

Fecha de recepción: oct./2012
Fecha de aceptación: enero/2013

SANTIAGO

Santiago(131) mayo-agosto

VARIADA INVENCION

Psicoterapia de orientación gestáltica en la atención a pacientes oncológicos en estadio terminal

Lic. Kirenia Verdecia-Montero^I

kiki@hospclin.scu.sld.cu

Lic. Joaquín Gómez-del Castillo^{II}

daliajoaquin@cees.uo.edu.cu

^IHospital General Juan Bruno Zayas.Santiago de Cuba, Cuba

^{II}Universidad Médica de Santiago de Cuba, Cuba

Resumen

Se presenta una experiencia de aplicación de psicoterapia de orientación gestáltica en pacientes oncológicos en estadio Terminal. No hay antecedentes de aplicación de esta terapia con este tipo de pacientes en nuestro país. Se presenta el proceso de atención a una paciente seleccionada entre los casos atendidos por los autores en el hospital Oncológico de Santiago de Cuba. Se aplica la Psicoterapia Gestalt, según sus reglas y procedimientos, conservando la opción de utilizar otros recursos terapéuticos en caso de ser beneficiosos. Se desarrolla la atención durante catorce encuentros y se logra la modificación de estados emocionales negativos vinculados a sensaciones y pensamientos perturbadores. Se logra también cambios en la forma de afrontamiento de la paciente, que le permiten vivir su enfermedad y la proximidad de la muerte en las mejores condiciones emocionales que le sea posible alcanzar.

Palabras clave. paciente oncológico, estadio terminal, muerte, psicoterapia, psicoterapia gestalt.

Abstract

An experience on the application of gestalt oriented psychotherapy to oncological, terminal patients according to their necessities of psychological attention is presented. We have not found antecedents of application of this therapy to this type of patient in our country. The process of attention to a female patient selected among the cases assisted by the authors in the Oncological hospital

389

Kirenia Verdecia Montero, págs. 389-402

of Santiago de Cuba is explained. The Gestalt Psychotherapy is developed respecting its rules and procedures, conserving the option of using other therapeutic resources in the event of being beneficial. The attention is developed during fourteen sessions, the modification of negative emotional conditions linked to disturbing sensations and thoughts is achieved. Changes in the patient's confrontation style allow her to live her illness and the vicinity of the death under the best emotional conditions that it was possible to reach.

Key words: oncological, patient, terminal stage, death, psychotherapy, gestalt psychotherapy.

Introducción

Los seres humanos somos conscientes del carácter finito de la propia vida. Al pensar la muerte y el proceso de morir le otorgamos significados que están determinados por la experiencia tenida por el deceso de otros y por la influencia de las ideas predominantes en el ámbito social. Cuando una persona percibe la realidad y cercanía del momento definitivo, la imagen subjetiva que ha creado desempeña un papel preponderante en la determinación del estado emocional con el que afrontará esta situación. El sentido atribuido al fallecimiento varía según el momento histórico y el contexto sociocultural, pues además ser este un hecho biológico, el sentido que se le da es una construcción social. Las concepciones y creencias en torno al fin de la vida son parte del proceso de socialización propio de cada cultura o grupo social; así, tanto el morir como la enfermedad se revisten de representaciones y prácticas en cada contexto socio-histórico. En nuestra sociedad se venera el bienestar, la salud, la juventud y la vida, y consecuentemente se evade el tema de la muerte, sobre todo en la comunicación con el moribundo, al cual generalmente se le ofrecen esperanzas irreales de curación en busca de evitarle el sufrimiento que puede ocasionarle la expectativa en torno al fin de su vida y al modo en que ocurrirá. Esta conducta tiene motivaciones humanitarias, pero se acompaña de dificultades como la imposibilidad del paciente de arreglar sus asuntos pendientes y el límite que impone a la expresión de sus sentimientos y emociones. En pocas palabras, no poseemos una cultura de preparación para bien morir.

