

Fecha de recepción: abril/2014
Fecha de aceptación: julio/2014

SANTIAGO

Santiago(135)septiembre- diciembre

Estrategia específica, breve e integrada para la atención psicoterapéutica de pacientes oncológicos terminales

MSc. Joaquín Gómez-del-Castillo

daliajoaquin@cees.uo.edu.cu

Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Oriente, Santiago de Cuba, Cuba

Resumen

Existen contradicciones entre el derecho a la dignidad, el estado psíquico del paciente oncológico terminal y los recursos para darles atención. Este trabajo presenta una propuesta de solución. El objetivo consiste en crear una estrategia psicoterapéutica específica, breve e integrada, que provoque cambios favorables en el estado emocional, a corto plazo con economía de recursos humanos. Se basa en un modelo de integración psicoterapéutica con recursos de sistemas reconocidos. El método se sustenta en la historia personal, el sentido y el proyecto de vida, para conducir a la revaloración de lo vivido, el descubrimiento de bienestar actual y el plan a corto plazo, provocando cambios cognitivos, afectivos y conativos que mejoran la calidad de vida durante el tiempo de supervivencia y fortalecen el afrontamiento digno del momento de la muerte. Se presentan logros en casos reales trabajados en la metodología cualitativa y el método clínico.

Palabras clave. psicooncología, tanatología, psicoterapia, integración, calidad de vida.

Abstract

Contradictions exist among the right to the dignity, the oncological terminal patient's psychic state and the resources to give them attention. This work presents a solution proposal. The objective consists in: to create a Specific Brief and Integrated psychotherapeutic strategy that causes favorable changes in short term on the emotional state, with economy of human resources.

675

Joaquín Gómez del Castillo, págs.675-693.

It is based on a model of psychotherapeutic integration with resources of recognized systems. The method is sustained on the personal history, the life sense and the project of life, to drive to the revaluation of the past life, the discovery of current well-being and the short term life plan, causing cognitive, affective and behavioral changes that improve the quality of life during the time of survival and strengthen the worthy confrontation of the moment of the death. Achievements in real cases worked in the qualitative methodology and the clinical method are presented.

Key words. psychooncology, thanatology, psychotherapy, integration, quality of life.

Introducción

El trabajo realizado durante los recientes cinco años en la atención a pacientes oncológicos en estadio terminal en el hospital Oncológico Conrado Benítez de Santiago de Cuba revela un conjunto de contradicciones presentes en este tipo de atención, que se dan en lo ético, lo humanitario y lo económico.

En la dimensión ética encontramos la contradicción que se da entre el derecho universal de todo ser humano a vivir y morir con dignidad frente a las situaciones en que transcurren las etapas finales de la existencia de muchas personas y la forma en que mueren. En el caso particular que abordamos nos circunscribimos a la dignidad de la vida y la muerte en pacientes oncológicos terminales.

En la dimensión humanitaria encontramos la contradicción interna existente entre las necesidades emocionales propias de la condición de enfermo en situación irreversible ante al fin inminente e inevitable, que es atendido siguiendo el predominante enfoque clínico y biológico que se centra en el componente somático de la enfermedad.

En términos de recursos, existe la contradicción interna dada en la desproporción entre el número de necesitados y la cantidad y tipo de las atenciones psicológicas posibles de ofrecer.

676

El presente trabajo se dirige a instrumentar una solución viable a dichas contradicciones. El problema que esta investigación ha identificado se formula como sigue: Necesidad de crear una estrategia capaz de dar atención psicológica de calidad a un mayor

número de pacientes oncológicos terminales en plazos breves, con mejoría perceptible de su calidad de vida y modo de afrontamiento a la muerte.

El objeto de la investigación se delimita en la atención psicológica a pacientes oncológicos terminales y define sus objetivos como sigue:

Objetivo general: Elaboración de procedimientos breves para dar atención psicológica capaz de promover cambios positivos en la calidad de vida y la actitud ante la muerte de pacientes oncológicos terminales, y que sea aplicable por profesionales con entrenamiento psicoterapéutico básico.

Objetivos específicos: Revisión de los modelos psicoterapéuticos más utilizados en Tanatología y Psicooncología; selección de recursos terapéuticos específicos; sistematización de recursos seleccionados para formar una estrategia coherente; aplicación preliminar de una estrategia.

El presente trabajo tiene como punto de partida la dignidad humana. El derecho a la vida digna está consagrado en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, proclamada después de la experiencia de la Segunda Guerra Mundial.

La dignidad del ser humano ante su enfermedad y muerte se enfrenta a un conjunto de condiciones dadas por sus sufrimientos y la atención que recibe. Estas son en pocas palabras: el dolor, el temor, la conciencia del fin inminente y además la impotencia ante la situación, las limitaciones y los sufrimientos inherentes al tratamiento.

