

Psicodinámica en la intervención del paciente terminal

"El temor a la muerte, señores, no es más que pensar que uno es sabio cuando no lo es; quien teme a la muerte se imagina conocer algo que no conoce. Nadie puede decir que la muerte no resulte ser una de las mayores bendiciones para un ser humano; y sin embargo, los hombres la temen como si supieran que es el mayor de los males".

SÓCRATES

La palabra compuesta "Enfermedad Terminal", generalmente está asociada con *Muerte*, hospitales, soledad, dolor, terror y oscuridad, pero ha sido nuestra cultura y dentro de la misma, nuestro grupo primario, quienes ante el miedo y el apego a su existencia, intentan fallidamente omitir o relegar su súbita y furtiva aparición.

Existen culturas, tribus, poblaciones y comunidades, en las cuales la experiencia de la muerte se vive y se maneja de diversas formas. Multiplicidad de rituales que se llevan a cabo al interior de las diferentes culturas frente a esta realidad, tienen un objetivo que va inherente a sus creencias: propiciar la secuencia de la vida de los sobrevivientes de una manera adaptativa, pese a la falta del ser significativo que se despide para siempre de un espacio en y con quienes se compartía. Pero es algo que se contempla de manera natural, por su aceptación como parte del ciclo que se debe cumplir y que para ellos, en dichas culturas, supone transformación.

Es necesario resaltar que no en todas las culturas pasa lo mismo; estamos en una sociedad en la que constantemente y de diversas maneras, retamos la muerte, enmascarando el miedo frente a una situación que es de orden natural, pero que nos frustra fácilmente por su amenaza, cuando intenta tocar a nuestros seres queridos. (Lo cómico es que el miedo es realmente a que nos toque a nosotros).

"Naturalmente, esta delicadeza nuestra no evita las muertes, pero cuando estas llegan nos sentimos siempre hondamente conmovidos y como defraudados en nuestras esperanzas". [1]

Para muchos de nosotros, la muerte es un acontecimiento extraño y terrible, por la connotación de tragedia que la cultura ha instaurado en nuestro psiquismo. Esta actitud podría ser tranquilamente definida como "*la negación cultural de la muerte*". No obstante, "Actualmente, muchos de nuestros esfuerzos por prolongar la vida o minimizar el dolor, ocasionan serios daños emocionales en todos los afectados. Lo más factible es, entonces, que nos quedemos con una pena sin resolver" [2]. Cabe señalar que muchas personas, temen a que la muerte les toque a su puerta y los encuentre totalmente solos, sin la compañía de seres queridos y sin los cuidados necesarios, en caso de padecer una enfermedad terminal. Adrede, las fantasías se hacen cada vez más tétricas, ya que el imaginario de los sujetos con el estrés que esta situación genera, les maximiza el dolor físico, lo que por ende, contribuye al surgimiento de la angustia psicológica.

Los seres humanos tenemos características individuales, y en la misma medida, nos enfrentamos de manera singular ante los diferentes problemas que se presentan. Lo que no se puede desconocer, es el malestar psicológico que se experimenta y se hace observable cuando nos enfrentamos a situaciones frustrantes como la *soledad*.

Generalmente, uno de los mecanismos de defensa que utilizamos los seres humanos frente al tema o amenaza de la muerte, es **la resistencia**, que se manifiesta a través de los esfuerzos que hacemos por adherirnos y aferrarnos a otros en la vida.

"Los patrones que seguimos en nuestras reacciones ante los acontecimientos críticos, se establecen a edad muy temprana, probablemente desde el nacimiento, y si no se llevan a un nivel consciente ni se alteran, permanecerán iguales en esencia" [3].

De acuerdo con O' Connor [4], dichos patrones son los que conocemos con el nombre de mecanismos de defensa, y constituyen los procedimientos de protección al YO, aunque en algunas ocasiones, son primitivos e implican el no reconocimiento y elaboración de algunas patologías.

Entre los mecanismos de defensa más conocidos se encuentran, la negación, la intelectualización, la simulación, la proyección, el desplazamiento, la fantasía, la represión, la disociación, entre otros. Cada uno de ellos se activa de acuerdo con la estructura de personalidad que el sujeto posea, y a partir de la fase de la enfermedad en la que se encuentre; todo esto, con respecto del conocimiento que ya tiene, de que en cualquier momento morirá. Desde esta perspectiva, la etapa del desarrollo evolutivo en la que se encuentre el individuo, cumple un papel fundamental, pues sugiere, en términos existenciales, la identificación de su posición frente a la vida y a su ser en el mundo.