390

Taboada (2008) refiere que el sufrimiento afecta todas las dimensiones de la vida y genera sentimientos de soledad provenientes de la dificultad de comunicarlo, y que este se

Kirenia Verdecia Montero, págs. 389-402

multiplica en los momentos finales de la vida porque a los sufrimientos físicos se suma el dolor espiritual.

En las décadas recientes, el desarrollo de la Tanatología ha venido a otorgar la justa importancia que tiene lo afectivo en torno al evento de morir, no solo para el paciente sino también para familiares, cuidadores y el personal del equipo de salud. En lo atinente a las enfermedades oncológicas, ha venido también desarrollándose la psicooncología, precisamente porque la evolución del cáncer es de carácter progresivo y en reconocimiento de los factores psíquicos presentes en el proceso.

La atención psicológica, y en particular la psicoterapia, se ha incorporado al conjunto de acciones destinadas al mejoramiento del estado emocional de los pacientes oncológicos, así como de otros casos en estadio terminal, con el consecuente mejoramiento de la calidad de vida durante el mismo.

En el mismo hospital donde realizamos este trabajo se han desarrollado experiencias con diferentes enfoques psicoterapéuticos, con resultados satisfactorios, como fueron los realizados por Padrón, Verdecia, Rodríguez y Álvarez desde 2008 hasta 2011. (Padrón, 2008)

La importancia de la atención psicológica a pacientes en estadio terminal aumenta en la misma medida en que se incrementa la incidencia de enfermedades de mal pronóstico.

La incidencia del cáncer a nivel mundial se ha incrementado en los últimos tiempos, según las expectativas de la OMS (Citado en López Jato, 2006), veinte millones de personas tendrán cáncer en el año 2020, de las cuales un 40-50% fallecerán por esa causa a pesar del progreso de los diferentes tratamientos.

Debido a la prioridad lógica de salvar o prolongar la vida, la atención al paciente oncológico se ha dirigido fundamentalmente a los aspectos biológicos. La Tanatología y la psicooncología han venido a complementar estos esfuerzos, dando énfasis a lo emocional, fundamentalmente cuando ya no es posible el tratamiento curativo y los pacientes son entregados a los cuidados paliativos.

El trabajo tanatológico, según refiere Polo Scott (2004), consiste en el estudio integral del moribundo y la muerte, específicamente de

las medidas para disminuir el dolor físico y psicológico del paciente Terminal,, sus familiares y otras personas implicadas en su proceso de enfermedad.

La finalidad de la tanatología también es apoyar al paciente y a su familia para pasar del supuesto en el cual tener una enfermedad crónica o terminal implica sufrir y como consecuencia morir, a una dimensión en la que, enfermar, en muchos casos, pasa a ser "vivir con la enfermedad" con mejor calidad de vida.(Polo Scott , 2006). Podemos considerar que el objetivo principal de esta disciplina es aliviar el dolor y la desesperanza ante la muerte, ayudar al hombre a morir con dignidad, aceptación y paz.

La psicoterapia ha venido a ser un recurso relevante dentro de los que se utilizan hoy para dar el mayor bienestar posible a los pacientes. Este *"es un método de trabajo con pacientes para ayudarlos a modificar, cambiar o reeducar factores que interfieren con la eficacia de su vida"* (Corsini, R. J. & Auerbach, A. J., 1996 p. 751). Comprende la interacción entre un terapeuta y un paciente para el alcance de tales metas. Las estrategias terapéuticas empleadas dependen de los síntomas presentes, así como de la teoría que siga el terapeuta.

Padrón (2008) refiere que la fase terminal de la enfermedad oncológica, al suponer el enfrentamiento del paciente con la inminencia de su propia muerte, es uno de los períodos de tiempo en el que se hace más importante la atención a los dilemas existenciales que se suscitan en el enfermo.