El dolor es un componente fundamental en el cuadro de muchos enfermos terminales y puede ser el eje del mayor sufrimiento durante esa etapa.

En cuanto al temor, dos factores principales son capaces de provocar la emoción de miedo. Uno es el peligro reconocible y el otro es lo desconocido. El primero tiene que ver con todo lo que se sabe o supone sobre el curso de la enfermedad, como que hay peligro de empeoramiento, de que sobrevenga o se repita el dolor físico, de invalidez y de la llegada de la hora definitiva. Lo desconocido es la experiencia nunca tenida del proceso de morir y de la conjetura nunca resuelta sobre el destino *post mortem*.

Santiago(135)2014

Dolor, temor y expectativa de muerte constituyen una triada que lesiona gravemente la calidad de vida de la persona en condición de paciente. Esta condición, que Chochinov denominó en inglés "*patienthood*" difiere notablemente de la condición de ser humano como persona sana. A esta la llama "*personhood*" (Chochinov 2013).

El llamado a garantizar la calidad de vida y la conservación de la condición de persona en el paciente oncológico terminal es digno de atención. En 1967 Saunders funda en Inglaterra un movimiento destinado a dar un trato claramente diferente a los pacientes terminales. Se llamó "*Hospice Movement*" y en el mismo se elimina todo sufrimiento ocasionado por la tecnología y toda forma de ensañamiento terapéutico, poniendo énfasis por el contrario en la atención a las necesidades afectivas (Twicross, 2000). La intención expresa es que el final de la vida transcurra con la mejor calidad en lugar de prolongarla a cualquier costo.

Díaz Corral, en su investigación sobre la calidad de vida percibida vivenciada, la define como:

la expresión valorativa global de un estado psicológico dinámico y relativamente estable, presente en el individuo, resultado y reflejo de la valoración sobre lo logrado, lo que se aspira y lo que se espera alcanzar, en correspondencia, o no, con los elementos importantes y jerarquizados de esa individualidad, que dan sentido a la vida, permitiendo a la persona el equilibrio con el medio en que vive y se desarrolla (Díaz Corral, 1999).

Esta definición cobra significado especial para la presente investigación. Elevar la calidad de vida es posible mediante atención integral. Se denomina integral a la atención de salud que toma en cuenta las diferentes dimensiones de la existencia humana. Clásicamente se reconoce la unidad biológica, psicológica y social. En décadas recientes se ha ido haciendo presente a nivel internacional el reconocimiento de la dimensión espiritual en dicha unidad (Villacrés, 2012).

678

La psicoterapia ha sido la intervención elegida por psicólogos y psiquiatras de los equipos de salud involucrados en la atención de estos casos y en menor frecuencia la incorporan oncólogos, otros especialistas médicos y personal de enfermería. La literatura recoge numerosas experiencias basadas en modelos terapéuticos reconocidos. En el ámbito nacional han sentado precedente los

Joaquín Gómez del Castillo, págs.675-693.

trabajos de Grau y colaboradores (Grau, 2006) y a nivel de nuestra provincia se practica por los profesionales del Departamento de Psicología del Hospital Oncológico Provincial "Conrado Benítez".

Haciendo una consideración económica, la psicoterapia es cara. En la mayor parte del mundo es elitista, de modo que la reciben quienes la pueden pagar a altos precios. En nuestro país no es elitista pero no deja de ser costosa. Este costo no lo paga el paciente necesitado pero se carga al presupuesto de los servicios de salud públicos. No se puede desconocer que si se aspira a dar atención a las necesidades de muchos casos se requeriría mucho personal entrenado o un cambio significativo de procedimientos.

La aspiración a morir con dignidad ha sido la respuesta bioética a la realidad de que una gran parte de los seres humanos fallece en condiciones afectivas y espirituales muy lamentables. Los moribundos han sido calificados por estudiosos del estadio terminal como "abandonados" algunos, otros "faltos de atención" y a veces "maltratados", y por lo tanto muchos padecen desesperación, depresión, miedo o enojo en ese momento que es también parte de la vida.

La plena dignidad de vivir implica también morir con dignidad. Las condiciones reconocidas para la muerte digna son, citando a D.J. Roy (2013):

- 1) Morir sin el estrépito frenético de una tecnología puesta en juego para otorgar algunas horas suplementarias de vida biológica.
- 2) Morir sin dolores atroces que monopolizan toda la energía y la conciencia.
- 3) Morir en un entorno digno del ser humano y propio de lo que podría ser un momento hermoso.
- 4) Morir manteniendo con las personas cercanas y queridas contactos humanos sencillos y enriquecedores.
- 5) Morir como un acto consciente de quien es capaz de realizar el difícil "ars moriendi".
- 6) Morir con los ojos abiertos, dando la cara valientemente y aceptando lo que llega.

