulan el dolor psíquico, en tanto síntoma”*. (pag.112)

La dolencia en lo anímico, para Miguelina, se refiere a recuerdos de su infancia, que la invaden desde el preciso momento de enterarse de su enfermedad, lo que provoca el pedido de ayuda a su oncóloga para encontrar alivio a estos pensamientos que escapan a su control.

La paciente, en aquel momento, expresa que estas rememoraciones se le imponen involuntariamente, y además explica que están ligadas a la persona de su padre, lo cual le genera un monto considerable de angustia. A propósito, Freud (1895) define al dolor como:

Un quantum de excitación, proveniente del exterior o del interior del cuerpo, que inunda el aparato psíquico. Justamente por esto lo compara con “la descarga de un rayo”, en cuanto a su efecto, ya que ciertamente golpea, quema y deja marcas. (pag.221)

Respecto a las fuentes utilizadas, para la elaboración del escrito, se han consultado tanto fuentes primarias como secundarias, específicamente libros, revistas científicas y también apuntes de cátedra. En términos generales se estructura a partir de conceptos pertenecientes a autores de distintas disciplinas como la Psicooncología, la Psicoprofilaxis, la Psicología de Enlace, el Psicoanálisis y la Medicina Oncológica.

CAPÍTULO 1: ALGUNOS CONCEPTOS SOBRE DOLOR Y PSIQUISMO

1.1 El Dolor Como Experiencia Subjetiva

El enfermar supone una *caída* en diversos aspectos como son el momento vital, el estilo personal y los recursos interpersonales, todos ellos factores que indican el grado de vulnerabilidad para cada persona.

Vale decir que el dolor es siempre subjetivo. Se trata de una experiencia personal, intransferible, y atravesada por dimensiones que integran afectos, pensamientos y comportamientos que modulan el dolor, en tanto síntoma.

En cuanto al significado del dolor, Mucci (2004) expresa:

¿Cuál es el significado del dolor?...el dolor es relevante por múltiples razones: por su insistencia, provoca sufrimiento; constituye una señal de alarma...Para el médico, el dolor es un síntoma indicador de enfermedad; para el enfermo, es el problema y su respuesta psíquica está sobredeterminada por el miedo. (p.119)

Y, en cuanto a la clínica del enfermo quirúrgico Mucci (2004) se refiere al dolor del siguiente modo:

Cada persona configura su representación psíquica del dolor y concomitantemente, su representación del sufrimiento...en cirugía tiene un componente psíquico fundamental...el dolor es citado en una jerarquía de miedos, que dan cuenta de una "percepción anticipadora" asociada a una "herida o daño provocado" por el acto quirúrgico y sus efectos. ¿a qué responde este miedo?

Si bien la intervención quirúrgica es una experiencia en la que está en juego la dimensión orgánica del cuerpo, también actúan factores afectivos. (p.119)

A propósito de estos conceptos es necesario tomar en cuenta el modo particular de simbolización de los pacientes oncológicos, es decir, qué

representa para ellos la enfermedad: ¿se trata de un funcionamiento particular del aparato psíquico?

Por cierto, la *negación* como mecanismo de defensa cumple con específicas funciones, las cuales luego serán detalladas. En tanto que el miedo, como aflicción frente al dolor, se manifiesta de distintos modos.

Por su parte Freud (1985) define al dolor físico como: *“un quantum de excitación, sea proveniente del exterior o del interior del cuerpo, que inunda el aparato psíquico; y lo compara con el efecto de un rayo, ya que ciertamente golpea, quema y deja marcas”*. (pag.221)

El dolor puede ser definido como una respuesta compleja y distinta, ya que supone la conjunción de distintos aspectos subjetivos e individuales. Precisamente Vidal y Benito (2008) aporta la siguiente definición:

En 1994, la Asociación Internacional para el estudio del dolor lo definió como una vivencia sensorial (algognosia) y afectiva (algotimia) desagradable, asociada a lesión tisular real o potencial que se describe en términos de dicha lesión.

Esta definición implica aspectos subjetivos psicológicos asociados a lo somático corporal, por lo tanto, la percepción dolorosa no solo depende de y varía con, la importancia de la lesión real o potencial, sino también tiene que ver con las características de personalidad del sujeto que la padece y su historia de vida, que determinan a su vez el significado que la enfermedad y el dolor tienen para él. También influyen sus valores y creencias y su estado emocional. (pag.54)

Ramón Bayés (1998) cuando aborda el tema de la psicología del sufrimiento y de la muerte, también se explaya sobre el concepto de dolor. Así es que explica que el dolor y el sufrimiento no son sinónimos en pacientes cercanos a la muerte. Y además señala los recuerdos del pasado como un tiempo único, personal e irrepetible, y los compara con un vagón, que se dirige hacia la proximidad del final de un viaje.

En relación a este tema Cassell (1992) ha definido el sufrimiento como: *“el estado de malestar introducido por la amenaza de la pérdida de integridad (intactness) o desintegración de la persona, con independencia de su causa”*.

Por consiguiente este concepto de Casell es más amplio que el dolor físico y que el dolor espiritual y, hasta cierto punto, puede considerarse similar al *dolor total*, acuñado por Cicely Sanders. El hombre puede sufrir por múltiples causas entre las cuales se encuentran el dolor y otros síntomas orgánicos.

Las personas que padecen dolor –escribe Cassell (1982)- declaran con frecuencia que sufren únicamente cuando su origen es desconocido, cuando creen que no puede ser aliviado, cuando su significado es funesto, cuando lo perciben como una amenaza. En otras palabras, cuando temen su prolongación o intensificación en el futuro, sin posibilidad de control. (pag.9).

También es importante aclarar que el mismo acontecimiento como un diagnóstico de cáncer, similar intensidad de dolor, la sensación de pérdida de una función corporal o también la pérdida de un ser querido, no produce la misma valoración de amenaza en todas las personas, ni todas ellas poseen los mismos recursos para hacerle frente.

Entonces, desde el punto de vista del apoyo emocional que pueden proporcionar los profesionales sanitarios a las personas afectadas, no son los síntomas que tiene o percibe un paciente, ni la similitud de la situación en que se encuentra -la misma fase de la misma enfermedad- en relación con otras personas de su edad y características, sino el grado de sensación de amenaza que alguno de estos síntomas, la constelación de varios de ellos o la situación en su conjunto, le producen a él personalmente. (Arraz y Bayés, 1997, pag.10).

A propósito de estos conceptos, el modelo de intervención que propone (Bayés, 1998; Bayés, 1996) es el siguiente:

- a) Ubicar en cada momento el conjunto de síntomas significativos para cada paciente, estableciendo el grado de importancia desde el punto de vista de la persona.
- b) Intentar suprimir, al modo del control de síntomas en cuidados paliativos, los síntomas de carácter psicosocial. Para lo cual es necesario atenuar el padecer a medida que el paciente re-signifique el sentido de sus síntomas para poder soportar mejor su sufrimiento.
- c) Redescubrir y estimular los propios recursos del enfermo para aumentar su percepción de control ante la situación actual. El control del dolor

físico debe estar a cargo del médico, pero el control del sufrimiento debe permanecer dentro del conjunto de las motivaciones y valoraciones que pertenecen al mundo del enfermo. Dicho de otro modo, a su realidad psíquica.

- d) En presencia de pacientes que muestren características de personalidad ansiosa o depresiva se los debe ayudar con técnicas adecuadas psicofarmacológicas.
- e) En la medida de lo posible no se trata sólo de paliar el sufrimiento sino también de estimular la gratificación por vivir alegremente y de forma intensa el presente.

Finalmente Morris (1994) en su libro, *La Cultura del Dolor*, aborda el tema desde distintos aspectos. En primer término trabaja el Libro de Job, relato del Antiguo Testamento, apasionada narración sobre la lucha por dar sentido al sufrimiento humano, historia que habla de una apuesta entre Dios y Satán. Satán significa aquí Ángel Acusador.

Satán argumenta que la lealtad de Job a Dios es sólo el producto de su prosperidad, ya que a Job lo tratan como a un rey, por las comodidades en las que vive. Dios autoriza entonces, a Satanás, a arrebatarse todos sus bienes. Así es como el hombre más rico de Oriente pierde paulatinamente toda su fortuna, familia, amigos y finalmente su salud.

Entonces, Satán razona que la pérdida de los bienes externos es algo que la gente puede aceptar, pero el dolor intenso en el propio cuerpo es algo que no se acepta y ni se soporta, tan fácilmente, por lo cual pone a Job ante su máxima prueba: el dolor como la mejor y última arma para volverlo contra Dios.

Job debe soportar dolorosos furúnculos, dando cuenta que la angustia que sufre no es sólo un tormento espiritual. Así es que su sufrimiento espiritual atrozmente complejo tiene muchas vertientes, no sólo soporta los dolores del cuerpo, sino también el desprecio de la comunidad.

Días de aflicción se han apoderado de mí -dice Job-. La noche me roe los huesos, no descansa el dolor que me aferra. (30: 16-17). Me sentía cómodo y me quebró en dos partes: me cogió del cuello y me rompió en pedazos; me

convirtió en el blanco, sus arqueros me rodean. Me abrió a cuchilladas los riñones y no se satisfizo; me tiró a tierra la vesícula. (16:12-13).

Se advierte que este no es el lenguaje de un dolor meramente mental. Cuerpo y mente se afligen al unísono. ¿Cómo debe entenderse el dolor de Job?, recordando que tanto Job como los consoladores aceptan la doctrina según la cual el dolor representa un castigo divino.

El marco de la historia nos dice, por supuesto, que Job sufre porque Dios lo está poniendo a prueba. La idea de que el dolor no es tanto un castigo como una prueba o test divino tiene una larga historia que se extiende, claramente, a través del martirio de innumerables santos cristianos. (pag.162)

1.2 Algunas Conceptualizaciones Sobre el Aparato Psíquico

En principio cabe mencionar que Freud construye la noción del concepto teórico de Inconsciente como herramienta para facilitar la comprensión del funcionamiento del aparato psíquico. A propósito de ésta innovación Bosnic (2012) menciona:

El segundo gran vuelco de la Psicología a fines del siglo XIX y principios del XX, el Psicoanálisis, que concibe e investiga un área desconocida y escondida en la profundidad del alma humana: el inconsciente, y su teoría de la sexualidad como eje principal. (p.6)

Cabe aclarar que Freud formula, en el año 1900, una teoría sobre la constitución del aparato psíquico y luego la reformula en 1923, creando una conceptualización más amplia.

Al dejar establecido, a la luz de su experiencia clínica, que en la mente humana hay pensamientos conscientes e inconscientes, establece un gran adelanto y ruptura, con el discurso científico de la época. Hasta ese momento no se hacía referencia acerca de la sexualidad infantil, ni tampoco del retorno del inconsciente en los materiales oníricos, los recuerdos o los chistes. Sólo se pensaba en la existencia de pensamientos conscientes.

