

Abordaje psicoterapéutico en pacientes con cáncer de mama

Mtra. Psic. Ivonne Rosario Juárez,* Dr. José de Jesús Almanza Muñoz *,**

* Maestra en Psicoterapia General, Clínica de Psiquiatría de Enlace y Psico-Oncología ABC (CLIEP-ABC), del Centro Médico ABC Campus Observatorio.

** Coordinador CLIEP-ABC, Centro de Cáncer ABC, Centro Neurológico ABC, o Clínica de Psiquiatría de Enlace y Psico-Oncología ABC Centro de Cáncer ABC y Centro Neurológico ABC, Centro Médico ABC

RESUMEN

La presencia del cáncer de mama conlleva un impacto psicológico significativo que condiciona reacciones emocionales y sintomatología psiquiátrica diversa, que ocurre a partir de la sospecha de cáncer y a través del proceso diagnóstico y terapéutico. El abordaje psicoterapéutico es una estrategia indispensable que en su vertiente psico-educativa contribuye a disminuir el estrés psicosocial y a prevenir la progresión hacia alguna condición psicopatológica; mientras que en su vertiente terapéutica contribuye al manejo integral de condiciones clínicas de ansiedad, depresión, estrés postraumático, insomnio y síntomas secundarios a la quimioterapia o a la interrupción artificial de la menopausia. Por otra parte, los aspectos relativos a la dimensión espiritual y los asuntos del final de la vida son susceptibles de atención clínica mediante psicoterapia. Este trabajo describe los elementos básicos de la psicoterapia aplicada al campo de la oncología y en particular a las pacientes con cáncer de mama, señalando las distintas modalidades y su aplicación en las distintas fases de la enfermedad oncológica.

Palabras clave: Cáncer de mama, apoyo psicoterapéutico, síndromes de estrés.

INTRODUCCIÓN

La presencia de cáncer de mama es un evento percibido como catastrófico que conlleva un impacto psicológico significativo^{1,2} asociado aún, a la idea de muerte, a la potencial discapacidad, al miedo al desfiguro físico, el temor de la dependencia y el aislamiento resultante de la disrupción de la relación con otros. Las pacientes, en

Psychotherapeutic approach for patients with breast cancer

ABSTRACT

The presence of breast cancer brings a significative psychological impact which causes emotional reactions as well as diverse psychiatric symptomatology that happened since the suspect of cancer and thorough the diagnostic and therapeutic process. Psychotherapeutic approach is a nondispensable strategy which in its psychoeducational vertient contributes to diminish psychosocial distress an to prevent their progression to any psychopathological condition; whereas in its therapeutic vertient contributes to the integral management of clinical conditions of anxiety, depression, posttraumatic stress, insomnia and resulting symptoms from chemotherapy or to the artificial interruption of menopause. On the other hand issues related to spiritual dimension as well as ending life issues is susceptible of clinical attention thru psychotherapy. This work describes the basic elements of applied psychotherapy to the oncology field and in particular to the breast cancer patients, outlining the different modalities and its application as needed into the phases of the oncological disease.

Key words: Breast cancer, psychotherapeutic support, distress syndromes.

general cursan por un proceso de duelo o pérdida, de carácter universal que conlleva según Kubler Ross,³ cinco fases:

1. Negación.
2. Enojo-ira.
3. Regateo.
4. Depresión.
5. Aceptación.

Para fines operativos de atención clínica, se resumen en tres fases: Fase I, Negación; Fase II, Confusión y disforia; y Fase III, Adaptación.

- **Fase I, de Negación.** Se caracteriza por resistencia a creer que la noticia es cierta y por un sentimiento de anestesia emocional.
- **Fase II, de Confusión.** Se caracteriza por agitación emocional y disforia.
- **Fase III, Adaptación.** En la cual existe ansiedad, depresión, insomnio y falta de apetito, lo cual progresará a la aceptación y concluye con la adaptación a largo plazo.

El proceso emocional generado por la presencia de cáncer, conlleva un mecanismo de reconstitución psíquico que le permite a la paciente conformar una respuesta a los desafíos orgánicos, cognitivos, sociales y emocionales a los cuales se ve enfrentada a partir de ese momento y se denomina proceso de adaptación, mismo que se conceptúa como: "el despliegue de pensamientos, comportamientos y acciones orientadas a la reorganización y ajuste de las diversas situaciones vitales, modificadas, moduladas o perturbadas por la aparición del cáncer". Dicho proceso es favorecido por la comunicación adecuada del diagnóstico de cáncer, por el adecuado acceso a recursos de atención médica, por la existencia de recursos individuales internos de madurez, y por contar con una red de apoyo socio-familiar sólida, además de contar con información realista y confiable sobre el cáncer. De no ser así, el nivel de estrés es elevado, y progresará en algunos casos progresan a distintos trastornos clínicos psiquiátricos de adaptación, ansiedad, depresión, y estrés postraumático, entre otros.⁴