7) Morir con un espíritu abierto, aceptando que muchos interrogantes que la vida ha abierto queden sin respuesta.

8) Morir con el corazón abierto, es decir con la preocupación del bienestar de los que quedan en vida.

Estos ocho puntos nos ofrecen una clara perspectiva de un mejor modo de morir. Ahora bien, la motivación de familiares y personal del equipo de salud para salvar o prolongar la vida lleva a que su esfuerzo pueda ser contrario a los deseos de los pacientes o a provocarles sufrimientos evitables.

Ha sido motivo de controversia el verdadero papel de la psicoterapia durante la etapa de supervivencia de los pacientes oncológicos. No obstante, es notorio que los pacientes en este estadio reciben beneficios muy apreciables y que al mismo tiempo otorgan cierto grado de bienestar a la familia del paciente atendido y ello repercute positivamente sobre el personal que le brinda los cuidados. En el estudio desarrollado durante diez años por Spiegel, este demuestra que mujeres con cáncer de mama metastásico que recibieron tratamiento psicológico, tenían mayor supervivencia que un grupo control que no recibían este tratamiento (Spiegel, 1989).

Los objetivos de un tratamiento psicoterapéutico con pacientes terminales fueron expuestos por Szwarczer (2012) de la siguiente forma: disminuir el distress y la angustia; permitir al paciente adquirir la sensación de control; aumentar la autoestima; mejorar las cogniciones negativas disfuncionales, la expresión emocional, la comunicación y los vínculos; modificar estilos de afrontamiento en relación a la enfermedad y los tratamientos; modificar el sistema de relaciones y comunicación con los otros; favorecer la creación de un proyecto vital.

Los terapeutas a nivel internacional reportan la utilización de variados enfoques en psicooncología y tanatología. Este autor enfatiza en un conjunto de ellos que son referenciados con mayor frecuencia y cuentan con aval experiencial en nuestro ámbito inmediato. Estos son: la terapia de apoyo, la psicoterapia Gestalt, la logoterapia, la terapia breve centrada en las soluciones y la terapia racional emotiva conductual. Estos modelos son ampliamente conocidos por los especialistas. De ellos se toma el conjunto de recursos terapéuticos que pueden conformar una nueva estrategia

Joaquín Gómez del Castillo, págs.675-693.

para este propósito bien delimitado, teniendo como constantes orientadoras los principios de la psicoterapia breve, los recursos de apoyo y la terapia de la dignidad de Chochinov.

Dos opciones tienen los terapeutas al elegir el modo de hacer psicoterapia. El primero es el uso sistemático de un mismo modelo y el otro es la utilización de varios modelos.

La segunda opción mencionada consiste en utilizar diferentes modelos conocidos por el profesional. En ese caso hay tres posibilidades, que son: la actuación en secuencia, la actuación combinatoria y la actuación integradora. En el primer caso, un terapeuta de vasto conocimiento y experiencia selecciona un modelo entre varios que domina. En el segundo caso, la actuación combinatoria funciona a nivel práctico, utilizando, según el caso, los recursos de varios modelos sin compromiso de escuela. La actuación integradora, tercera opción posible, se basa en identificar factores comunes presentes en diferentes modelos, los cuales no presentan antagonismos y se usan como referentes teóricos y en la práctica.

Esta última forma de actuación es aquella en la cual se trabaja al elaborar esta propuesta de estrategia interventiva psicoterapéutica. Se trata de integrar recursos de diferentes modelos en base a su pertinencia para la situación específica de los pacientes terminales que nos ocupan. Se diferencia nítidamente de la actuación combinatoria porque aquella moviliza recursos según el caso dado y las posibilidades del terapeuta, mientras que la estrategia integrada que se propone organiza de forma sistemática recursos procedentes de diferentes modelos por ser capaces de provocar cambios positivos a los enfermos de esta categoría, y responder a las cualidades de las terapias breves. A este conjunto se le ha denominado como el núcleo constante de la estrategia.

La idea de la integración es el polo opuesto a la postura de los modelos que marcaron la historia de la psicoterapia durante décadas, a los cuales reconocemos su valor y el mérito de haber solidificado las bases del ejercicio del tratamiento y de la formación especializada; pero también son responsables del elitismo, de los "círculos cerrados" excluyentes, habiéndose desarrollado en medio de la comercialización de los servicios de salud. El enfoque integrador puede superar las barreras entre los modelos, enfatizando

en las similitudes y compatibilidades, en lugar de hacerlo sobre las especificidades técnicas y diferencias teóricas.