El trabajo que realizamos en el hospital oncológico Conrado Benítez de Santiago de Cuba se orienta a promover el bienestar emocional de los pacientes oncológicos en estadio terminal, en lo que sea posible alcanzar en cada caso. En el presente reporte presentamos el proceso de una paciente atendida mediante psicoterapia de orientación gestáltica.

392

Se toma la orientación de este modelo por su potencial capacidad para generar cambios, centrando la atención del paciente en el aquí y ahora, en el darse cuenta de la vivencia inmediata, en la responsabilidad individual, en la asimilación del cambio y en la transformación del significado que adquiera la situación, permitiéndole cerrar asuntos inconclusos.

La terapia Gestalt tiene uso internacional en el marco de la tanatología, y ha tenido mayor utilización en el manejo y resolución del duelo de los familiares que en el trabajo con el moribundo. Hasta el momento de realizar nuestro trabajo, la literatura disponible no había presentado su utilización con este tipo de pacientes en nuestro medio.

La intervención psicológica y psicoterapéutica exige contemplar el proceso de afrontamiento de la muerte desde la perspectiva del paciente. El trabajo con el caso terminal se debe llevar a cabo en el contexto de una relación individualizada, en la que prevalezca la concepción de sujeto como ser único, de forma que el terapeuta actúe con honestidad, empatía y flexibilidad.

La Psicoterapia Gestalt, escuela desarrollada a mediados del siglo xx, pertenece a la corriente humanista. Es un enfoque holístico, se dirige hacia la existencia total del individuo, e incluye el campo o ambiente que lo afecta y al cual, a su vez, afecta.

Las reglas o los principios establecidos en la práctica de la psicoterapia gestalt son:

- El aquí y ahora.
- La relación Yo-Tú.
- La propiedad del lenguaje y la conducta.
- El "no puedo" se cambia por "no quiero".
- El continuum del darse cuenta.
- Afirmaciones en lugar de preguntas.
- Atender al modo en que se atiende a los demás.
- No interpretar ni buscar "la causa real" de lo que el otro dice.
- Atender la propia experiencia física, así como a los cambios de postura y gestos de los demás.
- Aceptar el experimento y correr riesgos al participar en la discusión.
- Confidencialidad.

Esta terapia parte de buscar que el paciente entre a "darse cuenta" de lo que está viviendo en el momento presente. Consiste en entrar

en contacto en el lugar en que está o "aquí" y el momento en que se vive o "ahora". Esto implica hacer conciencia de lo que uno es, siente y percibe: en sí mismo, en su ambiente y en el mundo de la fantasía, las tres zonas del "darse cuenta".

Establece que el pasado existe e importa tan solo como parte de la realidad presente, así como la idea del futuro es también irreal. El presente, el pasado y el futuro se tratan en tanto vivencia actual. El "porqué" aleja del aquí y ahora, y nos guía hacia banales investigaciones de causas que desvían de lo que ocurre en realidad. Sustituyéndolo por el "cómo" se logra un entendimiento más profundo del proceso, de lo obvio, de la estructura. La esencia radica en vivir en el ahora tratando de darnos cuenta cómo lo hacemos.

Otro elemento esencial de la Psicoterapia Gestalt se refiere al ciclo de la experiencia o *Autorregulación Organísmica*, la cual se entiende como el proceso natural que ocurre en el individuo, con el fin de llegar a un equilibrio homeostático. Según indica Vásquez Olcese (2006), se inicia cuando el organismo, estando en reposo, siente emerger en sí alguna necesidad; el sujeto toma conciencia de ella e identifica en su espacio algún elemento u objeto que la satisface, vale decir, que dicho elemento se convierte en figura, destacando sobre los demás que son el fondo. Acto seguido, el organismo moviliza sus energías para alcanzar el objeto deseado hasta que entra en contacto con él, satisface la necesidad y vuelve a entrar en reposo nuevamente. Este proceso se produce en forma natural y autónoma, sin que la persona se dé cuenta e incluye o supone que una tarea o asunto ha sido cumplido y ha comenzado un cambio. En este se identifican diferentes fases: Reposo, sensación, darse cuenta, energización, acción y contacto. Se considera que el ciclo de la experiencia, dado en un contexto específico y significativo, constituye en sí mismo una gestalt, de manera que un ciclo interrumpido sería una gestalt inconclusa.