ASPECTOS ELEMENTALES DE LA PSICOTERAPIA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS

La psicoterapia como un proceso de diálogo, para el cual no existe contraindicación alguna, ha tenido aplicación en pacientes físicamente enfermos conforme a diversos reportes,⁵⁻⁹ todo lo cual se implementa bajo la perspectiva de la medicina psicosomática y de la psicooncología.¹ A ese respecto, se ha documentado^{9,10} que la expresión emocional, el apoyo social, los bajos niveles de estrés emocional, y una actitud de lucha y optimismo, tienden a estar asociados con una sobrevida más prolongada. El clínico que haga psicoterapia en oncología, debe tener conocimientos básicos sobre la biología del cáncer, de tal forma que esté en condiciones de comprender

la complejidad y el impacto del padecimiento y del tratamiento, todo lo cual sustentara la actitud terapéutica idónea que contribuirá al desarrollo del diálogo terapéutico a lo largo de las distintas fases y etapas del proceso oncológico.^{4,9,11,12}

Como bases elementales para la práctica psicoterapéutica en cáncer, Straker,¹¹ señala: un abordaje flexible; el uso del sentido común al abordar las defensas; la sensibilidad para postergar las interpretaciones; el enfoque del estado sintomático, así como a los aspectos básicos de calidad de vida; la flexibilidad del encuadre en términos de espacio y tiempo. El estado clínico determinara el setting de atención, que frecuentemente será el hospital con una privacidad relativa. Del mismo modo el tiempo está determinado por los procesos múltiples que tienen lugar en el entorno clínico, por ello, la presencia física de un terapeuta que acompaña a los pacientes en ciertos momentos y procedimientos médicos, tiene un extraordinario valor terapéutico, a lo cual se debe sumar el contacto propositivo y específico con la familia y con el equipo médico oncológico.^{11,12}

El foco de la terapia es el presente y se recomienda el abordaje directo, pero no amenazante de los temas de separación, cambios de estilo de vida y sentimiento de pérdida, sin olvidar que las defensas psicológicas que se despliegan a veces casi con ferocia, son mecanismos de coping hacia el sufrimiento presente y no tanto barreras emocionales o resistencias al proceso, por lo que su manejo debe ser de flexibilidad y de apoyo para favorecer un control sintomático de la angustia, el temor, la rabia, la depresión y la coexistencia de diversos síntomas físicos secundarios al cáncer o a alguna modalidad de tratamiento. Por último, menciona Straker que los terapeutas deben trabajar con profundidad, seriedad y constancia los elementos de transferencia y contratransferencia, sin olvidar que la transferencia está dividida hacia la institución, el equipo médico (doctores, enfermeras, técnicos, etc.) y hacia el terapeuta. La contratransferencia debe analizarse y es muy recomendable contar con estrategias para su revisión, mediante supervisión de pares, participación en grupos Balint, o supervisión formal, presencial o a distancia, sobre todo, en el caso de terapeutas en formación o con experiencia limitada.^{4,11,12}

LA INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA EN CÁNCER DE MAMA

Son múltiples y diversas las modalidades de psicoterapia que han mostrado utilidad y

beneficio en las pacientes con cáncer de mamá. Se describen a continuación; la intervención psicoeducativa; la intervención en crisis; la psicoterapia psicodinámica; la psicoterapia cognitivo-conductual; la terapia psicológica adyuvante; y la psicoterapia de grupo y de familia, entre otras.

Intervención psico-educativa

Se recomienda en términos generales para todos los pacientes en la fase inicial de la enfermedad, pues disminuyen el estrés y la ansiedad ante la sospecha y/o la confirmación del diagnóstico de cáncer. Su carácter es informativo y educacional.⁴ La duración estándar es de 30 a 90 minutos, y proporciona a la paciente un espacio para efectuar preguntas relacionadas con la sospecha de cáncer, las expectativas o fantasías existentes respecto al diagnóstico, la exploración de mitos o ideas distorsionadas respecto al cáncer y a recibir información básica y general sobre los tratamientos y los recursos existentes para apoyar la lucha contra el cáncer. La información no debe ser exhaustiva, sino general, pues no deben olvidarse que muchas veces, las pacientes están en fase de estudio, pendientes de la confirmación del diagnóstico.⁹

La intervención puede limitarse a una sola sesión, sin embargo, algunas pacientes, sobre todo, aquéllas con rasgos de personalidad obsesiva suelen pedir una sesión adicional. La duración estándar es de tres sesiones psicoeducativas, sin embargo, no es un parámetro rígido, sino flexible y ocasionalmente puede ampliarse a 4, 5 o 6, conforme con la necesidad y motivación, así como de la existencia otra sintomatología o de otros conflictos prevalentes. Del resultado final se deriva el cierre o, en su caso la recomendación para una intervención de mayor duración y profundidad.

La intervención psicoeducativa puede ser proporcionada por Psico-oncólogos (psiquiatras o psicólogos clínicos), así como por enfermeras oncológicas y generales, y trabajadoras sociales, con capacitación básica en psico-oncología. El enfoque teórico lo da el marco conceptual de la Psiquiatría de Enlace o Medicina Psicosomática y la psico-oncología, por lo cual, aun cuando se trata de una intervención básica a nivel de orientación y educación ocurre en el marco de la atención a la salud y requiere del "Enlace" apropiado con el equipo de salud y con la familia de la paciente.^{4,9,13}

Intervención en crisis

Fue diseñada para el abordaje de situaciones de crisis, lo cual es detectado en oncología cuando el nivel de estrés psicosocial es de 6 a 10 de acuerdo con el Termómetro de Estrés,¹⁴ pues suelen presentarse síntomas adicionales de ansiedad, tristeza, desesperanza u obsesividad, que revelan un estado franco de crisis emocionales, que hacen necesaria una intervención en crisis, modalidad de tratamiento que busca proporcionar a dichos pacientes un apoyo inmediato, eficaz y enfocado a los estresores identificados, dentro de los cuales pueden encontrarse otros elementos además del diagnóstico de cáncer.