Psicoterapia breve

Por imperativo del corto plazo de supervivencia de los pacientes terminales, al diseñar una estrategia terapéutica para ellos, esta debe ser breve. La psicoterapia breve surge en la década de los setenta del pasado siglo en respuesta a la duración y el costo de los tratamientos psicoanalíticos. El Congreso de los Estados Unidos creó la Comisión Unida de Enfermedad y Salud Mental, la cual, después de cinco años de estudio determinó que aquel tipo de tratamiento no podía satisfacer las necesidades de la mayor parte de las personas que buscaban servicios terapéuticos.

Elaboración de la estrategia

La proposición de una estrategia de intervención psicoterapéutica específica, breve e integrada es la solución viable para el problema planteado. Antes de entrar en la explicación detallada del proceso de creación de la propuesta y las características de la estrategia, se muestra sintéticamente la metodología utilizada en el proceso investigativo.

Se utiliza la metodología cualitativa por cuanto su fundamento epistemológico se ajusta a las características de los fenómenos subjetivos que se estudian y sobre los cuales se pretende actuar. Esta investigación parte de aspectos de la subjetividad humana y retorna a actuar sobre la misma. En este caso se investiga sobre casos múltiples.

El método clínico se utiliza por cuanto esta investigación tiene lugar en el ámbito de la psicología clínica. El trabajo con pacientes da lugar a toda la experiencia de la cual surge esta investigación y es también el campo donde se pone a prueba cada uno de los procedimientos propuestos. El propósito asistencial vincula las acciones investigativas con el trabajo directo con casos reales y resultados positivos para los pacientes.

682

La estrategia específica, breve e integrada para pacientes oncológicos terminales

A continuación los detalles sobre las tres cualidades que distinguen a esta estrategia. La cualidad de la especificidad consiste en que

Joaquín Gómez del Castillo, págs.675-693.

toda la interacción entre el terapeuta y el paciente se centra en el logro de las metas para este tipo de caso, así que todos y cada uno de los recursos utilizados se justifican porque se dirigen hacia el fin aspirado. Trabajar directamente para metas muy delimitadas evita la utilización de tiempo y esfuerzo en aspectos que son importantes en el tratamiento de otros pacientes que tienen décadas de expectativa de vida y por lo tanto necesitan reestructurar sus personalidades, aprender otros modos de afrontar sus problemáticas, eliminar sus síntomas neuróticos, etc. La brevedad es, en cambio, una cualidad obligada en el trabajo con casos terminales porque necesariamente funcionará en un tiempo corto, aquel en que transcurre el estadio terminal. Si el tratamiento se prolongara, la agonía o muerte del paciente pondría fin a la intervención sin alcanzar los objetivos deseados.

La cualidad de integración alude a la forma en la que se reúne un conjunto de recursos en un núcleo constante. Una simple agrupación de recursos no constituye integración. El núcleo constante está compuesto por el conjunto armonizado de recursos seleccionados que proceden de modelos de psicoterapia, cuya efectividad ha sido reconocida y comprobada. Cuando hablamos de solución viable nos estamos refiriendo a que la aplicación de la estrategia interventiva pueda hacerse en las condiciones reales actuales de los servicios hospitalarios y teniendo en cuenta las perspectivas de desarrollo previsible en el futuro cercano. Esto quiere decir que se utilice el personal que existe o puede esperarse razonablemente que exista y se le entrene en plazos más cortos que los que requieren las terapias convencionales. Este personal puede ser integrado por psicólogos, médicos y enfermeras fundamentalmente.

Principios y metas

Las metas del tratamiento son formuladas individualmente pero siempre giran en torno a los siguientes principios:

- El ser humano es digno por su propia condición y puede hacerse consciente de su dignidad en todo momento de su vida, aun en circunstancias muy difíciles.
- La vida tiene sentido, el hombre puede hacerlo consciente, elaborarlo o cambiarlo en cualquier momento y en diferentes circunstancias.
- La muerte es consustancial a la vida y puede ser recibida serena y dignamente.

Teniendo en cuenta lo anterior las metas terapéuticas generales están dirigidas a lograr lo siguiente: modificación positiva de las ideas en torno a la enfermedad y la muerte; modificación positiva de los sentimientos en cuanto a sí mismo, lo vivido, el momento actual y el plazo de supervivencia; modificación positiva del control emocional ante el sufrimiento y en los momentos críticos.

Con los mencionados principios como orientación y las metas generales antes expuestas, unidas a las que el terapeuta delimita casuísticamente, se realiza el trabajo con cada caso a través de tres aspectos fundamentales, a saber: la historia personal, el sentido de la vida y el proyecto de vida.

Estos aspectos nos revelan los factores que serán necesarios modificar en el proceso terapéutico y esto lo logramos en tres tipos de acción: revaloración de lo vivido, revaloración del estado actual, planeamiento y acción hacia el futuro cercano.

La revaloración de lo vivido implica dar a la historia personal una imagen renovada en la cual desaparecen o se debilitan las visiones negativas, pesimistas, tristes o catastróficas, y al tiempo se exaltan los logros personales y el propio valor en los momentos claves de la vida.