Existen en el organismo diversas necesidades, denominadas *gestalten*¹ —siguiendo el argot de la escuela Gestalt— que requieren ser satisfechas, estas se manifiestan a nivel biológico,

¹ *Gestalten*: Gestalt es un término alemán, sin traducción directa al castellano, pero que aproximadamente significa "forma", "totalidad", "configuración". La forma o configuración de cualquier cosa está compuesta de una «figura» y un "fondo".

psicológico o espiritual y se encuentran presentes en cada proceso o situación del individuo. Las necesidades no satisfechas forman *gestalten* incompletas, que demandan atención, y esto interfiere en otras nuevas. Todo asunto inconcluso habla de una necesidad no satisfecha; el individuo se siente obligado a repetir en su vida cotidiana lo que no logra concluir en forma satisfactoria (Perls, 1976 citado en Chávez de Sánchez, M. I. 2009).

Los psicólogos de la Gestalt plantean que cuando una tarea se interrumpe, esto produce un impacto emocional y su realización es aplazada quizás de manera inconsciente; en cambio, cuando es finalizada y completada, esto produce una satisfacción, un crecimiento y un rápido olvido. Cuando una experiencia no se puede olvidar ni resolver de manera satisfactoria, se torna en un "asunto inconcluso". Estas *gestalten* incompletas se relacionan con la insatisfacción de necesidades básicas (seguridad, autorrealización, reconocimiento, etcétera) que se van acumulando en emociones interrumpidas.

El objetivo principal de la Terapia Gestáltica es lograr la integración exitosa de los componentes de la personalidad en un todo saludable, su verdadera *gestalt*; y lograr la experimentación de lo presente, tanto en la fantasía como en la realidad, en base a actividades y experimentos vivenciales. La Gestalt proclama que no basta con conocer algo sino que es indispensable vivenciarlo. Se pretende que los participantes tomen conciencia de su cuerpo y de cada uno de sus sentidos, así como promover la responsabilidad individual. En este sentido, la Terapia Gestalt se ocupa de cerrar asuntos pendientes en el aquí y ahora existencial.

Según Polo Scott (2004) es un proceso psicoterapéutico que tiene como finalidad que el paciente descubra sus propios recursos, los potencie en el aquí y ahora, dándose cuenta de sus asuntos inconclusos y permitiendo cerrarlos, para ir del apoyo externo al autoapoyo.

La terapia consiste en analizar la estructura de la experiencia real, en el aquí y ahora de la situación presente, no tanto lo que se está experimentando, recordando, haciendo, diciendo, etc., sino cómo es recordado lo que se recuerda, o cómo se ha dicho, la expresión facial, el tono de voz, la sintaxis, la postura, el sentimiento, las omisiones, la atención o falta de atención que se tiene hacia la otra persona. Esto acrecienta el contacto, amplía la conciencia inmediata

o el darse cuenta de la vivencia en la relación del organismo con el entorno en el aquí y ahora de la situación real, y energiza el comportamiento, dando lugar a una gestalt fuerte, la cual es por sí misma curativa, porque constituye "la integración creativa del problema"(Vázquez Bandín, C. 2003). El propósito es restituir todas las funciones de la personalidad, previamente estropeadas, para que emerjan sus potencialidades inherentes.

Puesto que la Terapia Gestalt pretende que el paciente sea consciente de sí mismo y de sus recursos, se apoya en técnicas dirigidas a centrarlo en la vivencia de su experiencia inmediata y de sí mismo. Además, el entrenamiento activo de los sentidos en el "aquí y ahora" le permiten alejar las preocupaciones y malestares producidos por la enfermedad y la incertidumbre ante la idea de la muerte.