La teoría de la crisis, conforme Slakeu (1996),¹⁵ parte de conceptualizar la "CRISIS" como un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por una incapacidad del sujeto para manejar situaciones particulares, utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y obtener un resultado radicalmente positivo o negativo. Una crisis es también un momento en la vida de un individuo, en el cual debe enfrentar, de manera impostergable, una situación de conflicto de diversa etiología, la cual es incapaz de resolver con sus mecanismos habituales de solución de problemas, debido a que el sujeto presenta una pérdida de control emocional, se siente incapaz e ineficaz y está bajo la presión del tiempo para resolver el conflicto.

El papel de los Primeros Auxilios Psicológicos (PAPs): La aparición de cáncer, al igual que otras enfermedades potencialmente portales, graves, crónicas o incapacitantes, coloca a la mayoría de las personas en una situación genuina de crisis que exigirá de ellas un proceso de adaptación, mismo que se puede favorecer mediante la intervención apropiada, que incluye proporcionar a las pacientes los denominados Primeros Auxilios Psicológicos (PAPs), que consisten en cinco componentes, que ayudaran al paciente a responderse un sinnúmero de preguntas que se arremolinan en su mente y que reflejan el grado de angustia e impacto de la posibilidad de cáncer, a saber: ¿voy a morir?, ¿voy a perder o voy a conservar mi mama?, ¿voy a seguir siendo sexualmente atractiva?, ¿va ser mi familia capaz de soportar esta situación?, ¿me va apoyar mi pareja durante este proceso de enfermedad?, ¿cuáles van a ser las secuelas que los tratamientos médicos van a producir en mi cuerpo y en mi estado de ánimo?, ¿qué implicancias económicas va tener para mi familia mi enfermedad?, ¿cómo le explico a mis seres queridos lo que me ocurre?,

¿me están diciendo la verdad o me están ocultando algo?, ¿estoy en manos de un equipo médico competente?, ¿por qué enfermé?, etc.^{9,14}

Los PAPs se materializan conforme a un esquema de cinco componentes que incluyen:

- Realización del contacto psicológico.
- Analizar las dimensiones del problema.
- Sondar las posibles soluciones.
- Asistir en la ejecución de pasos concretos.
- Seguimiento para verificar el progreso.

Tal esquema no es rígido, pues la clínica oncológica requiere flexibilidad y un amplio sentido humano.¹⁴

- **Realización de contacto psicológico:** Conlleva un proceso de empatía o “sintonización” con sus sentimientos durante la crisis, que podrá ser sobre la sospecha o confirmación del diagnóstico, o bien sobre la existencia de una recaída o el viraje del tratamiento de un enfoque curativo a uno paliativo. La herramienta fundamental es la escucha activa y la tarea primaria es explorar como la persona percibe y experimenta su situación y como la entiende.
- **Ánalisis de las dimensiones del problema:** Se enfoca a tres áreas: pasado inmediato, presente y futuro inmediato. El pasado inmediato remite a los acontecimientos que condujeron al estado de crisis, frecuentemente el diagnóstico de cáncer, la recaída o alguna complicación del tratamiento. La indagación acerca de la situación presente implica las preguntas de “quién, qué, dónde, cuándo, cómo”; se requiere saber quién está implicado, qué pasó, cuándo, etc.
- **Sondar las posibles soluciones:** Considera el futuro inmediato y las eventuales dificultades que para la persona y su familia significa el cáncer y lo que conlleva, de modo que se identifique un rango de soluciones alternativas tanto para las necesidades inmediatas como para las que pueden dejarse para después, identificadas de manera previa. De este modo, se ayuda a la persona a visualizar que frente a la aparición del cáncer existen diversos recursos internos y externos que ayudan a enfrentar un problema y que éste no es en todo caso insoluble ni imposible de afrontar.¹⁴
- **Asistencia en la ejecución de los pasos concretos:** El terapeuta, asimismo, debe asistir en la ejecución de pasos concretos, de modo que se oriente al paciente respecto al seguimiento de las indicaciones oncológicas en tér-

minos de estudios adicionales, procedimientos terapéuticos, etc. Ello supone apoyar para el siguiente paso y dar así continuidad al proceso de atención, facilitando o dirigiendo al paciente conforme el impacto menor o mayor de la crisis.

- **Seguimiento para verificar el progreso:** Esta medida garantiza de algún modo que el paciente queda conectado entre esta intervención y el próximo paso dentro del proceso de atención, lo cual será verificado por el terapeuta, quien a su vez obtendrá retroalimentación y podrá evaluar el logro de las metas de la intervención y verificar la eficacia de los enlaces de apoyo.^{4,9,14} Se recomienda esta intervención en las fases iniciales de la enfermedad y a lo largo del tratamiento cuando surgen complicaciones, recidivas o hay progresión del enfoque curativo al paliativo.