La revaloración del estado actual implica el reconocimiento de que la persona sigue siendo quien es, que conserva valores esenciales, que la enfermedad existe pero no es la totalidad sino un aspecto de su realidad. Además implica que se sienta capaz de disfrutar actividades que le gustaban o descubrir otras, que puede ser útil a sí mismo y a otros.

El planeamiento implica que la persona reconozca una esperanza de vivir, sin exigir un plazo y que ese tiempo lo puede emplear en lograr algo deseado. Es también sentir que puede decidir que vale la pena usar sus recursos para vivir mejor ahora y en el futuro previsible.

El cumplimiento de estos tres tipos de acción conduce a la persona al logro de cambios que abarcan las tres esferas del psiquismo, a saber: cambios cognitivos, cambios afectivos y cambios conductuales.

El núcleo de cambios cognitivos radica en abandonar las ideas irracionales y nocivas y la aparición de ideas adaptativas y de una visión sana de sí mismo, de la vida y la muerte.

Joaquín Gómez del Castillo, págs.675-693.

En el caso de la afectividad se aspira fundamentalmente a que el enfermo tenga mejor control emocional, especialmente para momentos críticos, así como la reducción del temor y la satisfacción de sí mismo, con debilitamiento o desaparición de sentimientos nocivos.

En el aspecto conductual se aspira a que el paciente se oriente hacia la solución de asuntos pendientes y se ocupe en acciones que de una u otra manera sean significativas y valiosas.

Una vez recorrido este ciclo ordenado de acciones un paciente alcanza condiciones para disfrutar mejor calidad de vida y enfrentar el momento de su muerte de forma digna.

Tratamiento

Es un tratamiento individual y dirigido al paciente oncológico terminal. Los contactos que el terapeuta pueda realizar en beneficio del manejo integral con familiares u otras personas corresponden al buen juicio profesional del mismo.

La acción terapéutica se circunscribe a las necesidades propias del paciente oncológico en estadio terminal, se dirige a mejorar su calidad de vida incidiendo sobre su estado emocional y prepararlo para afrontar dignamente el momento de su deceso. Utiliza una síntesis coherente y funcional de recursos procedentes de terapias de efectividad probada.

En el diseño de la estrategia se procedió por pasos de acuerdo al orden siguiente:

- 1.-Análisis de las contradicciones y formulación del problema.
- 2.-Enunciado de una solución posible.
- 3.-Determinación de las cualidades de la estrategia propuesta como solución.
- 4.-Análisis de los aportes de los modelos psicoterapéuticos.
- 5.-Selección de los recursos para elaborar la estrategia.
- 6.-Determinación del modo de aplicación de los recursos.
- 7.-Determinación de las acciones para materializar los logros en el proceso terapéutico.

8.-Establecimiento de los cambios a lograr en los pacientes.

9.-Determinación del modo de evaluación de los resultados en cada caso particular.

10.-Establecimiento de indicaciones sobre el estilo de trabajo en la aplicación de la estrategia.

La explicación pormenorizada de todos los pasos no es posible en términos de espacio y por lo tanto se seleccionan los aspectos más relevantes de su implementación.

-Primer paso: Deriva de las experiencias adquiridas en los cinco años precedentes.

-Segundo paso: Se descartó la opción de tratar a los pacientes mediante modelos reconocidos en sus extensiones originales. Se elige, como se ha explicado, un procedimiento específico, breve e integrado que pueda ser aplicado por psicólogos, médicos o enfermeras con un entrenamiento psicoterapéutico básico.

-Tercer paso: Por estar destinada a un tipo de paciente y no a pacientes de cualquier otra circunstancia vital se determinó la especificidad.

La necesidad de lograr los resultados en un tiempo inevitablemente corto determinó la brevedad. Esta también favorece la atención de más pacientes y mayor economía.

La necesidad de tener un procedimiento que pueda ser incorporado por los terapeutas sin necesidad de adquirir "*in extenso*" varios sistemas terapéuticos mueve a integrar la selección de recursos de modo armónico y estable. El núcleo estable de la estrategia deja establecido de modo general el conjunto esencial de metas terapéuticas, recursos y procedimientos que son más prometedores en este tipo de casos.

-Cuarto paso: En la creación de esta estrategia se han analizado los siguientes modelos psicoterapéuticos: Terapia racional emotiva conductual, Terapia breve centrada en las soluciones, Terapia Gestalt, Logoterapia.

686

-Quinto paso: Los recursos a utilizar en la aplicación de la estrategia siempre contienen un vínculo y se dirigen a la modificación positiva de: las ideas que el individuo sostiene sobre sí mismo, la vida, la enfermedad y la muerte; los sentimientos en torno a los mismos, las emociones que los expresan, y la capacidad de

Joaquín Gómez del Castillo, págs.675-693.

mantener el control de su conducta afectiva; el uso de recursos propios para sostenerse en momentos críticos.