En términos generales el sistema inconsciente es la parte más arcaica y originaria del psiquismo y al mismo tiempo la parte más próxima a lo somato-psíquico. Se lo considera como el habitáculo de impulsos innatos, sentimientos, deseos y recuerdos reprimidos. A propósito de este tema Nasio (1985) formula:

El saber inconsciente no es un saber que nosotros aprehendemos. El inconsciente como saber es más que una hipótesis, casi una tesis, y mejor todavía, un principio; o un axioma, es decir, que nosotros no conocemos el inconsciente; no lo agarramos; el inconsciente no es tangible...nosotros le ponemos un nombre ¿Freud qué hizo? Ponerle un nombre, dijo “Aquí hay otro saber; vamos a ponerle el nombre de .Inconsciente”. Empieza a crear, da consistencia,.....nombrar significa “nombrar para dar consistencia. (p.45)

Asimismo Chemama y Vandermerch (2010) refieren al concepto de Aparato Psíquico aportando la siguiente definición:

Esquematización figurativa de la estructura elemental y fundamental que formaliza un lugar, el del desarrollo de los procesos inconscientes .El término mismo aparato corre el riesgo de dar lugar a equívoco, pues la presentación inicial de Sigmund Freud toma por modelo una representación neurofisiológica. Lejos de ser una visión mecanicista, es por el contrario una ruptura completa con tal conceptualización puesto que pone en juego el carácter radicalmente inadecuado del organismo para admitir el deseo y placer sexuales sin sufrir por ello un desorden en su funcionamiento mismo. De esta manera, debe descartarse el aparente carácter cientificista de éste modelo, ya que Freud define esta construcción como un lugar psíquico y que, en rigor, designa el campo analítico mismo. (pag.47)

Por otra parte hay que diferenciar dichos mecanismos inconscientes de las estrategias de afrontamiento. Refiriéndose al impacto del cáncer y los recursos interpersonales, Vidal y Benito (2008) explica el concepto de estilos de coping:

El modo relativamente estable y característico de respuesta del individuo a situaciones estresantes es lo que se denomina estilo de afrontamiento (Lipowsky, 1970); por ejemplo, decimos que una persona tiene una modalidad controladora o evitativa o resolutiva o pasiva, etc., frente a los problemas que la aquejan.

Las personas suelen comportarse frente a diversas situaciones conflictivas por las que atraviesan a lo largo de la vida, con modalidades particulares, que dependen de la propia personalidad y de la percepción que tengan de la

situación, ya sea como una amenaza, un daño o una pérdida o bien como un desafío. (p.125)

Finalmente continua explicando que estos estilos, propios de cada individuo, toman distintas características, de acuerdo al momento vital y la gravedad del momento actual, pero que el sujeto tiende a repetir respuestas adaptativas en acontecimientos similares, independientemente de los logros o fracasos obtenidos.

1.3 Estrategias de Afrontamiento

Vidal y Benito (2008) caracteriza los recursos intrapersonales en relación al impacto de la comunicación del diagnóstico de cáncer. En cuanto a los estilos propios de cada individuo, que varían según el momento vital y la gravedad de cada situación, la autora se refiere a las estrategias de afrontamiento del siguiente modo:

Están representadas por los comportamientos, cogniciones y percepciones que se emplean para mantener el equilibrio afectivo y conductual frente al estrés y a la enfermedad considerada como una situación estresante para el sujeto. (pág. 125)

Y también menciona a Kahn (1964) Mechanic (1977) y Folkman y Lazarus (1980), como autores relevantes en el tratamiento de este tema, para luego clasificar las conductas de afrontamiento según su finalidad:

- a- *Afrontamiento centrado en el Problema o Instrumental*, que se orienta a eliminar o modificar el problema que causa el malestar.

- b- *Afrontamiento centrado en la Apreciación o Valoración*, cuya finalidad es alterar, mediante el control perceptivo, el significado de la experiencia de tal modo que se neutralice su carácter problemático.

- c- *Afrontamiento centrado en la Emoción o Paliativo*, cuyo objetivo es regular el *distress* emocional producido por el problema.

Respecto a las formas de *afrontamiento centrado en el problema* explica que son más adecuadas cuando las circunstancias pueden ser cambiadas o cuando son valoradas por el individuo como modificables.

En cambio, en situaciones consideradas como incontrolables, se emplean las otras formas de afrontamiento, centrada en la emoción o en la valoración del problema. Y finalmente concluye:

El cáncer es un ejemplo de situación inmanejable por la voluntad, en la cual no hay forma de resolver la dificultad de un modo definitivo ya que la enfermedad carece de alta médica y los pacientes deberán controlarse prácticamente de por vida. (pag.126).

En el *Manual de PsicoOncología*, de García-Camba de la Muela (1999), también desarrolla el tema de las estrategias de afrontamiento ante la enfermedad (coping). Allí señala que si bien el cáncer es un proceso continuo, se caracteriza por varias etapas, en las que cada una de ellas provoca distintos problemas.

Explica que el impacto de esta enfermedad y las distintas reacciones que pueda provocar, están directamente relacionadas con la historia personal, previa y actual del individuo. Entonces, la incertidumbre respecto al futuro, la insistente necesidad de cambiar la realidad, y el miedo al dolor, son los problemas más comunes con los que se enfrenta el enfermo de cáncer, eventos que lo inunda aún más de incertidumbre.

Por esta razón es atendible la larga lista de amenazas que el enfermo de cáncer debe soportar sobre su propia vida: procedimientos diagnósticos y de tratamiento, el miedo a morir, a las lesiones corporales y sus consecuentes cambios físicos, y el miedo al dolor, entre otros.

En cuanto a los aspectos que la afectan emocionalmente a estos enfermos, el autor menciona las alteraciones del concepto de sí mismo, y la pérdida de la autonomía y del equilibrio emocional.

Por último expresa que se debe prestar especial atención a las adaptaciones que debe procesar la persona, refiriéndose a los tiempos quirúrgicos y posquirúrgicos, los efectos secundarios a los distintos tratamientos, más la estigmatización y el sentimiento de culpa.

A propósito de estos temas caracteriza el impacto que provocan las recaídas, que suele ser mayor al producido por el diagnóstico inicial, ya que esto implica sobreadaptarse a expectativas de vida más limitadas. Finalmente, aclara:

El afrontamiento está constituido por las conductas y procesos cognitivos que permiten responder frente a una adversidad. El afrontamiento efectivo permite preservar los objetivos personales, mientras que el afrontamiento ineficaz conduce a una desviación de éstos. Existen estilos de afrontamiento activos y estilos pasivos. Entre los primeros están el luchador, en el que el paciente acepta el diagnóstico y adopta una actitud optimista, queriendo participar en las decisiones concernientes al tratamiento. Pacientes pasivos serían los que tienden a la evitación o negación de la enfermedad, el fatalismo, la preocupación excesiva y la actitud de desesperanza o incluso desesperación ante la enfermedad. Se han encontrado evidencias de que estilos pasivos se asocian con una peor evolución. (pag.129).

En cuanto al concepto de trauma psíquico Mucci (2004) especifica que Freud en, *Análisis Terminable e Interminable*, amplía la noción de trauma explicando que en la situación traumática coinciden peligro interno y externo. De esta manera la situación no es asimilada por el sujeto, ya que el aparato psíquico es incapaz de tramitarla, sea ésta un episodio único o una acumulación de sucesivas excitaciones, por lo cual el Yo se encuentra indefenso y la sobrecarga lo ataca. Finalmente, desde el exterior, montos de excitación que en apariencia no representan peligro, implican una agresión.

Análogamente, los factores psicológicos en relación al cáncer de mama, son caracterizados por Pérez-Villamil (1999) en *El Manual de PsicoOncología* de García-Camba de la Muela (1999):

El autor describe como muy significativos, los síntomas de ansiedad y depresión, que la mayoría de las mujeres sufren durante el período del diagnóstico. Estas manifestaciones deberían mantenerse dentro de límites tolerables, para que las pacientes puedan participar de las tomas de decisiones del tratamiento de una enfermedad como el cáncer. Asimilar y procesar nuevas informaciones, de por sí, provoca ansiedad. (pag.259).

A partir de estudios longitudinales el autor advierte que la mitad de las pacientes muestran una respuesta “normal” frente al padecimiento de cáncer, otro 30% sufre trastornos adaptativos, con síntomas de ansiedad y depresión, y un 20% desarrolla trastornos psiquiátricos graves. La prevalencia de morbilidad psiquiátrica depende de múltiples factores dentro de los que se encuentra el factor de la estructura de personalidad asociada a la enfermedad oncológica.

Entonces, si bien en muchos casos los síntomas son transitorios, una persona que esté sometida a este amplio espectro de problemas emocionales puede ver afectado su psiquismo. Por esta razón ante la desesperanza, el descenso de la autoestima, la pérdida de la sensación de control, y otros trastornos del humor, hacen necesaria la intervención de los equipos de Psiquiatría de Interconsulta y Enlace.

Por último expresa que la mayoría de las personas, al momento de la comunicación de la enfermedad, refieren sentimientos de ansiedad, miedo, ira, culpa, soledad y abandono. Ante lo cual explica que, en la medida en que esto pueda expresarse, en función de la personalidad y la singularidad de cada paciente, y teniendo en cuenta sus mecanismos de defensa y estilos de afrontamiento, se puede ofrecer asistencia desde los equipos de salud.

1.4 Actualización de Recuerdos Significativos. Rememoración

El concepto de reconstrucción de recuerdos es teorizado por Freud, en el año 1901, del siguiente modo:

Sabiendo que la memoria realiza una selección entre las impresiones que a ella se ofrecen, podría suponerse que dicha selección se verifica en la infancia conforme a principios totalmente distintos de aquellos otros a los que obedece en la edad de la madurez intelectual. Pero una más penetrante investigación nos evidencia enseguida la inutilidad de tal hipótesis. Los recuerdos infantiles indiferentes deben su existencia a un proceso de desplazamiento y constituyen en la reproducción un sustitutivo de otras impresiones verdaderamente importantes, cuyo recuerdo puede extraerse de

ellos por medio del análisis psíquico, pero cuya reproducción directa se halla estorbada por una resistencia. Dado que estos recuerdos infantiles indiferentes deben su conservación no al propio contenido, sino a una relación asociativa del mismo con otro contenido reprimido, creemos que está justificado el nombre de recuerdos encubridores con que los designamos. (p.782).

Avanzando en sus teorizaciones y a la luz de su experiencia, Freud (1914) en su escrito, *Recuerdo, Repetición y Elaboración*, explica la técnica psicoanalítica en sus comienzos junto a Breuer.

Es así que refiere que en un principio, en la fase de la catarsis y con la ayuda de la hipnosis, se atendía directamente a la génesis de los síntomas orientando la labor hacia la reproducción de aquella situación inicial para conseguir su derivación por medio de la actividad consciente. El recuerdo y la derivación por reacción, eran los fines que se buscaban.

Posteriormente renuncia a la hipnosis y recurre a deducir, de las ocurrencias espontáneas del paciente, aquello que no pudiera recordar.

Finalmente prescinde de efectuar la orientación fija hacia un problema determinado y se contenta con estudiar la superficie psíquica del paciente utilizando la interpretación para vencer las resistencias y dar lugar al relato de situaciones ya olvidadas.

En este momento explica que los olvidos de escenas y sucesos se deben a una “retención” de los mismos y admite que, por lo general, resulta difícil despertar recuerdos de épocas muy tempranas de la infancia.

También agrega que en ocasiones el paciente no recuerda nada de lo olvidado o reprimido sino que lo “vive nuevamente”, es decir, no lo reproduce como recuerdo sino que lo “repite sin saber”. A propósito de estos conceptos Freud da el siguiente ejemplo: *“el analizando no cuenta que recuerda haberse mostrado rebelde a la autoridad de sus padres, sino que se conduce en esta forma respecto al médico”.* (pag.168)

Por su parte Chemama y Vandermersch (2010) definen el término de recuerdo encubridor de la siguiente forma:

Tipo de recuerdo descrito por Freud, vinculado a la infancia y caracterizado por su singular nitidez, la gran facilidad de su evocación y un contenido en apariencia indiferente.

¿Qué cosa preside la elección de los acontecimientos de nuestra infancia por parte de la memoria? ¿Qué significa “recordar” y cuáles son las relaciones de la memoria con la realidad, el sueño y el fantasma? Freud parte del contraste entre el olvido de acontecimientos importantes y la conservación de recuerdos insignificantes. Entre estos últimos, que él advierte son los más frecuentes, Freud se interesa en particular por los que tienen paradójicamente una cualidad de sensación intensa, próxima a la alucinación. Les dedica en 1899 un artículo. “Sobre los recuerdos de cobertura” (que se traduce tradicionalmente por recuerdos-pantalla o recuerdos encubridores) y encuentra la solución de la paradoja en el carácter de compromiso de estos recuerdos: la significativa experiencia candidata al recuerdo, cedería ante una resistencia del sujeto a admitirla en su historia pero obtendría al menos la posibilidad de ser representada por otra, gustosamente trivial, asociada al elemento inoportuno por sustitución o desplazamiento. En este aspecto, el recuerdo encubridor es de naturaleza similar a todas las formaciones del inconsciente.” (pag.584).