Con los casos atendidos se emplean los principios y las reglas de esta escuela como directriz principal durante toda la atención; aunque las reglas no son violadas, se admite utilizar recursos que no sean exclusivos de la Terapia Gestalt cuando estos fueran necesarios o provechosos según las características propias del paciente y su situación.

La atención de los casos se realiza de manera individual, en los espacios propios del hospital, según las características de los pacientes, de modo que los que se pueden movilizar se trasladan a lugares con privacidad y los encamados son atendidos en su sala. Las sesiones tienen duración variable, atendiendo al estado del paciente y a las condiciones dadas durante el desarrollo de las entrevistas, cada una de las cuales es grabada, previo consentimiento, utilizando los medios técnicos apropiados.

En cada caso se realiza una primera sesión para registrar los datos del paciente y hacer una exploración profunda de sus características personalógicas, historia personal, relaciones familiares y respuesta emocional ante la enfermedad. Esta entrevista permite establecer el plan general del proceso terapéutico con el caso.

396

Las siguientes sesiones cumplen dos objetivos fundamentales: El primero es la aplicación de técnicas de orientación gestáltica, destinadas a lograr mejorías sustanciales del estado emocional, y el segundo es el de continuar la profundización en la problemática del paciente.

Aplicación de la psicoterapia gestalt

Siguiendo las instrucciones de Perls, se busca que el paciente recupere el sentimiento de sí mismo, reentrenando activamente los sentidos. Esto se hace guiando al paciente a «darse cuenta» de sí mismo, de su ambiente y también de la existencia del mundo de sus fantasías.

Se trabaja a favor de que el paciente trate su pasado, presente y futuro tal y como se sienten en el momento actual. Cuando se hable de lo pasado o futuro se les trata como experiencias actuales. Esto es entrenar al paciente para vivir "aquí y ahora".

Las búsquedas de el "porqué" de las cosas se revierten hacia las descripciones de los hechos, es decir, del "como".

Durante una sesión se trata de identificar y facilitar lo que se llama en Terapia Gestalt el "Ciclo de la experiencia" de acuerdo con sus fases; además, el terapeuta intenta siempre identificar en cuál estrato se encuentra funcionando el paciente. Los estratos se clasifican de acuerdo con la teoría Gestalt como: *Falso* (lo que dejamos ver a los demás), *Como sí* (nuestro actuar "como sí" fuéramos esto o aquello), *Fóbico* (representa nuestros temores e inseguridades frente a nosotros mismos y los demás), *Implosivo* (todas nuestras energías sin usar), *Explosivo* (cuando las fuerzas estancadas se disparan hacia afuera en un arranque de autenticidad) y *Estrato del Self verdadero*, que se alcanza cuando la persona es capaz de vivir y sostener todo tipo de experiencias emocionales en el "aquí y ahora", lográndolo por sí mismo.

Durante el proceso terapéutico, algunos recursos se hacen como "juegos" destinados a encontrar los asuntos pendientes que tienen los pacientes, a fin de lograr que puedan, con apoyo del terapeuta, "cerrar las gestalt". Entre ellos se destacan la "silla vacía", la prescripción del síntoma y la exageración del síntoma.

Descripción del trabajo terapéutico

De 8 casos atendidos con este enfoque terapéutico, se presenta uno en el cual se pudo completar toda la atención prevista; el resto de los pacientes atendidos fueron baja a causa de muerte, agravamiento con deterioro mental, traslado o alta, imposibilitando la conclusión de la atención psicológica propuesta. El caso

397

Santiago(131)2013

presentado, con el seudónimo de Isel, es de sexo femenino, 45 años de edad, origen rural, técnico medio en química azucarera, en el momento de su atención ama de casa y criadora de animales domésticos, casada, madre de cinco hijos. Su religión es la pentecostal. Diagnóstico: Cáncer cérvico-uterino. Fase terminal.