Atendiendo a lo anterior los recursos principales a integrar son los siguientes:

De la Terapia racional emotiva conductual se ha seleccionado la determinación del carácter racional o irracional de las ideas y las técnicas de debate de estas últimas, privilegiando el estilo del diálogo socrático.

De la Terapia breve centrada en las soluciones se ha seleccionado ante todo el estilo comunicativo del terapeuta en el contacto con su paciente, así como la técnica de movilización de emociones positivas mediante las excepciones. La proyección al futuro deseado tiene utilización en situaciones definidas.

De la Terapia Gestalt se selecciona el tema de los asuntos pendientes y las técnicas para cerrarlos. Se toma también el enfoque hacia el "aquí y ahora" y la técnica del "darse cuenta."

De la Logoterapia se elige el procedimiento para determinar el sentido de la vida que una persona posee y las técnicas de reflexión, autodistanciamiento y el diálogo socrático.

-Sexto paso: Cuando se aplican los recursos en la estrategia integrada, todas las acciones terapéuticas se encaminan siempre en dirección a actuar sobre tres aspectos esenciales: 1) la historia personal del sujeto y su revaloración, 2) el sentido de la propia vida, 3) el proyecto de vida, su revaloración y reajuste.

En este diálogo el terapeuta llega a conocer lo que el paciente piensa sobre sí mismo y cómo ha formado el sistema de ideas que sustentan su autoconcepto, autovaloración y autoestima.

En cuanto al sentido de la vida se trabaja en dirección de precisar aquello que hace que la persona sienta que su vida vale la pena. Sin influir al paciente se explora su actitud hacia la vida en general y hacia la suya en particular en el momento actual de su existencia.

Se explora cómo está estructurado en la actualidad su proyecto de vida y cómo sus ideas sobre el futuro han sido impactadas por el diagnóstico, pronóstico y plazo de supervivencia. Se reajusta el proyecto en base de lo que sí es posible desde su situación actual.

-Séptimo paso:

1. Acciones en torno al análisis de la historia personal y su revaloración.
2. Acciones en torno al descubrimiento, esclarecimiento y posible revaloración del sentido de la vida.
3. Acciones en torno al establecimiento de un proyecto de vida realizable en el plazo de supervivencia. Posible modificación de proyectos precedentes carentes de factibilidad actual.

Esto se realiza, en general, del modo siguiente:

La historia personal se logra fundamentalmente en las primeras entrevistas. Se omite toda la información que no está vinculada al fin específico. Muchos de los datos que preguntamos a otros pacientes son irrelevantes con un paciente terminal. Por esa razón el terapeuta se centra en los eventos de connotación afectiva de dicha historia personal, pidiendo al paciente que relate los mejores momentos de su vida primero y luego que refiera los peores.

El sentido de la vida es el segundo aspecto básico en esta parte del trabajo. Está orientado hacia el presente. Implica que el sujeto declare el "para qué" de su vida. En el caso de los pacientes oncológicos es primordial determinar si el paciente conserva o no el sentido de la vida, o si no se hace consciente de tenerlo. El sentido de la vida servirá de guía para el tercer paso, que es el enunciado del proyecto para el plazo restante de vida.

El tercer aspecto básico en el trabajo con el paciente con esta estrategia lleva al enunciado del proyecto de vida del paciente. Parece paradójico hablar de proyecto de vida precisamente cuando menos tiempo le queda al individuo para cumplirlo, pero las evidencias prácticas acumuladas en el referido trabajo precedente indican que tiene una destacada relevancia porque orienta hacia una esperanza realista. En el caso de los pacientes terminales es forzoso que las metas sean de corto plazo y además, que no sean inalcanzables. Se trata de lo que sí se puede hacer y lograr en la condición actual. Puede ser solucionar alguna situación pendiente, expresar voluntades, orientar a personas sobre las que se tiene responsabilidad o ascendencia, delegar actividades, cumplir un deseo o darse un gusto anhelado. Las experiencias precedentes nos indican que personas en sus últimos días pueden hacer

actividades valiosas impredecibles como impartir instrucciones a sus familiares, escribir poesía o dedicarse a alentar a otros pacientes.

-Octavo paso: Los cambios a lograr en el paciente abarcan las tres esferas del psiquismo anteriormente mencionadas. Los cambios cognitivos a alcanzar consisten en la eliminación de las ideas nocivas que dan lugar a las perturbaciones emocionales, tal como establece la TREC, una de las fuentes de recursos de nuestra estrategia.