Respecto a las vías de formación de síntomas, teniendo en cuenta el motivo de consulta del caso elegido para éste estudio, Freud (1917) en una de sus lecciones, explica:

Para el profano son los síntomas lo que constituye la esencia de la enfermedad, y, por tanto, la considerará curada en el momento en que los mismos desaparecen. En cambio, el médico establece una precisa distinción entre ambos conceptos y pretende que la desaparición de los síntomas no significa, en modo alguno, la curación de la enfermedad. Mas como lo que de ésta queda, después de dicha desaparición, es tan sólo la facultad de formar nuevos síntomas, podemos adoptar provisionalmente el punto de vista del profano y admitir que analizar los síntomas equivale a comprenderla enfermedad.

Los síntomas -y, naturalmente, no hablamos aquí sino de los síntomas psíquicos (psicógenos) y de la enfermedad psíquica – son actos nocivos o, por lo menos, inútiles, que el sujeto realiza muchas veces contra toda su voluntad y experimentando sensaciones no placenteras o dolorosas. Su daño principal se deriva del esfuerzo psíquico, que primero exige su ejecución y luego la lucha contra ellos; esfuerzo que en una amplia formación de síntomas agota la energía psíquica del enfermo y le incapacita para toda otra actividad. Resulta, pues, esta incapacidad dependiente de las

magnitudes de energía dadas en cada caso, y de este modo reconocemos que el “estar enfermo” es un concepto esencialmente práctico. Más si nos colocamos en un punto de vista teórico y hacemos abstracción de tales magnitudes, podremos decir que todos somos neuróticos, puesto que todos, hasta los más normales, llevamos en nosotros las condiciones de la formación de síntomas. (p.2346).

En relación a la función del recordar Laplanche y Pontalis (2012) explican que la abreacción es una descarga emocional por medio de la cual un individuo se libera del afecto ligado al recuerdo de un acontecimiento traumático. Y agregan que la misma puede provocarse en el transcurso de la psicoterapia, dando lugar a una catarsis, aunque también puede ocurrir en forma espontánea.

Por último es significativo señalar que partir de los primeros tratamientos psicoanalíticos y en el curso de su autoanálisis llama la atención de Freud (1901) un hecho paradójico de la memoria relativo a los acontecimientos de la infancia: se olvidan los hechos importantes (amnesia infantil) mientras que se conservan los recuerdos aparentemente insignificantes. Fenomenológicamente algunos de estos recuerdos se presentan con una nitidez e insistencia excepcionales, que contrasta con la falta de interés y la trivialidad de su contenido: el sujeto se sorprende de la supervivencia de tales recuerdos.

2. EL PACIENTE ADULTO CON ENFERMEDAD ONCOLÓGICA

2.1 El Enfermo y su Enfermedad

En términos generales una persona sin signos de enfermedad no es considerada un *paciente*, desde el modelo biomédico hegemónico predominante.

Por lo que se refiere al término enfermo Mucci (2004) explica que: *“Históricamente, la palabra enfermo se utiliza desde el siglo XI. Descendiente semiculto del latín infirmus: “débil, endeble, impotente, enfermo”; derivado de firmus, “firme”. (p.74) Y continúa: “Ninguna de estas definiciones sitúa a la persona como totalidad. Ignoran el psiquismo indefenso ante aquello que lo quebranta, ningún enfermo provoca, al menos conscientemente, la enfermedad que padece y sufre. (p.75).*

Por su parte Vidal y Benito (2010) destaca:

El momento de la vida por el cual está pasando el paciente también tiene que ver con el significado. Así como el diagnóstico grave es altamente traumático a menor edad de los pacientes, también existen etapas y circunstancias en las que una enfermedad resulta más disruptiva, por ejemplo cuando se tienen hijos pequeños. El hecho de que en general los diagnósticos graves generan menos descompensaciones emocionales en adultos mayores, siempre y cuando no padezcan trastornos psiquiátricos, se debe muy probablemente a que a lo largo de sus vidas han podido generar mayor habilidad para elaborar estrategias de afrontamiento para resolver problemas, ya que a través de su existencia un sujeto pasa por muchas situaciones difíciles. (p.49)

Por otra parte es sumamente interesante el análisis que efectúa Sontag (2012) a propósito de las metáforas que se utilizan para expresar socialmente algunas enfermedades que afectan el cuerpo. En su obra, *Las Metáforas de la Enfermedad*, toma referencias literarias, específicamente la *Ilíada* y la *Odisea*, para explicar cómo la enfermedad se define como castigo sobrenatural, es decir, como posesión demoníaca. Para los griegos, el enfermar, podía ser

gratuito o merecido. Luego, con la llegada del cristianismo y con ideas más moralizadoras, se acerca la correspondencia entre la enfermedad y su víctima, por lo cual podría ser considerada un castigo justo.

Explica que posteriormente, durante el siglo XIX, la idea que la enfermedad se asocie a la personalidad del paciente hace que se la comience a pensar como una expresión del carácter, es decir vinculada a la voluntad.

Por lo tanto la metáfora “el silencio de los órganos”, que hace referencia a la salud, se contrapone a “rebelión”, como enfermedad. Así es que las pasiones, según Kant, son comparadas con cánceres a menudo incurables.

Asimismo, al referirse a las metáforas que se usan al hablar del cáncer, la autora explica que:

Según la mitología, lo que generalmente causa el cáncer es la represión constante de un sentimiento. En la forma más primitiva y más optimista de esta fantasía, el sentimiento reprimido era de orden sexual; ahora, cambio notable, la causa del cáncer es la represión de sentimientos violentos. La pasión reprimida que la gente cree que da cáncer es la rabia. (pag.33)

Hay toda una literatura y una creciente masa de investigaciones, que apoyan la teoría de las causas emocionales del cáncer y los sentimientos de dolor. Pero es probable que la mayoría de personas sin cáncer también invoquen emociones depresivas y traumas del pasado: es lo que se llama la condición humana. (pag.63)

Por otra parte analiza la tendencia de las antiguas investigaciones médicas, tratando de demostrar la relación entre el cáncer y diversos malestares en las distintas épocas:

Al contrario del canceroso estadounidense actual, que dice sentirse aislado y solitario desde la niñez, el canceroso victoriano había tenido una vida repleta, agobiada de trabajo y obligaciones y con muchas aflicciones familiares. Los médicos identificaban las causas o los factores que favorecían el cáncer en el dolor, las preocupaciones (mayores en los hombres de negocios y las madres de familias numerosas), en las situaciones económicas apuradas y los bruscos cambios de fortuna, y en el exceso de trabajo, o si no, si los pacientes eran escritores o políticos de éxito, en el dolor, la rabia, el esfuerzo intelectual excesivo, la angustia que acompaña la ambición y el estrés de la vida pública.

En el siglo XIX se creía que los pacientes de cáncer habían contraído la enfermedad al cabo de una vida hiperactiva e hiperintensa. Eran como gente con un cúmulo de emociones que moderar. (pag.65)

En esta cita y en relación a las causas que podrían accionar en los enfermos de cáncer, se observa cierta similitud con lo que hoy se describe en cuanto a los factores de estrés.

Por otra parte, la autora aborda el desarrollo que fueron teniendo los aspectos psicológicos en los distintos momentos históricos:

Los artículos de divulgación sobre psicología y cáncer suelen citar viejas autoridades, a comenzar por Galeno, que observó que “la mujer melancólica”, es más propensa al cáncer de mama que “la mujer sanguínea”. La “aflicción y el ansia”, decía en 1845 sir Astey Cooper, cirujano inglés, están entre “las causas más frecuentes” de cáncer de pecho. (pag.66)

La concepción punitiva de la enfermedad tiene una larga historia. Es una concepción particularmente activa en lo que atañe al cáncer. Se entabla una “lucha” o “cruzada” contra el cáncer; el cáncer es la enfermedad “que mata”, los cancerosos son “víctimas del cáncer”. Ostensiblemente el culpable es la enfermedad. Pero también el paciente resulta serlo. Las teorías psicológicas más aceptadas atribuyen al pobre enfermo la doble responsabilidad de haber caído enfermo y de curarse. Y las convenciones que exigen que el cáncer no sea una mera enfermedad, sino un enemigo diabólico, a la vez que una enfermedad mortal lo convierte en vergonzosa.

La lepra, en sus tiempos de auge, despertaba el mismo sentimiento exagerado de horror. En la Edad Media, el leproso era como un texto en el que se leía la corrupción, ejemplo, emblema de putrefacción...

Cualquier enfermedad importante cuyos orígenes sean oscuros y su tratamiento ineficaz tiende a hundirse en significados.” (pag.71)

Finalmente y luego de este breve recorrido Sontag (2012) explica que la motivación principal para escribir su libro fue la propia experiencia de haber tenido cáncer. En dicha circunstancia lo que la enfurecía especialmente, más allá del propia desesperación ante los inciertos pronósticos médicos, era la propia reputación de la enfermedad, que aumentaba su padecimiento.

Así es que en su libro hace también un contrapunto entre la tuberculosis y el cáncer, desde la vertiente metafórica que viene desarrollando:

Dos enfermedades conllevan, por igual y con la misma aparatosidad, el peso agobiador de la metáfora: la tuberculosis y el cáncer.

Las fantasías inspiradas por la tuberculosis en el siglo XIX, y por el cáncer hoy, son reacciones ante enfermedades consideradas intratables y caprichosas -es decir, enfermedades incomprendidas- precisamente en una época en que la premisa básica de la medicina es que todas las enfermedades pueden curarse. Las enfermedades de ese tipo son, por definición, misteriosas. Porque mientras no se comprendieron las causas de la tuberculosis y las atenciones médicas fueron tan ineficaces, esta enfermedad se presentaba como el robo insidioso e implacable de una vida.

Ahora es el cáncer la enfermedad que entra sin llamar, la enfermedad vivida como invasión despiadada y secreta, papel que hará hasta el día en que se aclare su etiología y su tratamiento sea tan eficaz como ha llegado a serlo el de la tuberculosis. (pag.13)

2.2 Cáncer de Mama

Ante todo y para dar comienzo a este capítulo, la Dra. Páez de Lima (2012) explica que: *“Actualmente se acepta que el origen del cáncer es un cambio genético de un grupo de células, que con el tiempo se traducen en un cambio morfológico y biológico. Esta evolución en un tiempo variable, puede llevar a la muerte al paciente (p.11)* Y agrega que:

Se denomina oncogénesis al proceso mediante el cual una célula normal se transforma en una célula constituyente de un tumor maligno. La célula maligna tiene un aumento en la relación entre el núcleo y el citoplasma, por lo cual el núcleo tiende a ser más grande que en una célula normal. (p.14)

En lo que respecta específicamente al cáncer de mama la Dra. Telias (2012) explica que es el segundo tipo de cáncer más común y el primero en incidencia en la mujer, y advierte, que si bien las pruebas genéticas muestran que se puede portar la enfermedad esto no determina que la misma se desarrolle.

Además menciona que el cáncer de mama tiene un factor hereditario del 5 al 10%, por lo cual tener una historia familiar positiva, es decir, dos o más

miembros con cáncer de mama, constituye un factor de riesgo. Y finalmente menciona los factores de riesgo para esta enfermedad:

- Historia familiar del cáncer.
- Acontecimientos traumáticos.
- Factores sociodemográficos.
- Información de los medios públicos.
- Aspectos de la personalidad.
- Grupos de riesgo.

En cuanto al cuadro clínico de esta patología el Dr. Montesinos (2013) hace la siguiente descripción.