A la implementación de un abordaje de crisis, generalmente prosigue la atención definitiva dentro del sistema de salud, ello conlleva por regla general un proceso de psicoterapia ulterior que da continuidad al apoyo inicial. En seguida se describen modalidades específicas de psicoterapia, aplicables en las distintas fases del proceso de atención de las pacientes con cáncer de mama.

Psicoterapia psicodinámica

Es una modalidad cuyo enfoque flexible y adaptable diferentes entornos resulta muy útil en el ámbito clínico, pues permite un gran dinamismo en cuanto al tiempo de trabajo, los distintos escenarios que el cáncer impone, con la posibilidad de buscar el enfoque en la problemática más prevalente conforme al proceso de atención oncológica, sin dejar de observar y anotar elementos psicodinámicos relevantes para abordarlos en forma inmediata o en sesiones ulteriores. Bellak¹⁶ ha recomendado el esquema básico de cinco sesiones exploratorias y una adicional de seguimiento (presencial o telefónica), para una intervención global de seis sesiones en las cuales se abordan elementos específicos que permiten la profundización en el conflicto y anuncian oportunamente la independencia del paciente para continuar por su cuenta el afrontamiento de su condición clínica y existencial. Este modelo es suficientemente flexible para que no obstante haber completado las seis sesiones estándar, es posible, en el mejor beneficio del paciente, programarse una o dos sesiones adicionales, de manera que se privilegie la esta-

bilidad clínica sobre la ortodoxia técnica (Bellak, 1980).¹⁶

Algunos pacientes que han progresado en su proceso de adaptación, pueden beneficiarse de un curso psicoterapéutico de duración media, que contempla un total de 12, 20 y hasta 30 sesiones, o bien, psicoterapia de duración media, sin límite definido, pero si dejan claro que no se trata de psicoterapia prolongada o de largo plazo. Este enfoque breve, pero flexible, permite encuadrar un marco temporal que coadyuva, anima e impulsa al paciente a precisar determinados objetivos que van cubriendose a lo largo de la intervención.

El objetivo de la psicoterapia breve es disminuir el distrés psicosocial, contribuir a que las pacientes recobren la funcionalidad, y reasuman el control de su vida, incorporando las distintas acciones médicas que su nuevo estado de enfermedad exige, con el menor sufrimiento posible o mejor aún sin ningún sufrimiento. Este abordaje retoma las preguntas enunciadas en la fase anterior, aunque ya bajo la nueva condición de haberse confirmado el diagnóstico. Una de las primeras tareas será justamente revisar los elementos vinculados al momento de recibir la mala noticia, la forma en que ésta se proporcionó y particularmente detectar aquellos elementos que puedan dar al proceso un matiz traumático.

El trabajo terapéutico debe considerar el complejo y múltiple significado de un órgano como lo es la mama, con proyecciones físicas, cultural, psicológica, sexuales, afectivas y maternas entrelazadas, razón por la cual el diagnóstico de cáncer y las implicaciones potenciales pueden devastar la integración de una mujer, quien vivirá el diagnóstico, el tratamiento y las secuelas del cáncer de mama de una manera singularmente delicada. Las modificaciones de la morfología y por ende de la simetría corporal son percibidas como una deformidad y el impacto de cambios pequeños, como cicatrices o pequeñas imperfecciones pueden llegar a tener una interpretación psicológica de gran magnitud, pues a la percepción individual, se agrega el reflejo de la nueva condición hacia el círculo de intimidad con la pareja y hacia el círculo de convivencia con el grupo social. Indudablemente el impacto en la sexualidad tendrá lugar y matizes distintos conforme a la situación de la mujer, pudiendo afectar la continuidad en el desarrollo de sus relaciones de pareja, o bien inhibiendo aún más la búsqueda de relaciones, en aquellos casos en que ello era ya un problema identificado. El impacto resulta de mayor envergadura en mujeres jóvenes sin parejas estables

o en aquellas que mantienen relaciones que eran conflictivas premórbidamente (De Trill, 2003).¹⁷ Está indicada a todo lo largo del proceso, es recomendable incorporar elementos psicodinámicos en las diversas fases de la enfermedad, siempre como un marco conceptual que permita al terapeuta comprender el mecanismo psicodinámico y guiar su intervención, aunque la aplicación en términos de interpretación y clarificación debe ser cuidadosa a fin de efectuarlas con adecuado timing dentro del proceso de atención. Asimismo, los elementos psicodinámicos amplían y sinergizan los esfuerzos terapéuticos que se realizan con las otras técnicas psicoterapéuticas.