La labor psicoterapéutica se llevó a cabo en 14 sesiones, con sus objetivos correspondientes de acuerdo con las necesidades de la paciente; se orientó de la siguiente manera:

Sesión 1: Establecimiento de rapport , logro de su aprobación, explorar datos generales de la paciente y su conocimiento del diagnóstico y pronóstico de la enfermedad. Análisis de su estado emocional.

Sesión 2: Conocer las creencias de la paciente y explorar su ideación en torno al riesgo de muerte. Abordar duelos significativos en la vida de la paciente y su manejo.

Sesión 3: Exploración y manejo de asuntos inconclusos.

Sesión 4: Entrenamiento activo de los sentidos. Educar en vivir el "aquí y ahora".

Sesión 5: Exploración y concientización del cuerpo para la reducción de malestares y preocupaciones.

Sesión 6: Exploración del contenido de sus sueños y trabajo con el mismo.

Sesión 7: Facilitar la conciencia de sí misma, guiando su atención fuera del mundo de las fantasías. Continuar explorando y dando provecho terapéutico a su experiencia onírica .

Sesión 8: Explorar y fomentar sus nuevas experiencias y logros obtenidos con la realización de los ejercicios empleados.

Sesión 9: Propiciar la resolución del duelo por la muerte de su padre. Asuntos inconclusos.

398

Sesión 10: Consolidar los logros obtenidos hasta esta sesión mediante el trabajo terapéutico e identificar nuevas necesidades de la paciente.

Sesión 11: Continuar el trabajo para el procesamiento del duelo, cerrando los asuntos inconclusos mediante la técnica de silla vacía.

Sesión 12: Trabajo con otros duelos y asuntos inconclusos.

Sesión 13: Explorar el estado emocional actual de la paciente. Concientizar logros. Conocer su funcionamiento afectivo y su nivel de satisfacción en el momento actual.

Sesión 14: Exploración de remanentes de culpabilidad, vergüenza o experiencias desagradables con una carga emocional aún sin procesar, mediante la técnica "Tengo un secreto". Manejo de los mismos.

A continuación, se describe sintéticamente el proceso terapéutico.

Desde la entrevista inicial la paciente nos permite detectar que a pesar de que ella se encuentra consciente de su diagnóstico y de su pronóstico fatal, cifra esperanzas de que un ciclo de radioterapia pueda dar lugar a que su tumor se haga operable y que la operación salve su vida. Suele mostrarse serena y controlada, pero durante nuestras conversaciones el llanto brota con frecuencia.

Se traba contacto con su ideación religiosa y encontramos que la doctrina de su iglesia es medular en su pensamiento, sentimientos y conducta. Su discurso se ajusta casi siempre al sistema de ideas propio de la denominación a la que pertenece.

Pudimos definir que está muy distante de tener un ajuste a la realidad inmediata que este sistema psicoterapéutico propugna. En primer lugar, interpreta los hechos de su vida como en este caso la enfermedad, desde ópticas que pertenecen a los estratos «falso» y "como sí". El primero, porque la fantasía y la irrealidad compiten ventajosamente con la realidad, como es el ejemplo de la expectativa de operación y la salvación de la vida; y el segundo, porque la autenticidad personal está circunscrita a límites doctrinarios procedentes de la enseñanza de los líderes de su iglesia.

El contenido del pensamiento versa sobre su enfermedad y su familia, y se dirige mucho a hechos pasados, menos a planes y expectativas hacia el futuro, y muy poco a sí misma. Tiene poca ansiedad y tristeza relacionadas con el hecho de morir, pero sí las tiene por el destino de las personas que ella quiere. Está volcada al mundo exterior y a los tiempos diferentes del presente real.

Se detecta un duelo sin resolver por la muerte de su padre, que estuvo acompañado de situaciones complejas en la familia. El efecto de ellas actúa negativamente sobre su estabilidad emocional; como recurso emplea la oración, pero la angustia perdura.