- *Nódulo palpable indoloro*: todo nódulo de aparición reciente e indoloro, no relacionado con los cambios premenstruales, debe ser considerado sospechoso.
- *Derrame hemático por pezón*: se denomina derrame a la salida patológica de líquido por el pezón; es sospechoso cuando se produce en forma espontánea, persistente y de un solo pezón, de un solo poro y con contenido sanguíneo.
- *Eritema y retracción de la piel*: enrojecimiento (eritema) localizado y persistente, así como la retracción de la piel, sobre todo al elevar los brazos, son signos de sospecha.
- *Adenopatía axilar*: dura, indolora, unilateral.
- *Hallazgo mamográfico o ecográfico*: la difusión de los estudios seriados en mujeres asintomáticas permite encontrar un porcentaje cada vez mayor de carcinomas no palpables.
- El dolor no es un síntoma precoz de cáncer ni obliga a realizar ningún estudio adicional, ya que el cáncer de la mama usualmente es indoloro.
- Precisamente por ser indoloro es necesario el examen clínico periódico y la mamografía anual después de los 40 años.

A propósito de lo descripto sobre la organicidad del cáncer de mama es de suma importancia tener en cuenta, paralelamente, los aspectos psicológicos emergentes. En cuanto a esto Mucci (2004), específicamente en relación a la formación y a la praxis dice:

Los profesionales de la psicología estamos exigidos por prácticas y demandas múltiples, diferentes y heterogéneas que surgen de concepciones diferentes. En el caso de la práctica “psi” en el campo quirúrgico, en la que nuestra tarea primaria es identificar, en el paciente, los problemas ligados a la enfermedad, la operación y el proceso en general.

Nuestro rol es intervenir, mediar entre ambos polos de la situación paciente-cirujano, reuniendo, recortando e interpretando la información disponible, tanto con el equipo como con el paciente y su entorno. Esta “mediación” posibilitará dar cuenta de las necesidades del paciente y el médico.

Intervenir es “meterse entre” la relación cirujano paciente, mediar entre el paciente que “tiene” una enfermedad y el espacio que se constituye con el médico, para significar la demanda (si la hubiere), provenga de quien proviniera (médico, paciente, familia, personal, institución). Así se constituye un entramado de variables, que conforman un soporte para elaborar la situación.

Cuando una persona padece o sufre preocupaciones o dolor, necesita un interlocutor, ser escuchado y preguntado sobre la relación que establece con el sufrimiento, su estilo de enfermar. El enfermo se interroga: ¿por qué?, ¿por qué a mí?, ¿de dónde viene esto?, ¿qué me va a pasar?, ¿cómo voy a quedar? Necesita respuestas a sus preguntas, y el cirujano no siempre está disponible para responderlas. (pag.252).

Finalmente Mucci (2004), refiriéndose a los obstáculos que supone el trabajo, en el sentido del encuentro interdisciplinario, concluye que es indispensable que el psicólogo especialista en este tema amplíe su marco conceptual y técnico para atender la singularidad y complejidad de su paciente, mostrando que la Psicología cuenta con recursos no sólo clínicos sino también investigativos.

2.3 La Comunicación del Diagnóstico Oncológico

El momento de comunicar el diagnóstico es un acto que implica, profundamente, tanto al paciente como al médico. A propósito Die Trill (2003) desarrolla algunos conceptos al respecto:

La comunicación es un proceso bidireccional. Implica información. Pero va más allá de ésta. No es solamente verbal sino que consiste en un lenguaje universal de signos, objetos y gestos. Se desarrolla con el paso del tiempo. Tiene en cuenta todas las variables que por su interacción pueden modificar la verdad en la relación entre dos personas, en nuestro caso, médico, enfermera y enfermo, variables que incluyen al mismo paciente, al sistema sanitario, a la familia, a la sociedad al completo, a la enfermedad y su curso, y a los tratamientos. (p.661). Y, agrega:

La transmisión de un diagnóstico, de un mal pronóstico, de un fracaso terapéutico, de una recidiva o de nuevas metástasis, y progresión de la enfermedad durante la administración del tratamiento, se produce en situaciones de gran carga emocional. El creciente acercamiento multidisciplinario al cáncer, debido fundamentalmente a la mayor implicación de los profesionales de la salud mental en el cuidado del enfermo oncológico, han insistido en la comunicación como uno de los pilares de la relación en el entorno médico. (p.663)

Finalmente, y en cuanto al manejo de situaciones difíciles en la comunicación con el paciente oncológico adulto, la autora refiere que el proceso de comunicación es particularmente difícil para el especialista, debido a la gran carga afectiva que conlleva y a la cronicidad de la enfermedad. Son múltiples los factores que bloquean éste proceso, frecuentemente impidiendo un intercambio productivo entre el enfermo y los miembros del personal sanitario.

Por otra parte, García-Camba de la Muela (1999) desarrolla el tema de la comunicación del diagnóstico oncológico ubicándolo como una marca en la proyección vital de la persona que establece la posibilidad de la muerte, en cada momento de su existencia. Y agrega que el entorno familiar constituye un elemento necesario, que adquiere una fuerza y valor superior en el paciente que padece una enfermedad tumoral: “*El hombre-persona, se compone de*

soma y psique, binomio al que se le agrega una historia personal y su entorno, que tiene dos elementos constituidos por: la familia y la Sociedad.” (pag.143)

Además plantea los encuentros entre el médico y el paciente como interacciones humanas, en las que no se puede evitar el contenido emocional. Por esta razón el objetivo del médico se duplica: por un parte hay una labor hacia la Medicina en cuanto a la Ciencia y Tecnología; y por otra parte se encuentra el factor afectivo.

Es así que explica la relación médico-enfermo como: *“La de dos seres humanos que como tal está impregnada de afectividad generosa, que ayudan al momento del diagnóstico y posteriores tratamientos. (pag.145).*

Aunque agrega que: *“este par funcional en cuanto a los objetivos del médico, a la hora de comunicarse con un enfermo, se encuentra a veces distorsionado, y el profesional actúa solo como un científico que asiste sin vincularse afectivamente. (pag.146)*

En relación a la comunicación hace referencia a los silencios y explica que el médico debe saber hablar, pero también callar: *“El silencio debe servir para escuchar al enfermo con más atención, respeto y benevolencia. A menudo el paciente no desea escuchar la información que el médico tiene para darle, o no está preparado para recibirla.” (pag.150)*

Por último, y en relación a la comunicación de diagnóstico oncológico, dice que el médico debería conocer los matices que el enfermo le agrega a la enfermedad, respecto al significado que para él recubre el diagnóstico. Por cierto, estos conceptos dan pie para tratar un aspecto muy importante en la relación médico-paciente: la información.

En referencia a este tema y a su relación con la enfermedad oncológica, como acontecimiento traumático, la Dra. Vidal y Benito (2008) explica que, culturalmente, una enfermedad como el cáncer soporta una gran carga de significados. A esto se le suma la convicción de “muerte inevitable”, a modo de sentencia, el deterioro físico que llevará a la invalidez y el miedo al dolor que no podrá ser calmado:

Diversos miedos invaden a las personas que padecen de cáncer, la dependencia que genera el deterioro físico, la pérdida de autonomía y privacidad, el verse desfigurados o mutilados, consumidos y desvitalizados.

El que enferma de cáncer, piensa que si logra curarse, luego será discriminado socialmente, además de la constante amenaza de no poder continuar, por alguna razón con los costosos tratamientos. (pág. 9)

Finalmente menciona el miedo a morir y no poder impedirlo, como el temor mayor que subyace a otros y el último en ser enfrentado; y toma los dichos de un paciente que manifiesta que hubiera querido ser como Adriano: *“entrar a la muerte con los ojos abiertos y no como la mayoría de la gente que cierra con fuerza los ojos para no ver”*. (pag.9)

En cuanto al efecto que especialmente provoca la comunicación del diagnóstico continúa diciendo:

“Cayó un rayo en la puerta de mi casa”, decía una muy culta paciente, parafraseando a Scott Fitzgerald, cuando explicaba cómo se había sentido al serle comunicado que padecía cáncer. (p.10)

Como se advierten la expresión literal en los dichos de esta paciente coincide llamativamente con los escritos freudianos en relación al efecto de *la descarga de un rayo*, cuando lo compara a la vivencia de dolor. Finalmente Vidal y Benito (2008) agrega:

El conocimiento de que se está enfermo de cáncer, aunque todavía no haya síntomas de la enfermedad, puede ser considerado como un acontecimiento traumático, ya que si bien el concepto de trauma es relativo y debe incluir a la persona como individuo con su historia singular y sus vivencias particulares, existen estímulos de una intensidad tal que resultan traumáticos por sí mismos y lo son para cualquier individuo .El cáncer cumple con creces con este criterio. (p.11).

Y, en cuanto al impacto del diagnóstico de cáncer puntualmente y al modelo de afrontamiento, se refiere del siguiente modo:

Las personas suelen comportarse frente a las diversas situaciones conflictivas por las que atraviesan a lo largo de la vida, con modalidades particulares, que dependen de la propia personalidad y de la percepción que

tengan de la situación, pero no es improbable que un sujeto humano tienda a responder de forma similar frente a circunstancias equivalentes o parecidas, independientemente del fracaso o del éxito que logre en el ajuste psicosocial. (p.125).

Algunos autores explican que los pacientes con cáncer son personas “psicológicamente sanas” que implementan habitualmente mecanismos de defensa maduros y aunque también utilizan mecanismos más regresivos, estos pueden resultar efectivos y adaptativos.

Es importante recordar que la adaptación a la enfermedad es necesariamente un proceso dinámico, entonces, la persona que puede responder más rápidamente a las demandas de cambio, desarrollando nuevas estrategias, posiblemente afrontará la situación más efectivamente.

Por consiguiente, la habilidad de una persona para implementar diferentes estrategias de afrontamiento según diversos momentos y situaciones problemáticas, como es el caso particular de la enfermedad oncológica, está multideterminada.

Por otra parte Mucci (2004) citando a Benyacar (2003) propone el vocablo *disruptivo* en lugar de *traumático*, al referirse a hechos y situaciones que se producen en el mundo externo y que impactan sobre el psiquismo; entendiéndolo por *disruptivo*: “*todo evento o situación con la capacidad de irrumpir en el psiquismo y producir reacciones que alteren su capacidad integradora y de elaboración*”. (p.87).

Por su parte García Gamba de la Muela (1999) se refiere a la ansiedad del paciente oncológico del siguiente modo:

En cuanto a los pacientes a los que efectivamente se les diagnostica un cáncer, tienen que enfrentarse a múltiples amenazas: riesgo vital, riesgo para su integridad corporal, incapacidad, dolor, necesidad de enfrentarse a sentimientos como la cólera, modificación de roles socio profesionales, hospitalización (con la consiguiente pérdida de control sobre los aspectos más elementales de la vida cotidiana), separación de la familia, tratamientos y sus efectos secundarios, necesidad de depender de otros. Todas estas amenazas originan gran ansiedad al conocer el diagnóstico. La comunicación del mismo es una de las etapas fundamentales en la interacción médico-paciente, hasta el punto de que éste acto puede ser

fuerza de iatrogenia, exacerbando la ansiedad del paciente y sus familiares y pudiendo perjudicar la colaboración en los procedimientos que se apliquen luego a lo largo de la enfermedad. En general, los autores consideran que se debe decir la verdad, "adaptada" a la fortaleza de cada paciente y mantener la esperanza, pero siendo realistas. La clarificación y ampliación de la información son útiles para limitar los temores irracionales y para facilitar que el paciente perciba como normal su ansiedad e inquietud. (p. 193).