Psicoterapia cognitivo conductual

Fundamentalmente indicada a lo largo del proceso de tratamiento, el abordaje cognitivo pone más énfasis en el intelecto que en la afectividad. Es de utilidad para combatir pautas de pensamiento depresivas, autocondenatorias, culpigenas, de desesperanza o de autocompasión. Frente a ello, se busca modificar el sistema de razonamiento empleando la autoobservación, la automonitorización y la recapacitación. Es importante que el terapeuta conozca de manera amplia y profunda a su paciente, sus creencias, su extracción cultural y el significado que atribuye a su enfermedad oncológica, así como su sistema de espiritualidad, pues ello le permitirá diseñar la intervención para la adecuada elección de los ejercicios cognitivos, respetando la idiosincrasia de los pacientes para su mejor apoyo (Golden, 1990).¹⁸

La utilidad de la PCC en cáncer es particularmente beneficiosa para el manejo de la náusea anticipatoria que se presente durante los tratamientos con quimioterapia y radioterapia: Es igualmente útil para el control de la ansiedad, el control del dolor, y la depresión. Las intervenciones se efectúan en el setting clínico, esto es en el consultorio o bien en la unidad médica del paciente. El terapeuta diseña las intervenciones específicas conforme a la evaluación de cada caso en particular y determina el momento propicio de la aplicación, dejando tareas a desarrollar por el paciente, conforme lo permita su estado clínico.

La PCC combina otras formas de intervención no psicofarmacológica para el manejo y control sintomático, que incluyen técnicas cognitivas, respiración dirigida, relajación progresiva, desensibilización sistemática, expresión de la ira, así como visualización e imaginación, como se describen brevemente a continuación:¹⁹

Técnicas cognitivas

Diversos ejercicios sencillos que se enseñan y efectúan en el consultorio para luego repetirse en casa como tareas asignadas, resultan de utilidad para reducir la severidad de algunos síntomas propios del cáncer,¹³ como se describe a continuación:

- **“Como si”.** Como ejercicio inicial dentro del consultorio a efectuar posteriormente en el hogar, pero de manera específica, consisten en instruir al paciente a actuar “como si” no pasara nada, como si todo estuviera bien. El pensamiento positivo conduce a una sensación general de bienestar que es de gran valor como estrategia de apoyo para momentos difíciles.^{9,13}
- **Redefinir objetivos.** Tras el análisis de diversas situaciones, proyectos o asuntos pendientes, se ayuda al paciente a redefinir dichas tareas rescatando en lo posible dichos proyectos modificando su alcance o su duración y adaptándola su nueva situación, de modo que se combata el pesimismo.^{13,19}
- **Combatir el catastrofismo.** Tras identificar la presencia de ideas sobrevaloradas o franca mente catastróficas, se instruye a los pacientes para que modifiquen el impacto y el peso catastrófico de las mismas, apoyando ello con información confiable y real que el terapeuta proporcionara, con un apego mayor a la realidad y una reacción de menor perturbación.^{9,13,19}
- **Centrarse en la calidad de vida.** El abordaje psico-oncológico privilegia la calidad de vida y enfatiza el enriquecimiento de la misma a partir del profundo proceso de reflexión que la presencia del cáncer suele traer a la vida de casi todas las personas. A partir de ello la reformulación de metas y la valoración de cada minuto cobran un mayor significado.^{13,18}
- **Respiración dirigida.** El control de la respiración es una técnica fundamental para el manejo de la ansiedad y del estrés. La intervención implica que los pacientes sean enseñados a controlar el ritmo de su respiración para tener conciencia de la velocidad y profundidad de la respiración y como ello modifica el estado de ansiedad, contribuyendo a la disminución de la misma así como al mejor control de otros síntomas frecuentes en cáncer, tales como la nausea y el dolor.^{4,9,13,19}
- **Relajación progresiva.** Constituye en llevar a cabo un proceso que combina el control de la respiración y la relajación muscular. Es útil

para controlar la ansiedad, el dolor y la nausea. De manera típica, se realiza en decúbito dorsal, respirando de forma tranquila, profunda y relajada, a medida que se tensan y relajan los distintos grupos musculares comenzando de los pies hacia la cabeza o viceversa. Cada grupo muscular se extensa y relaja alternativamente mientras la respiración continua en forma acompasada. No debe olvidarse ningún grupo muscular, cabeza, cuello, hombros, cara, brazos, antebrazos, manos, tórax, abdomen, espalda alta, baja, abdomen bajo, nalgas, muslos, piernas, y pies. Es útil buscar algunas o algunas palabras clave que se identifiquen y se relacionen con paz y calma, de modo que en ejercicios ulteriores, la repetición de dicha palabra o palabras coadyuven al proceso de relajación.^{13,19}

- **Expresión de la ira.** La expresión de las emociones, particularmente de aquéllas con una connotación negativa como el enojo, la rabia y la ira, puede dirigirse mediante el golpeteo (lanzar golpes a objetos suaves y mullidos, como colchones o cojines); mediante la expresión verbal del enojo con frases como “basta”, “déjame en paz”, etc., dichas con énfasis, pasión y rabia; mediante el pataleo igualmente de objetos suaves que no causen daño al paciente ni signifiquen destrucción, todo ello seguido de un proceso de catarsis y reflexión, disminuye la ansiedad, ayuda a la relajación muscular y libera tensión largamente acumulada. Las emociones pueden ser dirigidas hacia personas, eventos o abstracciones, tales como la enfermedad.^{4,9,13,19}

Terapia Psicológica Adyuvante

Una descripción amplia es efectuada por Moorey y Greer (1989).²⁰ La Terapia Psicológica Adyuvante (TPA) es un programa breve estructurado en el cual se aplican los principios de la psicoterapia cognitiva a problemas específicos de los pacientes con cáncer. Dicho abordaje ayuda a aliviar los trastorno emocional al identificar y corregir el pensamiento maladaptativo (Beck, 1976).²¹ En su aplicación a los trastornos psicológicos relacionado con el cáncer, se establece la hipótesis de que estos dependen no solo de los efectos físicos sino también de dos factores cruciales:

- El significado personal de la enfermedad (por ejemplo, en qué modo percibe el cáncer y sus implicaciones).