Santiago(131)2013

En la cuarta sesión terapéutica se comienza a lograr avances en la capacidad de la paciente de vivir su aquí y ahora. Inicia un tránsito del centro de su atención desde las otras personas hacia sí misma. Comienza a valorar más su situación actual de enfermedad, que identifica como lo que ahora es importante. Esto es un paso positivo, ya que luego se sigue la vía de llevarla de la atención a sus preocupaciones de enfermedad hacia la vivencia de su propia existencia en el presente. Al menos a nivel de pensamiento aparece la vía que se propone que siga la paciente hacia una existencia más auténtica en su situación actual. En esa misma sesión se comienza a promover su responsabilidad sobre su lenguaje y sus emociones.

En la quinta sesión se enfatiza en el insomnio, la hiperestesia y las parestesias. El aprendizaje de focalizar la atención en el cuerpo, recorriéndolo parte por parte, resultó muy valioso. No nos sentimos autorizados a declarar que la solución del insomnio y el alivio de las parestesias es producto únicamente de la terapia, pero la paciente obtuvo un bienestar que resultó satisfactorio desde el inicio de estos recursos. Este recorrido del cuerpo sirvió también como ayuda para centrarse en el presente y separarse de las sensaciones pasadas. Se puede observar que la paciente logra niveles satisfactorios de bienestar tan pronto deja de recordar los dolores y las molestias, y siente el bienestar del momento que vive.

Se practicó el entrenamiento de los sentidos en la percepción del sí mismo y el conducir a la paciente al «darse cuenta» de lo que está viviendo en el presente, mediante la toma de conciencia de lo que es, siente y percibe: en sí misma, en su ambiente y en el mundo de la fantasía. Los resultados obtenidos fueron muy positivos en el sentido de que se libró a la persona de la carga que representa dar lugar en la conciencia a lo mediato y lo inmediato, lo actual y no actual, así como lo real e irreal. Se pudo constatar el logro de cambios en su percepción de sí misma y sus molestias, lo cual le permitió sentir "proporciones" de bienestar aún en presencia de síntomas que antes dominaban su conciencia. El procedimiento de recorrer el cuerpo en busca de sensaciones y hacer consciente la vivencia del mismo fue provechoso y muy bien asimilado por la paciente.

También se trabajó el "vivir el aquí y ahora", tratando los contenidos del pasado, presente y futuro solo como vivencias actuales. Con

Kirenia Verdecia Montero, págs. 389-402

este procedimiento se redujo los sufrimientos de la persona en virtud de que aprendió a centrarse en el momento presente, lo que resultó ser, en este caso, un recurso valioso para soportar el dolor y las demás molestias propias de la enfermedad. En este sentido, Isel progresó lentamente pero con solidez, luchando contra la historia y actualidad de los problemas familiares y contra sus proyecciones al futuro. Su aprendizaje fue satisfactorio.

La evitación del lenguaje impersonal para fomentar la responsabilidad en el propio lenguaje y en las emociones también fue empleada, así como el "no buscar las causas reales de los hechos", se hizo notable la dificultad de estos procedimientos al enfrentarlos a los patrones habituales de pensamiento. No obstante, cuando se logró separar al pensamiento de la fantasía dirigida a tales causas, los resultados positivos fueron evidentes. La paciente respondió lentamente al trabajo con las "causas reales", por su apego al análisis de causas, especialmente en asuntos desagradables como las problemáticas familiares.

Se trabajó, además, los asuntos inconclusos, procurando, a través de determinados ejercicios y recursos, el cierre de ellos, reportándose resultados positivos. Este fue uno de los aspectos más útiles de la terapia, pues los pacientes cercanos a la muerte experimentan muchas angustias dependientes de lo que no ha podido llevar a término. La paciente Isel logra resolver, mediante los juegos terapéuticos, cuestiones pendientes que le producían mucha angustia, especialmente su conversación inconclusa con su padre moribundo.