Retomando el tema de la información, Mucci (2004) toma al acto de informar como una instancia crítica en seno de la relación médico – paciente, que depende directamente de una relación previa de confianza y confidencialidad. Informar es comunicar una noticia desconocida hasta ese momento, entonces, el médico que informa le confirma al enfermo, algo que ignora, supone o niega. Por lo tanto, la autora establece que el acto de informar incide en la futura relación del médico con su paciente, en el cumplimiento de las prescripciones médicas y también en la adherencia al tratamiento. Y agrega:

Los efectos traumáticos que provoque el acto de informar dependen por una parte, de la personalidad del enfermo, de su historia personal, de la significación que le atribuya; y por otra al modo de comunicar, el contenido de la comunicación y el modo en que se lo haga. (pag.170)

En cuanto al rol del psicólogo ante la información Mucci (2004) aclara que se debe trabajar sobre lo que ha comprendido el paciente, lo cual también implica abordar sus fantasías, mitos, teorías y temores subyacentes; y explica que este proceso debe ser reflexivo para posibilitar que el paciente construya su verdad y su versión de la situación. Y en relación a este tema cita a Israel (1969):

El paciente no es objetivo por naturaleza y por posición, ni indiferente respecto de lo que le ocurre. Su sensibilidad matiza sus síntomas. (...) La información, cultura, circunstancias de su vida actual o pasada influyen en la imagen que se forma de su estado y fijan el nivel de sus temores, los que contribuyen al relieve que adquieren las diversas manifestaciones que experimenta. (pag.179)

Finalmente Mucci (2004) define al diagnóstico de cáncer como: *“una experiencia impensada y desoladora, para quien la vive. La mayoría de la*

gente al pensar en una enfermedad oncológica la interpreta como una sentencia que anula la esperanza". (pag.185).

El tema de la comunicación del diagnóstico oncológico está íntimamente relacionado con lo que se conoce como comunicación de malas noticias. Buckman (1984) las define como:

Cualquier información que altera drásticamente y negativamente la visión que tiene el enfermo de su futuro.

La implicación del médico en la situación es compleja: desea dar "buenas noticias" ("la operación anduvo bien", "sacamos todo", "el tumor era benigno").

La situación contraria supone para él ser colocado en el lugar del verdugo, vivenciar impotencia y responder a diferentes demandas sobre el pronóstico, las terapéuticas, el padecimiento. (pag.186)

Además, en relación al doble efecto de la certeza del diagnóstico agrega:

Ante la certeza del diagnóstico ¿qué quiere el paciente? Para el enfermo, una enfermedad oncológica es un hecho indeseable e inesperado. Para el médico, en su práctica, un hecho probable, que configura un temor básico: "encontrar una enfermedad incurable". Para ambos representa un impacto emocional. (pag.187).

Por último y a propósito de estos temas, en su ensayo, *Humanización de la Salud*, la Dra. Bosnic (2012) menciona en cuanto a la tarea del psicólogo, lo siguiente:

La PsicoOncología es una Especialización que articula conocimientos de la Psicología con el campo de la Oncología, es decir que se ocupa del abordaje psicoterapéutico del paciente con cáncer y su familia a lo largo del todo el proceso de esa enfermedad y de la formación académica y el cuidado de los distintos profesionales que lo asisten.

Se dirá que "los órganos hablan lo que la boca calla", o que los órganos lloran las lágrimas que los ojos retuvieron". Dada la imperiosa necesidad de los profesionales de la salud de encontrar "la técnica correcta", y la obligación en ciencia de hacer estudios minuciosos y sistematizados, arribando a conclusiones definidas, a partir de "seres humanos únicos", la tarea no es nada fácil. Será bueno no olvidarlo. (p.3).

CAPÍTULO 2: PLANTEO DE PROBLEMA

¿Qué función cumple la actualización de recuerdos de acontecimientos significativos de la historia vital, desde el momento en que la paciente recibe la comunicación del diagnóstico oncológico?

¿Cómo se ve afectado el aparato psíquico de la persona, por el proceso de reconstrucción de recuerdos significativos del pasado, en diferentes momentos de la evolución de su enfermedad oncológica?

CAPÍTULO 3: OBJETIVOS GENERALES

- Caracterizar el proceso de reconstrucción de recuerdos significativos de la historia vital de la paciente, a partir de la comunicación del diagnóstico oncológico.
- Describir cómo es afectado el aparato psíquico de la persona, por el proceso de reconstrucción de recuerdos significativos del pasado, en diferentes momentos de la evolución de su enfermedad oncológica.

CAPÍTULO 4: OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir e identificar los mecanismos de defensa psicológicos de la paciente a partir de la comunicación diagnóstica.
- Indagar acerca de las modalidades de afrontamiento de la paciente a partir del diagnóstico y a lo largo de la enfermedad.
- Identificar pensamientos y emociones negativas de la paciente, relacionadas con la actualización de recuerdos, a partir del diagnóstico y a lo largo de la enfermedad.

CAPÍTULO 5: ASPECTOS METODOLÓGICOS

El presente trabajo integrador consiste en un estudio de caso único con alcance descriptivo, en tanto se describe y analiza como variable el proceso de reconstrucción de recuerdos significativos del pasado, a partir de la comunicación del diagnóstico oncológico; el enfoque metodológico utilizado es cualitativo y el diseño es no experimental.

Es importante aclarar que la unidad de análisis es elegida por ser el caso de una paciente con la cual se logró instalar progresivamente una buena transferencia de trabajo que permitió dar lugar a la palabra, con una sensible interlocución.

También fue de suma importancia para su elección la propia necesidad de la paciente por saber que le estaba ocurriendo en su psiquismo, en cuanto a pensamientos y recuerdos que irrumpían en su psiquismo, sin poder controlarlos. Por lo tanto, constituye un claro ejemplo en cuanto a la praxis, respecto al despliegue del aparato psíquico.

Por último cabe aclarar que el instrumento para la recolección de datos utilizado es el análisis de contenido de recortes de entrevistas con la paciente; y además se utilizaron datos aportados por el equipo tratante.

CAPÍTULO 6: PRESENTACIÓN DEL CASO MIGUELINA

Miguelina es una paciente de 68 años, al momento de su primera entrevista, a fines del año 2010, operada de su mama izquierda con extracción de ganglios axilares, en aquel momento. En la oportunidad en que se realiza la derivación a PsicoOncología se encuentra a la espera de iniciar su primera línea de quimioterapia.

Es nacida en la Provincia de Misiones. Sus abuelos tanto maternos como paternos, eran Ucrucianos. Vive con su marido y tiene dos hijos, una mujer y un varón, ya casados. Es físicamente robusta, de piel muy clara, con muy buenos modales y muy respetuosa.

Trabajó por un tiempo como cocinera en una rotisería, hasta que deja de hacerlo, al enterarse de su enfermedad. Es importante mencionar que tiene una especial predilección por la lectura. A pesar de no haber completado su escolaridad primaria, cuenta con una amplia colección de libros, entre los que prefiere los clásicos.

Miguelina se presenta desde su propia necesidad, ya que es ella misma la que pide ayuda a su oncóloga para aliviar los pensamientos que la atormentan, los cuales manifiesta, no poder controlar. Así es que es derivada a la psicóloga del equipo de la Sala de Oncología y Cuidados Paliativos, del Hospital Público al que asiste.

Respecto a los pensamientos que se le imponen, corresponden a situaciones vividas en su temprana infancia, que la paciente creía ya olvidados, los cuales le infunden un gran temor, por lo cual sufre angustiosamente.

Transcurriendo las entrevistas se trabajan temas según los distintos objetivos terapéuticos que van surgiendo a medida que la paciente atraviesa los distintos momentos del tratamiento oncológico. Asimismo se abordan temas actuales referidos a sus interrelaciones familiares, de acuerdo a su necesidad y

demanda. En términos generales el tratamiento psicooncológico se desarrolla en distintas etapas:

En Noviembre de 2010 Miguelina asiste a su primera entrevista, planteando con absoluta claridad, su necesidad de aliviar su cabeza de malos recuerdos angustiosos.

En Junio de 2011 se muestra fuertemente afectada por la espera de resultados de nuevos estudios realizados. Paulatinamente se recupera, con un buen nivel de afrontamiento y adaptación.

En Julio de 2011 se pacta de común acuerdo una pre-alta Institucional, y la posibilidad de reiniciar las entrevistas, cuando se considerara necesario.

En Septiembre de 2011 la paciente retoma las entrevistas psicoterapéuticas, motivada por la pérdida del control de situaciones actuales, en relación a la redistribución de roles. En este período Miguelina debe aceptar la ayuda que su marido le ofrece, respecto a las tareas diarias de la casa, lo cual provoca desacuerdos sobre la manera de resolver estas necesidades.

Finalmente decide tomar a una empleada para estas tareas, luego de trabajar el tema en varias entrevistas, ya que oponía fuertes resistencias debido a que nunca había recibido este tipo de ayuda en su casa.

En ésta etapa, la frecuencia de las entrevistas se pauta a demanda de la paciente. Los encuentros son, aproximadamente, cada 15 días.

En 2013 Miguelina debe someterse a una segunda línea de quimioterapia. Esto la afecta en cuanto a su estado de ánimo, dice sentirse con menos fuerzas. Con buenos recursos adaptativos reencausa la situación, mostrando buena adherencia al tratamiento. Durante éste último periodo reacomoda situaciones traumáticas en relación a la enfermedad y a su historia personal.

A principios de 2014 sufre una convulsión a causa de una metástasis cerebral, por la que, al ingresar por la Guardia del Hospital, queda internada. Así es que las entrevistas se retoman. En esta etapa se trabaja especialmente en la contención de las emociones y también desde lo psicoeducativo, tratando de fortalecer los lazos familiares, en especial con su marido, quien se hace cargo de recibir las instrucciones de cuidados y suministros de medicación. En consecuencia, Miguelina debe aceptar determinados límites como también su dependencia respecto a los cuidados que necesita, propiciando de esta manera, una mayor confianza hacia los demás.

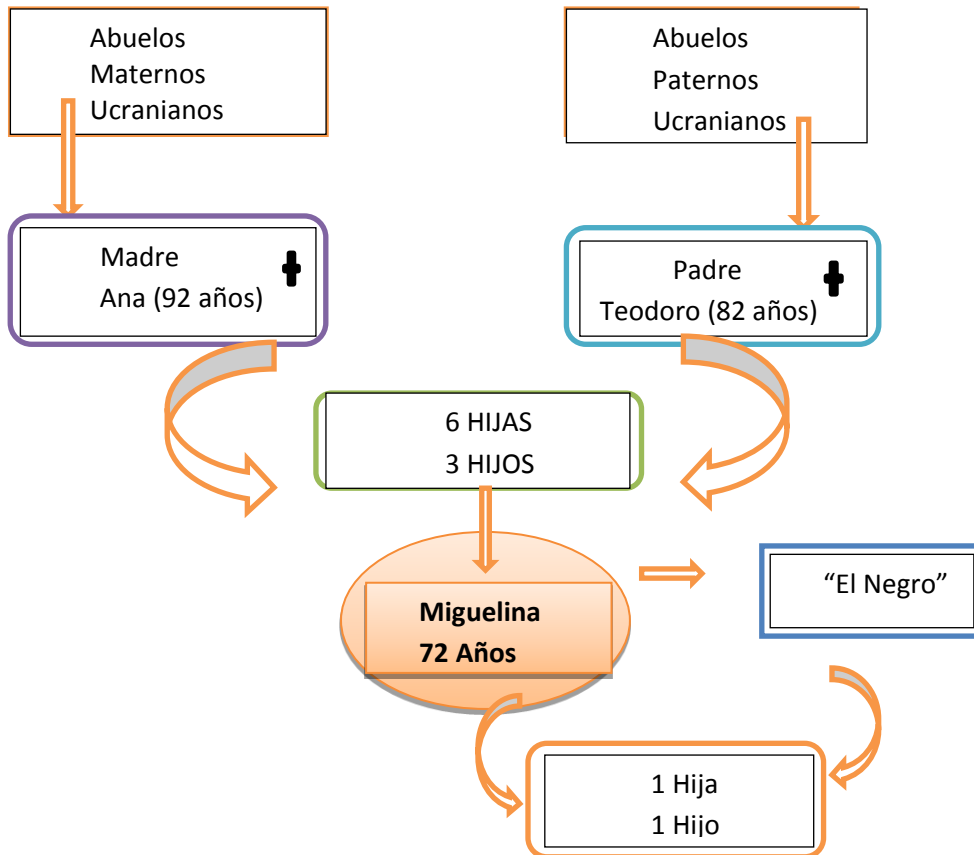
El día de su alta de internación Miguelina pide muy especialmente continuar las entrevistas psicoterapéuticas en su domicilio, en cuanto esto fuera posible. Pedido que por supuesto es concretado.