- Las habilidades de afrontamiento del paciente (por ejemplo, qué piensa y hace el paciente para reducir la amenaza impuesta por el cáncer).

Estos factores están influenciados por el grado de soporte emocional que proporciona la familia, así como el equipo médico y de enfermería.

La TAP se enfoca en esos factores y se dirige en primer lugar a los problemas actuales, enseñando al paciente nuevas habilidades de afrontamiento. Las sesiones de TPA son conducidas con pacientes individuales y cuando es posible con la esposa, la pareja o el familiar o amigo más cercano. El proceso se efectúa en seis sesiones de una hora de duración, aunque ocasionalmente son necesarias algunas sesiones más. La relación terapéutica es de colaboración e incluye una revisión y acuerdo de la agenda entre paciente y terapeuta, para definir los problemas a abordar, los cuales son entonces abordados siguiendo técnicas cognitivo-conductuales, incluyendo lo siguiente:

- Se enseña a los pacientes a identificar y recordar los pensamientos automáticos y a retar a dichos pensamientos con pruebas de realidad. De este modo los pensamiento automático son reemplazados por pensamientos realistas y respuestas de afrontamiento adaptativas.
- Los pacientes son animados a ensayar, mediante la imaginación y el juego de roles, sobre eventos estresantes inminentes para practicar diversas formas de afrontarlos.
- Los pacientes son animados a planear y efectuar varias actividades que les proporcionen una sensación de dominio y control sobre algunos aspectos de sus vidas y una sensación de placer.
- El entrenamiento en relajación se aplica frente a la ansiedad severa.
- Los pacientes son animados a expresar sus sentimientos abiertamente. La comunicación franca y mutua es favorecida entre el paciente y su familia dentro de las sesiones.
- Las fortalezas personales del paciente son identificadas y apoyadas como formas de elevar la autoestima, sobreponerse a sentimientos e inducir un espíritu de lucha.

Cuando la reacción predominante del paciente es la evitación (negación), esto no es retado. La enfermedad no es discutida o revisada; en su lugar la terapia se enfoca en cualquier síntoma presente y en desarrollar habilidades de afronta-

miento que le hagan posible reasumir su vida normal tan pronto como sea posible.

Un estudio ulterior, demostró que después de una intervención de TPA de seis semanas, las pacientes presentaron puntajes más altos que los controles en dimensiones como: espíritu de lucha, y bajos puntajes en desesperanza, preocupación ansiosa, fatalismo, ansiedad y síntomas psicológicos; además de una orientación hacia su cuidado a la salud, de tal modo que la proporción de pacientes con ansiedad severa cayó de 46 a 20%, mientras que la de pacientes deprimidos cayó de 40 a 13%, todo ello con diferencias significativas frente a los controles (Greer y cols., 1992).²²

Psicoterapia de grupo

La intervención psicoterapéutica en pacientes con cáncer de mama con los enfoques y modalidades descritos, puede implementarse en forma individual, o bien en formato de grupo (Cunningham, 1999; Kissane, 2003; Nekhlyudov, 2002; Sebastian, 1999).²³⁻²⁶ El grupo como herramienta psicoterapéutica hace confluir una serie de factores ausentes en gran medida en las intervenciones individuales, a los cuales Yalom (1986),¹⁸ denominó factores curativos de grupo, y que incluyen el altruismo, la cohesión de grupo, la universalidad, el aprendizaje interpersonal, la catarsis, la revalidación familiar, la comprensión de sí mismo, la esperanza y los factores existenciales, entre otros (Vinogradov & Yalom, 1990).²⁷ Diversos reportes han señalado incluso un impacto positivo a nivel de sobrevida, observado tras la intervención de grupo, aunque ello no ha sido podido ser explicado a nivel de causa efecto (Spiegel, 1989; Fawzy, 1993).^{28,29}

La conformación de un grupo de psicoterapia tiene como base el abordaje integral de las pacientes, quienes son evaluadas en forma estándar para definir sus niveles de distrés y para detectar psicopatología específica, a partir de lo cual, se lleva a cabo un proceso de selección merced al cual se determina aquellas pacientes con mayor potencialidad para beneficiarse de un proceso grupal. Si el grupo se instituye en un servicio de oncología hospitalario, entonces se plantea como un grupo permanente con recambio frecuente al cual acuden las pacientes mientras se encuentran hospitalizadas de manera fija y estable y en el cual variará la asistencia de pacientes, pudiendo plantearse como un procedimiento estándar, con cierta obligatoriedad. Cuando se conforma un grupo de asistencia externa, entonces la participación es voluntaria.

ria, ya que las pacientes deben desplazarse de su casa y la permanencia de las participantes suele ser más prolongada, con una asistencia habitual de una vez por semana.^{4,9,18,27}