El debate con un paciente terminal es, en esta estrategia, diferente al que sostenemos con pacientes que no experimentan la amenaza de la muerte. Es una conversación al estilo del diálogo socrático, en la cual se le hace consciente del carácter irracional de algunas ideas. En ciertos casos se hace necesario simplificar el debate al nivel de ofrecer lo que este autor suele llamar "la idea alternativa", en la que se analicen otros modos de mirar un hecho.

Los cambios afectivos se orientan a que el paciente llegue a sentir satisfacción de sí mismo, de lo vivido, de la obra realizada, guste de aquello que en el presente aun es disfrutable. Los principales síntomas a modificar suelen ser depresivos, de ansiedad y de miedo.

El terapeuta aspira a que durante el tratamiento el paciente logre una imagen positiva sobre sí mismo, de modo tal que sienta satisfacción de ser quien es, de sus cualidades e historia. Se trabaja para que sienta el valor de la experiencia de vivir. La obra realizada es un aspecto fundamental, sentir que es y ha sido útil. El paciente regularmente centra su atención en aspectos negativos de su actualidad, y compara su dolor, limitación y perspectivas con lo que fue en su tiempo saludable. Se intenta que descubra cuántos y cuáles elementos positivos tiene. El hallazgo de los disfrutes posibles pero desaprovechados puede devenir en un cambio importante del estado emocional de la persona enferma.

Los cambios conductuales aspirados son:

689

Que el paciente ocupe su tiempo en tareas significativas que pueda realizar con sus capacidades conservadas. Se incluyen las que dependen de asuntos pendientes.

Que ponga en práctica acciones aprendidas para afrontar los momentos de dolor físico, depresión o ansiedad. Estos recursos que se enseña al paciente son en su mayoría ideas alternativas a las ideas irracionales, distanciamiento de síntomas y distanciamiento en el tiempo, cambios en el criterio de magnitud de la importancia de los eventos, dar por cerrados hechos pasados. Los terapeutas deben poseer preparación para ofrecer dichos recursos.

Las acciones que componen la intervención terapéutica, en resumen, se dirigen a lograr en el paciente: una revaloración positiva de lo vivido, el reconocimiento de las potencialidades conservadas, la promoción de la actitud de disfrute actual, la formación de recursos para el manejo emocional de crisis de dolor y miedo, un cambio cognitivo (modificar ideas sobre vida, enfermedad, muerte), el fomento de proyecto de vida a cumplir en el plazo de vida remanente.

-Noveno paso: El terapeuta lleva su control de los cambios acontecidos en el paciente durante el tratamiento, para ello emplea un modelo de registro de la sesión. Con fines investigativos se utiliza la verificación de un especialista diferente del terapeuta.

-Décimo paso: Con vistas a la formación en el futuro de nuevos terapeutas se hace necesaria la existencia de un sistema de indicaciones sobre el estilo de trabajo del terapeuta.

En la actualidad empleamos lo siguiente:

- El terapeuta busca al paciente

-El terapeuta establece contacto afectivo. Contrario a lo indicado en muchos otros abordajes terapéuticos, el terapeuta no es neutral, sino que muestra al paciente una actitud de "estoy contigo".

-El centro del interés es la persona. La aplicación de esta estrategia implica el reconocimiento de la condición de persona, la confirmación de su dignidad en cualquier circunstancia. Implica comunicatividad y empatía. Esta actitud solo puede nacer de la vocación de servicio que siente el profesional desde su propia condición de persona.

-Estilo conversacional. Las sesiones no parecen entrevistas clínicas. Para el paciente son diálogos entre personas, independientemente de que uno de los dos sea un profesional entrenado para ofrecer un servicio.

-Ganar la confianza. Esto implica que el paciente sienta que está con aquella persona que puede ser genuina depositaria de sus revelaciones, confesiones e inquietudes y de alguna manera de sus expectativas, aspiraciones y deseos.

Aplicación preliminar de la estrategia

Esta estrategia se comenzó a aplicar con pacientes reales en el año 2013. En ese año se presentó en el Congreso Bienal de Psicología de Santiago de Cuba. La primera vez tuvo lugar en mayo del mismo año en círculos profesionales con presentación de casos. La aplicación mostró los resultados positivos en los pacientes tratados e hizo evidente la economía de tiempo y recursos humanos. A continuación una síntesis de los **logros** en tres **casos**.

Caso 1: Reforzamiento del sentido de su vida centrado en factores reales y actuales; mejoría de su imagen personal y nueva comprensión de la misma en el trayecto de su vida, elevación de su autoestima; nueva visión de las culpabilidades que arrastraba del pasado; asociación de su fe religiosa con la fortaleza ante el dolor físico; fortalecimiento del disfrute de sus relaciones humanas y de congregación; distanciamiento de la imagen negativa del padre y las huellas de su trato; aumento de la incidencia de emociones positivas.