En esta etapa también son recurrentes los recuerdos que motivaron su consulta. No obstante, a medida que éstos son abordados se transforman en pensamientos aliviadores y esclarecedores.

En su último encuentro hace referencia a la insistencia de estos pensamientos, y también expresa su satisfacción por entender el sentido de los mismos, expresando alivio y agradecimiento.

Finalmente, Miguelina fallece en el mes de febrero del 2014.

6.1 Genograma



CAPÍTULO 7: RELATO DEL CASO CLÍNICO MIGUELINA

Como se expuso anteriormente el motivo de consulta se presenta desde la propia necesidad de la paciente, a fines del año 2010, cuando Miguelina pide ayuda a su oncóloga debido a pensamientos negativos que se le imponen, que no puede controlar y que le provocan fuertes crisis.

En tal circunstancia la paciente es derivada a entrevistas psicológicas en las que expresa, desde un principio, una fuerte angustia provocada por recuerdos significativos de la infancia, que ella creía ya olvidados. Explícitamente manifiesta sentir una sensación de “caos” en su cabeza, que le infunde un gran temor, temas que se abordan en sus entrevistas psicológicas.

En cuanto a la enfermedad oncológica es operada de un cáncer de mama izquierda, con cirugía parcial y extracción de cadena de ganglios axilares. En este momento se encuentra en el inicio de su primera línea de quimioterapia.

La paciente refiere molestias ocasionadas por los síntomas secundarios, propios del tratamiento actual. Por ejemplo, aumento de la sensibilidad en los dedos de los pies y las manos, cansancio físico, ciertos malestares estomacales, y también expresa que algunas noches tiene dificultades para conciliar el sueño.

Las entrevistas psicológicas se realizan paralelamente al tratamiento oncológico, consistente en quimioterapia y, posteriormente, un período de hormonoterapia. A continuación se transcriben algunos fragmentos.

7.1 Primera Entrevista:

Miguelina: *“Me operaron de un cáncer de mama y me sacaron doce ganglios axilares. Tengo miedo. Le pedí ayuda a la Dra. G. y me dijo que pidiera un turno con Ud. para que le cuente lo que me pasa”.*

La paciente presenta signos de ansiedad, temblores en las manos, transpiración y se muestra acalorada.

Terapeuta: ¿Podrías decirme a que le temes?

P: *“Hay momentos en que tengo miedo...Miedo a morir, no tengo. Es miedo. La enfermedad la estoy sobrellevando bien... Empecé con la quimio y siento molestias. Cuando me diagnosticaron esto, fue un caos mi cabeza. Tengo temores”.*

T: Es entendible que tengas miedo. Algunas personas dicen temerle a la muerte, y se puede comprender que así sea.

P: *“Yo me crie en el campo, en la provincia de Misiones. En el campo a los chicos se los lleva a los velatorios. Yo me acuerdo de cuando tenía tres o cuatro años, mi mamá me llevó al velatorio de mi abuelo, su padre. A mi abuelo yo lo conocí muerto. No lo conocí, no pude verle la cara. Cuando yo lo miraba, para verle la cara, solo veía una luz azulada .Como no pude verle la cara, me dio miedo. No pude verle la cara. Me dio miedo y me abracé a mi mamá, que no pudo alzarme, porque estaba embarazada. Me dio mucho miedo eso y me consolaron con terrones de azúcar en la cocina de la casa, en donde se estaba cocinando para los que venían al velatorio”. (Miguelina responde evocando un recuerdo infantil.)*

T: A veces los niños se asustan de lo que no entienden o de algunas cosas que se imaginan. Por suerte alguien pudo notar que tenías miedo y trataron de aliviarte. Que te sacaran de allí, te llevaran a la cocina, te dieran azúcar, eso estuvo muy bien.

(Silencio)

¿Cómo te está yendo con tu quimioterapia? Hay algunas cosas que son convenientes que sepas. Hay algunos malestares que se relacionan con éste período del tratamiento, por la medicación que te están dando. Te voy a dar una guía escrita, en donde se explican los efectos secundarios que pueden

surgir en éste momento, después, poco a poco van a pasar. Igualmente, lo iremos hablando. A las enfermeras y a tu oncóloga les puedes preguntar todo lo que necesites, las veces que sea necesario. Conmigo, especialmente, puedes hablar de todo lo que te pase con estas nuevas situaciones, me refiero a lo que pienses o sientas emocionalmente. Lo que sea. Verás con el tiempo, que a medida que nos conozcamos, te va a resultar más fácil.

7.2 Sigüientes Entrevistas:

T: ¿Cómo estas hoy Miguelina?

M: *“Lo estoy sobrellevando bien... Siento molestias y lo asocio a la enfermedad... Tuve angustias...”*

T: ¿Crees saber de dónde vienen esas angustias?

M: *“Mi padre era un hombre bruto. Era una bestia. Con mis hermanas lo odiábamos. Él le pegaba a mi mamá y le decía: ya voy a agarrar a alguna de tus hijas. Yo creía que ya me había olvidado de eso... no sé porque me viene a la cabeza esto de nuevo. Él me mandaba a pastorear los animales y me daba libros para leer. Yo lo odiaba. A mis hermanas y a mí nos golpeaba. Me regaló dos libros que todavía tengo: La Alegría de Vivir, que nunca me acuerdo quien es el autor y El Martín Fierro. Mi Papá era un hombre bruto. Mis abuelos eran Ucranianos.”*

T: Parece que tu papá a veces estaba muy enojado con tu mamá. La amenaza era dirigida ella, por algo que vaya a saber por qué, lo enojaba tanto. Por suerte no fueron sólo golpes los que dio tu papá, también te dio libros. Un poco de ternura. Tan animal no era.

M: *“Me agarra como un susto, estoy bien, pero me di cuenta que se me caen los pelos y me disparó el miedo. Sé que me voy a quedar pelada...Tenía la*

esperanza de que no... Tengo una sensación de vacío, me descontrolo, no quiero que mi marido me vea llorar. A mí me vuelve ésa perdida, hago como una regresión...Emocionalmente no maduré, ¿porque no doy vuelta la página? Me siento como de 15 años.”

T: Es entendible que no estés bien y que te asusten éstos cambios. Vos ya sabias lo que podía pasar, pero ahora está pasando. Sé que te pone mal perder tu pelo, pero hay que esperar un tiempo y volverá a crecer.
¿Por qué decís que te sentís como de 15?

M: *“A los 15 me fui de Misiones a Buenos Aires, con mi hermana mayor, a trabajar con cama adentro. Me puse de novia, mi papa me decía: mira que no es como nosotros. Ellos le decían El Negro.
De recién casados yo le dije a mi marido: si alguna vez se te ocurre tocarme, yo te mato con la cuchilla mientras dormís.”*

T: Habrás querido decirle “pegarme”, igualmente en eso que decía tu papá tuvo razón, tu marido era distinto, nunca te pegó.

Las entrevistas continúan y Miguelina reconoce que ésta enfermedad le ha dado lugar para hablar de cosas de su vida que nunca antes se le hubiera ocurrido que podía llegar a hacer. Como si hubiera madurado, según palabras propias de la paciente. Además admite, a lo largo de sus entrevistas, que ella supo sobre infidelidades de su marido, pero se hizo “la tonta”, por no saber a dónde ir con sus hijos.

En cuanto a la planificación del tratamiento psicooncológico, luego de algunos encuentros, se propone un pre-alta institucional, en relación a las entrevistas, dada la expresa mejoría en cuanto al motivo de consulta.

Posteriormente la paciente retoma su tratamiento psicooncológico, al momento en que se le indica su segunda línea de quimioterapia. Los temas que aborda en tal oportunidad se refieren a su estado de salud, dado que por momentos

se encuentra debilitada en su voluntad. Luego logra sobreponerse, con buena capacidad de afrontamiento y fuerte adherencia a los tratamientos.

En éste período, desde lo psicooncológico, se la acompaña psicoeducativamente y con contención, en especial en las fechas de recepción de resultados de estudios clínicos. Es importante señalar que Miguelina afronta muy positivamente los efectos secundarios al tratamiento de su primera línea de quimioterapia. Por ejemplo, con lo de la pérdida de su cabello, se muestra muy bien adaptada, eligiendo el uso de distintos gorros y sombreros, que combinaba según los colores de su vestimenta; y también se exhibe muy optimista y tolera muy bien los efectos adversos referidos a la sensibilidad de la piel de manos y pies, mostrándose muy paciente, en cuanto a los tiempos de espera para su recuperación.

Sin embargo, cuando Miguelina recibe la noticia de su recaída, y su consecuente segunda línea de quimioterapia, sufre una fuerte afectación en su estado de ánimo, lo que requiere de una especial contención, volviendo a trabajar fuertemente, sobre indicaciones precisas respecto a los cuidados necesarios para su confort y bienestar.

Por otra parte, en cuanto a cómo mejorar su vida de relación, Miguelina reconoce un cambio en su manera de hacer saber sus necesidades, tanto en lo personal como en lo cotidiano.

A mediados del mes de Febrero, repentinamente, durante un fin de semana en una reunión familiar, sufre una convulsión que determina su ingreso por guardia del hospital (cabe aclarar que se trata del hospital en que realiza sus tratamientos). La familia se comunica de inmediato con la terapeuta, quien contacta a la oncóloga para que se comunique con el Jefe de la Guardia de ese día Domingo.

7.3 Primer día de internación:

El Lunes por la mañana la entrevista psicooncológica se realiza en la habitación en que Miguelina está internada. Su marido es quien la cuida y

también está acompañada por su nuera. Él se adelanta, saluda y describe lo sucedido. Luego, se les pide que se retiren para poder hablar a solas con Miguelina, y expresan su acuerdo.

T: ¿Qué pasó Miguelina, me querés contar?

M: *“Estábamos en lo de mi hija y me descompuse. Empecé a tener temblores, me temblaba la mitad del cuerpo, el brazo, nunca me había pasado algo así. Me asusté mucho. Le pedí a mi yerno que me lleve al Gandulfo, me querían llevar al Hospital que está cerca de mi casa, pero yo quería venir a acá, yo ya los conozco y ustedes a mí. Ahora sí que estoy asustada, tengo miedo, mucha bronca y desolación. Ya no se si puedo seguir. Por suerte, como siempre, les estoy muy agradecida, sé que te llamaron...y que la Dra. G. habló con el médico de guardia. No había cama, tuve que esperar un rato en una camilla en un pasillo. Cuando me trajeron a la habitación, el doctor que me acompañó le puso las sábanas a la cama... me dio como vergüenza. Les estoy muy agradecida”.*

Se observa que Miguelina está emocionalmente muy afectada, es así que llora. Cabe destacar que nunca anteriormente se había mostrado así, tan afligida, por lo cual se la contiene.

T: Bueno Miguelina, ya estás acá. Como bien decís estás en un lugar en el que nos conocemos desde hace mucho y sabes que puedes contar con nosotros. Ahora estás acá, y te están asistiendo. Qué bien que se pudieron comunicar para ayudar a que te reciban en la Guardia. Qué bien que me avisaron, sabes que contás conmigo. Este es un momento en el que hay que seguir todas las indicaciones que te den los médicos, como siempre lo hiciste.

Se que no es fácil lo que estás pasando, pero ya ves que tu familia está muy atenta a tus necesidades. Tu marido se está ocupando muy bien. Ahora, deja que te cuiden. Si te hace falta, más tarde, pedís que me llamen y regreso. De lo contrario, nos vemos mañana.