"Las actitudes individuales hacia nuestra vida y muerte cambian con los años, lo cual a su vez

Bayron Darío Pardo

Estudiante de octavo nivel de Psicología
Universidad Cooperativa de Colombia



María de los guardias
1979

Grabado sobre metal
69 x 58.5 cm

María de la Paz Jaramillo

afecta la forma en que una persona manejará la noticia de su muerte" [5]. La psicología general debe sentar un precedente frente a este tipo de situaciones, manteniendo la claridad sobre la naturaleza humana, que es su objetivo primordial. Mirándolo así, cada corriente psicológica, partiendo de sus propuestas teóricas, analiza las posibilidades de adaptar adecuadas estrategias que permitan a los pacientes terminales, racionalizar su situación, bajar sus niveles de ansiedad y generar equilibrio emocional, siendo este último, el más importante de este proceso.

Al respecto, conviene recordar que la Psico-Oncología, es una disciplina que se dedica al cuidado psicosocial del paciente con enfermedad terminal; brinda soporte a su familia, e incluye el manejo de aspectos relativos al equipo de atención. Aclaro todo esto porque la relevancia (en términos de eficacia) de las técnicas y estrategias que se utilicen (sin importar a cual escuela psicológica se pertenezca), deben apuntar a la congruencia con el beneficio que en esta medida, requieren los pacientes, teniendo en cuenta que cada fase de la enfermedad aporta unas características psicológicas que determinarán las estrategias de intervención.

Dentro de este marco, ha de considerarse a la psicoterapia psicodinámica, como una de las estrategias de intervención terapéutica en la práctica de la Psico-Oncología, gracias a las posibilidades de su abordaje que incluyen técnicas psicoanalíticas exploratorias, de apoyo al YO y terapias de intervención en crisis, que son particularmente útiles para comprender las reacciones emocionales de los pacientes. Permiten clarificar, además, el inicio de los síntomas psicológicos como respuesta al diagnóstico, y ofrecen una perspectiva útil para comprender y resolver los conflictos que surgen en la relación Médico-Paciente .

El modelo de las relaciones objetales, nos perfila hacia la identificación de la amenaza de pérdida objetal, funciones Yoicas e integridad del Self. Supone, además, la necesidad de un abordaje empático, tanto con el paciente, como con su familia y el equipo de atención. Es prudente advertir que para dar inicio al proceso psicoterapéutico, se deben tener claros los objetivos o expectativas del paciente, con el fin de articularlos con el tratamiento Psico-Oncológico. Mas no se trata de llegar con un arsenal de técnicas, que podrían no servir, si no se tiene claro que cada paciente, desde su subjetividad, percibe el mundo de manera diferente de los demás.

Las psicoterapias orientadas al Insight, están más estrechamente relacionadas al Psicoanálisis. Si el paciente ha considerado adecuado seguir este procedimiento, el objetivo primordial es la afirmación acerca de la vida que ha llevado, facilitando el abordaje de asuntos incompletos en relación a miembros de la familia o parientes cercanos. Una vez hecho el Insight, el paciente tendrá la posibilidad de expresar sus sentimientos abiertamente, y con la ayuda del terapeuta, los sentimientos podrán ser redirigidos y canalizados en acciones más positivas, conservando el trabajo activo, aunque en este caso, en una posición de neutralidad.

Se trata, desde luego, de comprender que el tiempo de trabajo, que es relativamente corto, debe ser hábilmente aprovechado por el terapeuta, focalizando los elementos comunes incluidos en el conflicto central, según se presenten en la situación vital del paciente, en la historia familiar pasada y en la transferencia. La terapia de apoyo al YO, permite mejorar el ajuste mental a la enfermedad, induciendo al paciente a un espíritu de lucha positivo, como un ser netamente individual. Se promueve un sentido de control personal sobre la propia vida, incluyendo la participación activa en el tratamiento de su enfermedad y facilitando la comunicación entre el paciente y su familia.