Vinogradov y Yalom (1990)²⁷ recomiendan un proceso estructurado en donde a partir de una agenda de la sesión, cada paciente conozca los objetivos del grupo y la forma en que éste funciona. Conforme los grupos evolucionan, las agendas pueden ulteriormente ya no ser necesarias, aun cuando el terapeuta o el coterapeuta mantienen la estructura, la fluidez y los objetivos. La técnica se enfoca en el presente, se busca la experimentación y el examen del afecto y se busca sumergir al grupo en el "aquí y ahora". Las primeras sesiones suelen ser particularmente difíciles ya que implican comenzar con la revelación del porque de su presencia en el grupo, lo cual implica hablar del cáncer con la consecuente tensión o malestar, sin embargo, pasada esta fase inicial, el proceso es de mayor fluidez y las pacientes suelen mostrarse relajadas y participativas, además de que apoyan e impulsan a otras a intervenir. Los terapeutas deben estar atentos a las tensiones grupales básicas y a la dinámica grupal, así como a los fenómenos individuales a través del trabajo terapéutico.^{4,9,18,27} El grupo terapéutico es un recurso útil a todo lo largo del proceso de atención oncológica, limitado únicamente cuando los pacientes con un estado clínico complejo no pueden físicamente acudir o aún ser llevados al setting grupal.

Intervención familiar y de pareja

El apoyo familiar conlleva la consideración del grupo familiar como parte inherente y fundamental de la paciente con cáncer de mama. La familia como grupo requiere de la identificación de necesidades individuales de sus miembros, así como del reconocimiento de la existencia de crisis a nivel familiar adicionales a tener a uno de los suyos con cáncer. Cada circunstancia detectada debe ser atendida en forma específica. Las intervenciones familiares propiamente dichas, conllevan el apoyo del grupo primario para la expresión de emociones respecto al cáncer y la eliminación de obstáculos comunes que desembocan en la denominada "conspiración del silencio" conforme a lo cual la familia niega la existencia del cáncer y pretende seguir adelante con todo. La duración de tal conspiración es en todo caso transitoria e implica un desgaste importante para cada miembro de la familia. La clarificación y la liberación de senti-

mientos, emociones e ideas, alivia al grupo en conjunto y a sus miembros en lo individual.^{4,9,13}

La evolución de la paciente con cáncer dará la pauta para las reuniones familiares, lo cual es en todo caso recomendable implantar en forma periódica una o dos veces al mes durante los primeros seis meses, espaciando luego la frecuencia. Reuniones adicionales deben programarse cuando las eventualidades de la evolución así lo exijan, lo cual suele ofrecerse en situaciones de recurrencia, frente a toma de decisiones especiales o cuando la evolución vira hacia el enfoque paliativo. Algunas familias suelen ser muy activas y otras son más bien pasivas y requieren ser impulsadas a reunirse y trabajar como grupo. El terapeuta se allanará el camino si logra identificar a la o las personas clave en la familia, para lo cual debe ser abierto y perspicaz, pues no necesariamente será en más activo o expresivo, frecuentemente es algún individuo que se desempeña con un perfil bajo, pero que parece comprender la dinámica y puede entonces impulsar o interferir con la resolución de conflictos y toma de decisiones. El trabajo del terapeuta familiar es laborioso y frecuentemente extenuante, sin embargo es una modalidad muy poderosa que debe ser utilizada para beneficio del paciente y de su entorno emocional.^{4,9,11,12,16}

Intervención psicoterapéutica al final de la vida

La atención de los aspectos del final de la vida constituye una intervención por demás compleja, en la que convergen de manera aun más definitiva todos los factores que a lo largo del proceso de atención oncológica han tenido lugar; es decir, las complicaciones asociadas al cáncer, las complicaciones paralelas al cáncer y sobre todo los factores psicosociales en toda su complejidad. Este enramado requiere que el abordaje se vincule a la clínica quizás de manera más específica, de tal modo que los pacientes perciban la atención de los distintos asuntos que los preocupan como parte integral del tratamiento. Por esta razón un abordaje puramente tanatológico por personal desvinculado del equipo de base, no es la mejor alternativa. Empero, conviene puntualizar que la atención por personal con entrenamiento formal en Tanatología no está contraindicado, sino que debe ser coordinado con el Psiquiatra de Enlace o Psico-Oncólogo y contemplar los principios de tratamiento integral de dichas disciplinas y no efectuarse nunca de manera aislada y sin comunicación con el equipo médico oncológico.

CONCLUSIONES

El cáncer de mama impacta emocionalmente en términos negativos a las pacientes y les condiciona diversos niveles de sufrimiento emocional. La psicoterapia como un conjunto de intervenciones técnicas que inciden y refuerzan la capacidad de afrontamiento, de uso eficiente de recursos de salud, ofrecen diversas aproximaciones que se materializan en apoyo concreto a través de las distintas etapas del cáncer. Así, la intervención psico-educativa es útil durante la fase de sospecha y confirmación del tratamiento. La intervención en crisis al confirmarse el diagnóstico y durante complicaciones o recidivas. La psicoterapia dinámica tiene aplicación a todo lo largo del proceso y su paradigma contribuye a enriquecer los abordajes de otras modalidades psicoterapéuticas. El abordaje conductual ofrece mucha utilidad para el manejo sintomático como estrategia no farmacológica. El enfoque individual, de grupo, de pareja o de familia se planifica y materializa conforme a cada caso. Asimismo, la complejidad del abordaje de los asuntos del final de la vida exigen la mayor pericia, sensibilidad y un Enlace específico con el Oncólogo tratante, de modo que el apoyo tanatológico no esté desvinculado del manejo clínico. Finalmente, es importante enfatizar que el equipo oncológico tome en consideración estos aspectos a fin de proveer a sus pacientes de un abordaje integral y humano que contribuya a la calidad de vida de sus pacientes.