7.4 Segundo día de internación:

Encuentro a Miguelina preparada con una aguja en su cuello, en la yugular, para la realización de una resonancia magnética.

M: *“Me iban a hacer una resonancia pero tuvieron que usar el último reactivo que había disponible para un accidentado que entró por Guardia. Así me lo explicaron. Gracias por venir, acá me atienden todos muy bien. El médico le puso las sábanas a la cama. A mí me daba vergüenza que un médico me hiciera la cama a mí. No puedo mover la mano. Tengo bronca y miedo. Ahora sí, tengo miedo.”*

T: Bueno, acá estamos todos lo que te queremos ayudar en este momento. Está bien que puedas hablar y decirme como te sentís. Es razonable que tengas miedo, te pasaron cosas que asustarían a cualquier persona. Pero ahora lo importante es lo que te pasa a vos, sabes que sos una paciente a la que quiero mucho.

M: *“Gracias”.*

7.5 Alta Hospitalaria:

Al día siguiente el encuentro con Miguelina se realiza en un pasillo del Hospital. Está sentada esperando que su marido termine los trámites administrativos y que pueda retirar medicación para regresar a su casa.

T: Miguelina, ¿qué estás haciendo acá? ¿Ya podés irte a tu casa?

M: *“Si, ya me voy para casa, estoy bastante bien, pero me siento muy débil. Tuve que aguantar esa aguja clavada en el cuello y al final no me hicieron el estudio. Me dijo la Dra. que me tienen que preparar otro día, que me avisarán cuando tenga que volver, para que me lo hagan. Regresaron muchos*

recuerdos, mi niñez, mi vida. Me costó dormir, espero que mi marido entienda bien todo lo que le explican, son muchas cosas...Creo que tengo que volver a prepararme para otro estudio. Tengo que venir otro día."

T: Ahora lo bueno es que estás preparada para volver a tu casa, seguro que allí vas a estar más tranquila.

M: *"Si, yo quiero que vengas a mi casa".*

T: Si, claro que puedo ir. Luego me comunico con alguno de tus hijos, combinamos un día y voy a tu casa. Vos quédate tranquila. Ahora es importante que descanses y que dejes que tu familia se ocupe de lo que necesites. Tu marido lo está haciendo muy bien. Está muy atento a lo que hay que hacer. Confía en eso. También sabes que me puedes llamar, si te hace falta.

Miguelina y su marido se muestran muy agradecidos. En tal circunstancia se pacta una pronta comunicación, para concretar la visita domiciliaria.

7.6 Ultima Entrevista:

En la semana siguiente a su internación, luego de algunas comunicaciones telefónicas con sus hijos, se concreta la visita domiciliaria.

La paciente puede estar de pie, aunque presenta cierta inestabilidad para caminar. Me recibe muy afectuosamente. Se la observa de buen ánimo. Me pide que hablemos en su dormitorio, me conduce hasta el cuarto, y cierra la puerta.

Están preparados dos pequeños sillones, junto a su cama. Al observar en detalle la habitación, llaman la atención algunos portarretratos. Fotos de Miguelina con su traje de novia y otros de ella con su marido. Ante algunos

comentarios, sobre lo linda que se ve con su traje de novia, comenta que le prestó sus zapatos de novia a su nuera cuando se casó por Iglesia.

Al sentarme a su lado, nos tomamos de las manos.

T: ¿Cómo estuviste estos días?

M: *“Acá estoy... bastante bien...Estoy muy agradecida con todos los que me atendieron en el Hospital. Me prepararon para hacerme una resonancia y tuve que estar con una aguja en el cuello toda la noche. Al final, a la mañana me dijeron que no me la podían hacer, porque el último reactivo que había lo tuvieron que usar para un accidentado que entro por la guardia. Ahora me dijeron que sacara un turno para hacerla. La verdad es, que no quiero que me hagan otro estudio.*

T: **Sería** bueno que puedas hablar de esto que preferís que no te hagan, con la Dra. G, pero me puedes contar lo que no te gusta de eso.

M: *“Lo que pasa es que esa preparación...el contraste. Ya estuve con esa aguja en el cuello...Me pasó que me estaba bañando y me caí... no se qué me pasó. Cuando me di cuenta, estaba en el suelo. Me ayudó mi marido.”*

T: Es recomendable que para bañarte estés sentada. Hay sillas de plástico que resultan ser cómodas para esto. Luego se lo explico a tu marido. También podrían poner barras de soporte en la pared de la ducha, para que te puedas sostener. Deja que tu marido te ayude.

M: *“Si, la verdad es que mi marido me está cuidando mucho, y mis hijos se organizaron muy bien, también. Estuvieron conmigo, y mi nuera se quedó a cuidarme por la noche cuando estuve en el Hospital.*

Quiero decirte algo... estuve pensando y me di cuenta de algo... Me acordé, cuando era chica, me gustaba ponerme a leer revistas abajo de la reposera donde él dormía la siesta .Yo creía que lo odiaba a mi papá y hasta grande sentí lo mismo...Pero no era que no lo quería, lo que pasaba es que le tenía

miedo. A mí me gustaba leer revistas tirada debajo de la reposera donde él hacía la siesta. Con las hojas hacía ruido, y me retaba y me decía que me fuera, como si fuera un perrito, y me daba una palmada. Pero yo siempre volvía a ponerme en el mismo lugar. Aunque él me retaba, a mí me gustaba leer ahí. Yo lo quería mucho a mi papá. ¿Me gustaba que me rete mi papá?”.

T: Parece que te diste cuenta de algo que te hizo, ¡muy bien! A veces el miedo se disfraza. Seguramente te gustaba estar cerca de tu papá, a su sombra, sobre todo en la tranquilidad de la hora de la siesta. Él también estaba tranquilo. Con tu marido, recién casada, quizás también tuviste miedo. Por eso lo amenazaste. Y eso te tuvo un poco alejada de él. Tu marido también seguramente te quiere. Ya ves que nunca te abandonó.

M: *“Yo fui un poco terca con Ernesto. Él siempre fue un hombre bueno conmigo y un buen padre.”*

T: **Qué** bueno que lo puedas reconocer. ¿Y si pudieras decírselo?

En esta oportunidad Miguelina me obsequia el libro que le había dado su padre, *La Alegría de Vivir* y agradece una vez más todo lo que pudo hablar en los encuentros que tuvimos. Nos despedimos muy afectuosamente.

Unos días después, su hijo se comunica para decirme que su madre acaba de fallecer. En esa llamada dice: “Miguelina se fue en paz “. “ Miguelina falleció”.

CAPÍTULO 8: ANÁLISIS DE CASO MIGUELINA

En el recorte tomado de las primeras entrevistas se observa que Miguelina ha sufrido una fuerte irrupción en su psiquismo, a partir del impacto de la comunicación de su diagnóstico de cáncer. Por cierto implementa fuertemente, en un principio, el mecanismo de negación, para luego poder mencionar algo en relación a sus miedos. Justamente los mecanismos de defensa, como comportamientos inconscientes, están al servicio del Yo y son utilizados para vencer, evitar, circundar, escapar o dejar de sentir un ataque de angustia, frustraciones y amenazas.

Si bien la paciente se encuentra orientada en tiempo y espacio, desde la primera entrevista se advierte la emergencia de antiguos recuerdos de situaciones infantiles, que creía ya olvidados, en relación al miedo que su padre le provocaba. Allí emerge la angustia, que aparece desplazada sintomáticamente, como señal de alarma.

Respecto a los pensamientos que le causaron la sensación de “caos” es necesario re-direccionarlos con el objetivo que la paciente pueda hablar de su situación actual, redireccionando así el tratamiento.

A partir de la comunicación del diagnóstico y frente a una verdadera amenaza en lo real de su cuerpo, en Miguelina se desencadenan viejos y acumulados recuerdos, con su correspondiente afectación emocional, ligada a la angustia. En principio, las intervenciones psicoterapéuticas dan lugar a que la paciente pueda desplegar sus recuerdos, para así embestirlos de significado. Se observa que, paulatinamente y disuelta ésta obstrucción, Miguelina comienza a hablar acerca de los actuales hechos traumáticos que la afligen en relación a la enfermedad oncológica y a los distintos momentos del tratamiento. También se abordan, en el marco de las entrevistas, otros temas de importante atención como los referidos a su vida cotidiana y sus relaciones interpersonales.

Se observa que frente a la comunicación del diagnóstico la paciente procesa la información adaptativamente con una fuerte descarga emocional, expresada en la angustia, enlazada a recuerdos significativos de su historia personal, reeditando de esta forma, viejos temores de su temprana infancia. Estas situaciones que ya creía olvidadas, le infunden una desesperante sensación de descontrol, razón por la cual pide ayuda.

Se podría inferir que estos recuerdos traumáticos tienen un punto de afección común con los actuales acontecimientos vividos, dado que los castigos de su padre eran agresiones que también recibió en su cuerpo.

Es esperable que una persona adulta sufra menos inestabilidad al experimentar acontecimientos como estos, dado que a lo largo de su vida ha adquirido mayor habilidad en la elaboración de estrategias de afrontamiento para resolver problemas, a partir de la experiencia de atravesar diversas situaciones difíciles.

Y además se puede inferir que la paciente cuenta con un estilo de afrontamiento positivo, lo cual le facilita el poder atravesar su primera etapa del tratamiento oncológico con una buena adherencia y predisposición al tratamiento. Sin embargo, cuando comienza su segunda línea de quimioterapia se observa una marcada afectación en lo anímico, como es habitual en este tipo de pacientes, cuando se encuentran nuevamente con la embestida de la enfermedad.

No obstante, es de destacar que la paciente cuenta con un estilo de afrontamiento positivo que la acompaña pese a tener que encontrarse con sus miedos, durante su enfermedad y también en el final de su vida.

CONCLUSIONES GENERALES

En el primer momento de la enfermedad, luego de haber recibido su diagnóstico de cáncer, Miguelina manifiesta tener miedo e implementa mecanismos de defensa, negando y desplazando el miedo a la enfermedad y a la muerte, hacia temores que quedan referidos a recuerdos de hechos traumáticos de su infancia.

Estos recuerdos quedan ligados en su afectación a la escena de la muerte en relación al velatorio de su abuelo. En cuanto a esto la paciente efectivamente reconoce haber tenido miedo. Posteriormente recompone su estilo de afrontamiento centrado en lo emocional y comienza a asociar las molestias con la enfermedad.

En este momento Miguelina comienza a hablar acerca de su estado de angustia, lo que queda ligado también a viejos recuerdos emergentes, en relación al modo de ser y al trato que reciben ella y su familia por parte de su padre. Es así que las intervenciones psicoterapéuticas y la dirección del tratamiento psicooncológico se dan en el sentido de aliviar y suavizar éstos recuerdos, respecto del imaginario que la paciente construye de su padre. Concretamente se señala el lado más humano de su padre contrarrestando “lo animal” de su persona.

En consecuencia, la paciente expresa emociones en relación a las pérdidas y el miedo, por ejemplo cuando menciona que la asusta verse pelada y cuando expresa su sensación de vacío.

Regresivamente manifiesta sentirse como cuando tenía 15 años y resignifica ahora la palabra del padre: “*mira que no es como nosotros*”, haciendo alusión al novio de Miguelina en aquel momento. Nuevamente se le señala la diferencia entre la figura del padre y su marido, resaltando que efectivamente su marido no es como el padre, de hecho nunca le pegó.

Se da lugar entonces a la enfermedad y a lo que puede madurar, gracias a poder hablar de *“cosas de su vida que nunca antes se le hubiera ocurrido que podría llegar a expresar”*.

Hasta éste momento los objetivos se ven cumplidos en relación a lo psicoeducativo y a lo psicoprofiláctico, por lo cual muestra una buena adaptación a los efectos secundarios de los tratamientos oncológicos y una buena respuesta de recuperación.