En condiciones normales, se considera que los pacientes no padecen una enfermedad psiquiátrica, sino que, por el contrario, son individuos normales psicológicamente, aunque vulnerables, que se han visto sobrepasados por el impacto de la enfermedad. La focalización en este tipo de terapia se hace sobre problemas específicos, definidos conjuntamente entre paciente y terapeuta. La psicoterapia es estructurada brevemente.

En teoría, su mayor contribución, está dirigida al reconocimiento y distinción entre estímulos internos y estímulos externos; a la exactitud de la percepción, inherente a la ubicación en tiempo, lugar e interpretación de acontecimientos externos, y a la disposición psicológica y conciencia de los estándares internos, permitiendo así consolidar una adecuada prueba de realidad.

Cabe agregar, además, la identificación del grado en que los componentes defensivos afectan adaptativa o inadaptativamente a la ideación y la conducta, y la medida en que las funciones defensivas van teniendo éxito o van fracasando (que se explica como el grado de surgimiento de ansiedad, depresión u otros afectos disfóricos, que indiquen debilidad de las operaciones defensivas).

Una de las adaptaciones que considero oportuno mencionar aquí, es la importancia de la clarificación de pensamientos negativos, buscando abordar lo que se llama en psicología cognitiva, pensamientos dicotómicos, dirigiendo al paciente para que describa aquello que, al procesar, le genera malestar, y se de cuenta de la gravedad del problema o de la posibilidad de hacerlo más manejable. No cabe duda de que la perturbación narcisista, se hace notar como riesgo de fragmentación, pérdida de vitalidad y disminución del valor del Yo.

De acuerdo con Martín Villanueva [6], el decir 'Yo soy Yo', el poder tomar conciencia de la propia existencia, lleva implícitamente una serie de consecuencias que son el núcleo del conflicto existencial del ser humano. Implica tener que enfrentarse con la propia fragilidad, desamparo y mortalidad; implica verse forzado a reconocer la realidad; implica confrontar la responsabilidad y la libertad de la propia existencia. Cuando un ser dice 'Yo soy Yo', se ve forzado a reconocerse.

No es de olvidar que cualquiera que contemple la posibilidad de conducir una psicoterapia dinámica en un paciente con enfermedad terminal, debe tener alguna familiaridad con las fases de la misma, y los retos que representan para el paciente y para el equipo de apoyo; por tanto, la naturaleza cambiante de la enfermedad con el diagnóstico, la terapia, las remisiones, las recurrencias, y las fases de la misma, requieren que el psicólogo sea flexible en su abordaje.

Dentro del marco de habilidades que debe tener el Psicoterapeuta, está la evaluación de las defensas, en el sentido relacionado con la capacidad de afrontamiento que tenga el paciente, tanto con su enfermedad como con su tratamiento; además, deben ser evaluadas en términos de si son adaptativas y promueven la capacidad de afrontamiento opcional, así como el cumplimiento del tratamiento, o si no lo son.

El modelo de intervención en crisis busca como finalidad, el adiestramiento y/o potenciación en el paciente de sus recursos personales, tanto para ponerlo en práctica con él mismo, como con su familia; además, el entrenamiento en el manejo de reacciones desadaptativas. Las crisis incluyen desesperanza, depresión, ansiedad y baja autoestima. El reconocimiento de la importancia de la relación empática, y del manejo adecuado de la transferencia y la contratransferencia, así como la supervisión y el apoyo de su familia y equipo de trabajo, contribuyen a incrementar su confianza.

Quizá deba señalar una característica muy particular de la intervención psicodinámica, que se exige en este tipo de trabajos. Se trata de la modificación en el manejo del tiempo, que simboliza la angustia de separación, del espacio, de la percepción y de la identidad del enfermo. La confrontación que experimenta el enfermo en su íntimo sentido de ser y hacer, provoca una sensación de amenaza básica de la integridad narcisista, que se traduce en la inconformidad por la pérdida de habilidades para llevar a cabo actividades que antes realizaba, ya que el paciente cree que su valor como persona está relacionado con su productividad. Esto produce una sensación de pérdida de control que se agudiza con el miedo a la muerte, experimentado y percibido como la última pérdida, lo cual incrementa la angustia y la sensación de aislamiento, al tiempo que conduce a una suerte de auto-confrontación en torno a cómo se vivió la vida.