Caso 2: Siente que puede lidiar mejor con las crisis dolorosas; cambios positivos del contenido de su pensamiento: ha luchado bravamente en los peores momentos de su vida; los tiempos malos pasaron y vinieron otros muy buenos; lo que perdió era lo que no valía la pena; tiene muchas cosas buenas que la hacen feliz: los hijos, el esposo, la casa, sus plantas y animales, las hermanas y que ahora vive sin privaciones; no se siente sola; no se preocupa por morir.

Caso 3: Supervivencia con mayor calidad de vida debida a cambios emocionales positivos durante su atención; se siente preparada para un enfrentamiento digno al momento de la muerte; sinergia entre cualidades personalógicas de la paciente y las acciones terapéuticas.

Estos cambios fueron verificados por un especialista independiente.

Una versión de la estrategia para su aplicación a familiares de pacientes fue elaborada en el año 2014 como tesis de licenciatura de un estudiante de la carrera de Psicología.

Joaquín Gómez del Castillo, págs.675-693.

Modo de introducción de resultados a la práctica

El modo de introducir la estrategia propuesta a la práctica se basa en las acciones siguientes:

- Elaborar un programa de entrenamiento para médicos, enfermeras y psicólogos que pueda ser impartido en un plazo breve.
- Presentar el programa y proponer el entrenamiento en el hospital donde se ha hecho la investigación y en otros donde se atiende pacientes de estas características.
- Contando con la aprobación del programa, impartirlo a un grupo de profesionales interesados.
- Diseñar y ejecutar un método de supervisión para los nuevos terapeutas.
- Evaluar el proceso terapéutico y los resultados obtenidos por los terapeutas entrenados.

Conclusiones

Como resultado de la presente investigación ha sido creada una estrategia psicoterapéutica específica, breve e integrada dirigida a promover cambios positivos en la calidad de vida y la actitud ante la muerte en pacientes oncológicos terminales.

- 1.Los modelos terapéuticos con reconocimiento histórico poseen dentro de sus métodos numerosos recursos elegibles para la creación de una estrategia específica.
- 2.Se logra la coherencia de la estrategia psicoterapéutica en base de la especificidad, seleccionando recursos que cumplen el fin propuesto.
- 3.La estrategia, al aplicarse preliminarmente a casos reales, se muestra eficaz, dando lugar a cambios positivos en plazos breves.
- 4.La estrategia específica, breve e integrada para pacientes oncológicos terminales es más sencilla que las terapias convencionales de las que toma sus recursos, por lo que permite diseñar entrenamientos para personal que posea preparación básica sobre psicoterapia.
- 5.Con esta estrategia se logra atender a los pacientes en menos tiempo que en los modelos convencionales de psicoterapia, pudiendo atenderse mayor cantidad de ellos en el mismo tiempo, por lo cual nuestra propuesta es más económica.

Bibliografía

BAYÉS, Ramón. "El psicólogo ante el enfermo en situación terminal." En: *Anales de psicología*. Madrid: 1990. Disponible en: www.um.es/analesps/v06/v06_2/06-06_2.pdf.

CHOCHINOV, Harvey. *Dignidad y esencia de la medicina. El ABC y D del cuidado centrado en la dignidad*. Disponible en: <http://www.bmj.com/cgi/reprint/335/7612/184>. Cita: 15/5/2013.

DIAZ, Ileana. "Determinantes psicológicos de la calidad de vida". Tesis de doctorado. Universidad de La Habana, 1988.

GRAU, Jorge. "Acciones de cuidados continuos al paciente oncológico." Unidad Nacional de Control de Cáncer para propuestas al MINSAP. Habana: 2006.

LEGA, Leonor. *Teoría y práctica de la Terapia Racional-emotivo-conductual*. Segunda edición. Madrid: Editorial Siglo XXI de España, 2013.

ONU. *Declaración Internacional de los derechos del hombre*. 1948. Disponible en: <http://www.un.org/es/globalissues/humanrights/>. Cita: 26/5/2013.

PACHECO, Mauricio. *Concepto de Bioética, Modelos éticos, Lecciones de Bioética*. Capítulos 1 y 3. (folletos). España: Universidad de Barcelona, 2007.

POLO, Marco Antonio. *Tanatología del Siglo XXI*. México: Editorial Thanatos, 2011.

SZWARCER, Eduardo. *Últimas horas del Paciente Terminal*. Disponible en: <http://www.com/2008110736/Psicooncologia>. Cita: 22/4/2014.

TWICROSS, Robert. *Medicina Paliativa, Filosofía y Consideraciones éticas*. Acta bioética versión on-line ISSN1726-569 v.6 n.1 Santiago jun. 2000. Disponible en <http://dx.doi.org/10.4067/S1726569X2000000100003>. Cita 14/6/2013.