Por otra parte se disuelve la sensación de caos y angustia, referidas al motivo de la consulta, al haber dado lugar al despliegue de éstos recuerdos que encubren los miedos respecto de las situaciones más actuales.

En su recaída en la enfermedad, que determina una segunda línea de quimioterapia, Miguelina se siente afectada en su estado de ánimo. En el reinicio de su tratamiento psicooncológico se trabaja fuertemente sobre los cuidados necesarios para su confort y bienestar. Esto implica una reacomodación de sus defensas intrapsíquicas y su habitual estilo de afrontamiento, en ésta nueva situación inesperada.

Frente a lo imprevisto de la primera convulsión es de destacar el pedido de ayuda que la familia hace telefónicamente a la terapeuta, mostrando la buena empatía lograda, en el sentido de la transferencia, no sólo con Miguelina sino también con sus otros significativos. Esta red de comunicación fomenta una vez más en ella, los lazos de confianza con el equipo tratante.

Ya en el contexto de la internación Miguelina puede relatar lo sucedido a modo de catarsis, es decir, expresando su actual crisis emocional. Muestra sin velos los sentimientos de *“miedo, bronca y desolación”*, a la vez de expresar repetidamente su gratitud.

Esto da cuenta de que aún, bajo los efectos de la pérdida de control, en relación a las convulsiones y a la consecuente internación, Miguelina logra disponer una vez más del uso de la palabra para expresar sus más íntimos dolores psíquicos.

Frente a pensamientos negativos como por ejemplo: “*Ya no sé si puedo seguir*”, se contrapone el agradecimiento por contar la ayuda y por la pronta respuesta recibida. En las entrevistas realizadas durante la internación se interviene reforzando los lazos de confianza para con las indicaciones médicas y también con su familia.

Además se valida su estado emocional por lo que se flexibiliza el encuadre de las entrevistas psicooncológicas, quedando expresa la demanda y la necesidad de la paciente.

En el transcurso de las entrevistas durante la internación, Miguelina habla de su bronca y su miedo dando lugar al presente, es decir, su aquí y ahora, validando una vez más sus palabras, ofreciendo también la contención necesaria.

Al momento del alta de la internación debe dejar el control en manos de su marido, en relación a las indicaciones médicas, como así también en lo administrativo de la gestión hospitalaria. Lo que significa un cambio de roles, ya que de éstas cuestiones se ocupa ella personalmente, a lo largo de toda su enfermedad.

En lo que respecta a las manifestaciones de su aparato psíquico, retornan con fuerza los recuerdos recurrentes, ligados una vez más a sus temores actuales. Este recurso parece haber sido el modo en que la paciente implementa su defensa inconsciente, frente a las agresiones recibidas en lo real de su cuerpo, durante los distintos momentos de la enfermedad.

En la entrevista domiciliaria Miguelina manifiesta una vez más estar sumamente agradecida. Recompone su estilo de afrontamiento, ahora más centrado en el problema, tomando decisiones respecto a no aceptar más estudios clínicos. Además revaloriza los cuidados que su marido está teniendo con ella, a la vez que reedita recuerdos esclarecedores y reconciliadores en relación a la figura de su padre. La transferencia de trabajo y la empatía basada en la confianza permiten que la terapeuta intervenga una vez más humanizando a la persona de su padre y la relación que Miguelina tuvo con él, como así también se señalan las diferencias entre éste y su marido.

Es significativo señalar que la difícil tarea que convoca al psicólogo, teniendo en cuenta la impicancia del tiempo de trabajo con el que se cuenta, dados los pronósticos y distintos momentos de la enfermedad en pacientes diagnosticados con cáncer, consiste en definir los objetivos a desarrollar a lo largo de las entrevistas que componen el proceso terapéutico.

Priorizar focos de atención poniendo el acento en las problemáticas que se presentan en el aquí y ahora, valiéndose de lo psicoeducativo, es una condición básica en el tratamiento de pacientes oncológicos adultos. Estar atentos respecto al nivel de comprensión, en los momentos de la comunicación del diagnóstico y de los tratamiento, también es pertinente a ésta tarea.

El acompañamiento terapéutico, en el sentido de la contención, entendiendo esto como la toma de las herramientas que estén disponibles para ser usadas en cada caso particular, son aspectos que requieren de la experiencia e idoneidad del profesional.

La tarea del psicooncólogo implica intervenir en los aspectos que supone el enfoque interdisciplinario y superar los obstáculos que presenta, a veces, el trabajo equipo.

Por otra parte, desde un punto de vista teórico, en lo que al aparato psíquico se refiere, los mecanismos de defensa psicológicos, como su palabra lo indica, tienen una estricta función de defensa. Ahora bien, ¿de qué nos defienden? Básicamente de la angustia como síntoma, a la manera de una señal de alarma. ¿Alarma sobre qué? Sobre algo que a nuestra consciencia le advierte un peligro.

En los enfermos oncológicos la comunicación del diagnóstico, el miedo a sufrir, la conciencia de enfermedad, la no aceptación de la propia muerte, activa especialmente la negación como mecanismo defensivo inconsciente.

Los procesos emocionales que se desencadenan en los pacientes adultos diagnosticados con cáncer pueden homologarse al funcionamiento del sistema inmunológico. Frente a un desequilibrio biológico las células deben nivelarse en búsqueda del equilibrio perdido.

Asimismo los mecanismos de defensa del aparato psíquico al servicio del Yo, deben actuar frente a desajustes que amenacen la integridad y el equilibrio físico emocional.

Si en éste primer momento instintivo de defensa no se da lugar a procesar adecuadamente estos afectos, será más precaria la capacidad de afrontar conscientemente las nuevas situaciones y el adaptarse adecuadamente para sobrellevar con buena adherencia el tratamiento de una enfermedad como esta.

Puede inferirse que la función de los recuerdos significativos recurrentes también tienen una función defensiva encubridora. Es decir, que mientras la conciencia queda ocupada con viejas vivencias traumáticas, desplaza la angustia emergente, en relación a los recuerdos y se rodea evitando así, enfrentar los miedos actuales, como en el caso de la paciente del presente trabajo.

En los distintos momentos de la evolución de la enfermedad Miguelina presenta afectaciones psicológicas que se manifestaron a modo de crisis de angustias. Los recuerdos significativos del pasado ocupan sus pensamientos.

El recordar situaciones de similar carga afectiva a los acontecimientos actuales, en relación a su enfermedad, parece haber sido un recurso defensivo para evitar la consecuente carga emocional que conlleva el recibir un diagnóstico de cáncer.

La paciente implementa, en principio, un mecanismo psicológico inconsciente básico negando el origen de su angustia, ligada al momento actual, para poder desplazar su afectación al recuerdo de situaciones traumáticas y temidas vividas en su infancia, por ejemplo el recuerdo del velatorio de su abuelo. Recuerdo que efectivamente veló el tema de la muerte. El rechazo y el miedo, quedan entonces, en relación a la figura de su padre por sus rasgos violentos en cuanto a su carácter, para luego quedar desplazado inconscientemente a la relación con su marido.

Disueltas éstas barreras la paciente logra afrontar muy favorablemente las posteriores etapas de la enfermedad y sus correspondientes tratamientos. Por lo tanto se puede trabajar sin dificultad y con muy buena predisposición todo lo referido a la enfermedad oncológica. Asimismo en sus recaídas, luego de cierta debilitación de su voluntad, puede reflotar su habitual estilo de afrontar positivamente.

Cabe aclarar que en ningún momento manifiesta pensamientos negativos en relación a la enfermedad. Sus pensamientos negativos circundaron temas relacionados a los mencionados recuerdos perturbadores y también a situaciones de la convivencia con su marido, que en la medida en que fueron tratados alivia el aquí y ahora de las relaciones familiares.

El problema angustiante de darle el diagnóstico de cáncer a un paciente es que anticipa los sucesos, de tal modo que se vive dos veces: cuando se sabe lo que va a ocurrir y cuando de hecho ocurren.

El dolor psíquico de los pacientes diagnosticados de cáncer puede ser aliviado en la medida en que se pueda fortalecer el YO mediante la revalorización de los recuerdos y actitudes, que el paciente necesite rememorar, examinando conjuntamente los acontecimientos reales e imaginarios.

Por consiguiente es conveniente dar lugar a la abreacción como descarga emocional, examinando conjuntamente los acontecimientos reales e imaginarios, es decir la realidad psíquica individual y subjetiva.

¿Qué hacer con lo que expresan los pacientes “entre líneas” dentro del encuadre psicooncológico? Está claro que es condición necesaria la presencia de un profesional que pueda y quiera escuchar un poco más allá e ir en búsqueda del sentido de los entredichos que siempre están en la propia subjetividad de cada ser como único e irrepetible.

Lo que urge está primero pero, ¿cuál es la urgencia? Desde la PsicoOncología se tratan los aspectos psicológicos del enfermo de cáncer, su familia y también del equipo tratante. No obstante, el protagonista es el enfermo, entonces, ¿qué hacer con lo que irrumpe en el decir de un paciente?

Cuando los pacientes hablan del momento en que se les comunica el diagnóstico, y como en el caso presentado, refieren recuerdos traumáticos, ¿qué lugar se le da al aquí y ahora a esas palabras? ¿Acaso no se sufre de recuerdos?

Es allí donde la angustia tiene lugar, precisamente en donde se rememora, y como una de las leyes del inconsciente es la atemporalidad, se sufre de lo que se recuerda, si se trata de recuerdos dolorosos. Si se les cierra la puerta, entrarán por la ventana.

También puede ser doloroso lo que alguien imagine de su devenir, mucho más si su futuro se anuncia como amenazante, en relación al pronóstico de una enfermedad como es el cáncer.

Entonces y para concluir, como psicooncólogos, no se debe olvidar el aparato psíquico, en todos sus despliegues y manifestaciones, como auténtico y legítimo campo de trabajo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ° Bayes, R. (2003). La sociedad contemporánea ante el dolor y la muerte. *Humanitas, Humanidades Médicas*. Volumen 1. Número 1.
- ° Bosnic, M. (2012). *Psicología y Humanización de la Salud*. (Apuntes de Cátedra). Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- ° Chemama y Vandermerch. (2010). *Diccionario del Psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu.
- ° Die Trill, M. (2003). *Manual de Psico-Oncología*. España: Ades
- ° Freud, S (1900). *Obras Completas. Psicología de los Procesos Oníricos*. España: Biblioteca Nueva.
- ° Freud, S. (1901). *Obras Completas. Psicopatología de la Vida Cotidiana*. España: Biblioteca Nueva.
- ° Freud, S. (1915). *Obras Completas. Lo Inconsciente*. España: Biblioteca Nueva.
- ° Freud, S (1895). *Obras Completas. Proyecto de una Psicología para Neurólogos*. España: Biblioteca Nueva.
- ° García- Camba de la Muela. (1999). *Manual de Psicooncología*. Madrid: Aula Médica.
- ° Morris, D. (1994). *La Cultura del Dolor*. Chile: Andrés Bello.
- ° Montesinos, R.M. (2013). *Conceptos Sobre Oncología II*. (Apuntes de Cátedra). Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- ° Mucci, M. (2004). *Psicoprofilaxis Quirúrgica: Una práctica en convergencia inter- disciplinaria*. Buenos Aires: Paidós.

- ° Nasio, J.D. (1985). *El Magnífico Niño del Psicoanálisis*. Buenos Aires: Celtia
- ° Laplanche, J y Pontalis, J. (2012). *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- ° Paez de Lima (2012) *Oncogénesis*. (Apuntes de Cátedra). Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- ° Sontag, S. (2012). *La enfermedad y sus metáforas. El sida y sus metáforas*. Buenos Aires: Debolsillo.
- ° Telias, D. (2012). *Cáncer de mama. Generalidades*. (Apuntes de Cátedra). Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- ° Vidal y Benito, M. (2008). *Psiquiatría y Psicología del Paciente con Cáncer*. Buenos Aires: Lugar.