El modelo de intervención en crisis intenta aliviar los síntomas y estabilizar la crisis mediante la revisión de eventos recientes, permitiendo la catarsis y manipulando el ambiente en beneficio del enfermo. La intervención sugiere que después de bajar los niveles de ansiedad y angustia, entre paciente y terapeuta se clarifiquen metas y, al mismo tiempo, se diseñen planes para ejecutarlas. El trabajo consiste en evaluar las condiciones en que se encuentra, conduciéndolo al darse cuenta de la realidad a la que está sometido actualmente.

A través de su principio de realidad, se esperan analizar los pasos que se deben seguir en torno al logro de lo propuesto. Una adaptación a este modelo, que considero indispensable, es la aplicación de un método conductual: el entrenamiento en relajación, que apunta al beneficio de los pacientes que pueden presentar una ansiedad aguda intensa y que les puede, en algún momento, obstaculizar la terapia.

En el caso del modelo de las relaciones objetales, su utilidad radica en comprender la amenaza de la pérdida objetal y la relación entre el cuidador y el paciente. El objetivo está dirigido al tratamiento y asesoría de la familia del enfermo terminal, para dotarlos de estrategias de afrontamiento frente al miedo por el abandono que éste y ellos experimentan.

Mediante la comprensión de la actitud del enfermo, en esta categoría surgen los planes para adoptar técnicas de expresión emocional, entrenamiento de técnicas de apoyo para su cuidado emocional, delegar el rol de coterapeuta al cuidador primario (madre o pareja), ayudando a que tomen decisiones, a recuperar y mantener la autoestima, el autocontrol, y estimulando y participando en actividades comunes que mantenga una abierta comunicación.

Acaece, no obstante, que la angustia de separación refleja la consolidación de la conducta de apego hacia una figura específica, y el dolor ante la pérdida de esta figura; la reacción más temprana de perplejidad y la subsecuente separación de la conducta de apego, sugieren que el potencial integrativo de la persona esté siendo forzado a través de su capacidad de arreglárselas sin un déficit estructural residual.

Conviene, sin embargo, advertir que en la psicoterapia se considera apropiado incluir a la pareja o cuidadores en alguna o en todas las sesiones. De igual manera, pueden estructurarse grupos orientados exclusivamente para las familias, con el ánimo de contrarrestar la angustia que acompaña la conciencia de separatividad del objeto y la indefensión de sí mismo.

La psicoterapia dinámica y la psicoterapia orientada al Insight, pueden tener que dar paso a la intervención en crisis y a la terapia de apoyo (temporal o permanentemente, de acuerdo a la condición médica del paciente); considerando que pacientes que al inicio necesitaron de una intervención en crisis o terapia de apoyo, pueden más tarde requerir una psicoterapia más intensiva.

Quiero concluir este ensayo, considerando la fase de cuidados paliativos como la más difícil, ya que constituye un trabajo que genera altos grados de estrés, por lo que implica la culminación del tratamiento activo y en el que el paciente terminal deberá continuar sabiendo que su tiempo es limitado.

Si se toma como punto de partida la preparación con la familia antes del fallecimiento del paciente, el proceso del duelo, sin negar el dolor que supone la muerte de una persona significativa, será mucho más manejable, gracias al entrenamiento previo y a la expresión de sentimientos que por ende han permitido un desahogo emocional.

[1] FREUD, Sigmund: El Malestar en la Cultura, 1930. Pág 112

[2] O'CONNOR, Nancy: Déjalos ir con Amor. Pág 11

[3] Ibid. Pág 110

[4] Ibid. Pág 110

[5] Ibid Pág 110

[6] VILLANUEVA, Martín A; Hacia un Modelo Integral de la Personalidad, Manual Moderno, Capítulo 2. 1985. Pág 16.

BIBLIOGRAFÍA

FREUD, Sigmund; El Malestar en la cultura, 1930. 239 Páginas.

O'CONNOR, Nancy; Déjalos ir con Amor. Sin año, ni editorial. 166 Páginas.

VILLANUEVA; Martín A. Hacia un Modelo Integral de la Personalidad; Manual Moderno; 1985, 239 Páginas.

[INICIO](#) | [PRESENTACIÓN](#) | [EVENTOS](#) | [SITIOS RECOMENDADOS](#) | [STAFF](#) | [CONTÁCTENOS](#) | [CORREO](#) | [FUNLAM](#)

© 2005