REFERENCIAS

1. Holland JC, Rowland JH. *Handbook of Psychooncology: Psychological Care of the Patient with cancer*. Oxford: University Press; 1993.
2. Ibañez E, Romero R. Cambio de la imagen corporal en el paciente neoplásico. En: González BM, Ordoñez A, Feliu J, Zamora P, Espinosa E (eds.). *Tratado de Medicina Paliativa y tratamiento de soporte en el enfermo con cáncer*. Madrid-España: Editorial Médica Panamericana; 1996.
3. Kübler-Ross E. *Sobre la muerte y los moribundos*. Madrid: Monardes; 1992.
4. Almanza MJJ, Holland J. Psico-oncología, estado actual y perspectivas futuras. *Rev Inst Nal Cancerología México* 2000; 46(3): 196-206.
5. Dunbar E. *Emotions and bodily changes*. New York: Columbia University Press; 1938.
6. Alexander E. *Psychosomatic medicine: Its principles and application*. New York: Norton; 1950.
7. Sperling M. Psychotherapeutic techniques in psychosomatic medicine. In: *Specialized techniques in psychotherapy*. Bychowski G, Despert JL (eds.). New York: Basic Books; 1952, p. 279-301.
8. Karasu TB. Psychotherapy of the medically ill. *Am J Psych* 1979; 136: 1-11.
9. Holland JC. *Psychooncology*. New York: Oxford University Press; 1998.
10. Kash KM, Holland JC, Halper S, Miller DG. Psychological distress and surveillance behaviors of women with a family history of breast cancer. *J Nat Cancer Inst* 1992; 84: 24-30.
11. Straker N. Psychotherapy for cancer patients. *J Psychother Practice and Research* 1998; 7: 1-9.
12. Almanza MJJ, Straker N, Holland J. Psicoterapia psicodinámica en pacientes con cáncer. *Cuadernos Psicoanalíticos* 1999; XXXII (3-4): 206-20.
13. Haber S. *Cáncer de Mama, manual de tratamiento psicológico*. España: Edit. Paidos; 2000.
14. Almanza MJJ, Rosario JI, Perez S. Traducción, adaptación y validación del termómetro de distrés en una muestra de pacientes mexicanos con cáncer. *Rev Sanid Mil Mex* 2008; 62(5): 209-17.
15. Slaikeu KA. *Intervención en crisis: Manual para la práctica e investigación*. Edit. Manual Moderno; 1996.
16. Bellak L, Small L. *Psicoterapia breve y de emergencia*. México: Editorial Pax; 1980.
17. De Trill M. *Psicooncología*. Madrid: Ades; 2003.
18. Yalom ID. *The theory and practice of group psychotherapy*. USA: Basic Books; 1985.
19. Golden WL, Gersh WD. Cognitive-behavior therapy in the treatment of cancer patients. *J Rational-Emotive & Cognitive Behavior Therapy* 1990; 8(1).
20. Beck AT. *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York: International Universities Press; 1976.
21. Moorey S, Greer S. *Psychological Therapy for Patients with Cancer: a New Approach*. Oxford: Heinemann Medical Books; 1989.
22. Greer S, Moorey S, Baruch JDR, Watson M, Robertson BM, Mason A, Rowden L, Law MG, Bliss JM. Adjuvant psychological therapy for patients with cancer: a prospective randomised trial. *British Medical Journal* 1992; 304(14): 675-80.
23. Cunningham A, Edmonds C, Williams D. Delivering a very brief psychoeducational program to cancer patients and family members in a large group format. *Psychooncology* 1999; 8: 177-82.
24. Kissane D, Bloch S, Smith G, Miach P, Clarke D, Ikin J, et al. Cognitive-existential group psychotherapy for women with primary breast cancer: A randomized controlled trial. *Psychooncology* 2003; 12(6): 532-46.
25. Nekhlyudov L, Yaker A. Group psychosocial support in metastatic breast cancer. *New Engl J Med* 2002; 346(16): 1247.
26. Sebastián J, Bueno MJ, Mateos N, García P. Evaluación de un programa de intervención sobre cáncer de mama. *Boletín de Psicología* 1999; 65: 53-73.
27. Vinogradov S, Yalom ID. *Concise guide of Group Psychotherapy*. Washington: Ed. American Psychiatric Press Inc.; 1990.
28. Spiegel D, Bloom JR, Kraemer HC, et al. Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet* 1989; 2: 888-901.
29. Fawzy FI, Fawzy NW, Hyun CS, et al. Malignant melanoma: effects of an early structured psychiatric intervention, coping, and effective state on recurrence and survival, 6 Years later. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50: 681-9.

Recibido: Mayo 17, 2011.

Aceptado: Julio 11, 2011.