No fue posible la aplicación y uso de todas las técnicas de terapia gestalt con esta paciente, ya que las condiciones de la enfermedad y del ambiente de trabajo establecen límites al uso de algunos tipos de diálogo, juegos y tipos de técnica. Fue más fácil el empleo de técnicas expresivas, un poco más arduas las supresivas, pero las de integración se hicieron mucho más difíciles.

Este caso tuvo progresos importantes mediante el uso de la terapia de orientación gestáltica. Fue posible cumplir todos los pasos previstos con logros ostensibles. Al momento de su traslado a su provincia, juzgamos que no se había agotado toda la potencialidad de esta modalidad de tratamiento, a pesar de lo cual se hizo evidente que la paciente logró transitar por esta etapa de su enfermedad y durante todo el tiempo en que la atendimos, a partir de recursos para aliviar la ansiedad, liberar emociones reprimidas,

aliviar sus episodios depresivos, e inclusive reducir su percepción subjetiva del dolor y los demás sufrimientos ocasionados por la enfermedad.

La utilización de los recursos terapéuticos gestálticos permitió movilizar y revelar aspectos de la personalidad a los que no se había tenido acceso en la exploración inicial. De este modo, el proceso de la terapia de orientación gestáltica resultó ser un descubrimiento continuo.

El deceso de la paciente ocurrió en su provincia de origen en condiciones de dignidad y aceptación.

Bibliografía

CORSINI, R. J. & A. J. AUERBACH. *Concise Encyclopedia of Psychology* (2nd ed): John Wiley and Sons. New York. 1996.

GÓMEZ-BATISTE y ROCA, SANZ. (citado en Bayés, R. y Barreto, M. 1990) Bayés, R. & Barreto, M. P. (1990). *El psicólogo ante el enfermo en situación terminal*. Anales de psicología, España.: Secretariado de Publicaciones e Intercambio Científico.

GRAU ABALO, J., M. CHACÓN, M. C. REYES MÉNDEZ, T. ROMERO PÉREZ, & cols. *Acciones de cuidados continuos al paciente oncológico*. Unidad Nacional de Control de Cáncer para propuestas al MINSAP

LÓPEZ JATO. C. Papel de la oncología en los cuidados paliativos. *VIII Reunión de la sociedad del Dolor. Congresos de la Sociedad Española del Dolor*. Extraído el 08 Enero, 2009 de www.sedolor.es/ponencia.php?id=718

PADRÓN, Z. *Atención psicológica a pacientes en fase terminal y sus familiares en el Hospital Oncológico Conrado Benítez*. Trabajo de Diploma para optar al título de Licenciado en Psicología, Departamento de Psicología, Universidad de Oriente, Santiago de Cuba.

Peñarrubia, P., Fritz, P., De Casso, P., Martín, Á., Buber, M. & Naranjo, C. (s.f.). *Terapia Gestalt: Reglas y Técnicas*. Instituto Ananda. Formación en Gestalt. Extraído el 08 Enero, 2009 de <http://gestalt.ac/fritz01/reglas.doc>

POLO SCOTT, M. A. *Tanatología y duelo con enfoque Gestalt y Humanista*. Ciudad de México: mc editores.

TABOADA, P. Hay que acompañar al enfermo terminal y ayudarle a aceptar la muerte. *Aceprensa*. Extraído el 5 junio, 2008 de <http://www.aceprensa.com>

VÁZQUEZ BANDÍN, C. Apuntes sobre Terapia Gestalt. *Revista «Figura-fondo»* Num. 13, 69-76. Extraído el 07 Enero, 2009 de <http://web.jet.es/mcruzge/GestaltCTP/articulo10.htm>

VÁSQUEZ OLCESE, C. *Psicoterapia Gestalt: conceptos, principios y técnicas*. Extraído el 08 Enero, 2009 de <http://www.psicologia-online.com/colaboradores/cvasquez/gestalt.shtm>