



UNIVERSIDAD DE BELGRANO

Las tesinas de Belgrano

**Facultad de Humanidades
Licenciatura en Psicología**

**Cáncer de mama. Comunicación diagnóstica y
relación terapéutica.**

N° 238

Ángeles Burone

Tutora: Luisa Acrich

Departamento de Investigaciones
Setiembre 2008

Indice

Indice	3
Abstract	5
Dedicatoria	5
Agradecimientos.....	5
Prefacio	6
Introducción.....	6
I PARTE - ABORDAJE BIO - PSICO - SOCIAL DEL CM	10
Capítulo 1 - Qué es la psicooncología.....	10
1.1 Origen y desarrollo	10
1.2 Lineamientos básicos y aportes	10
1.3 Rol del psicooncólogo	13
Capítulo 2 - Aspectos médicos del cáncer de mama	14
2.1 Cáncer: descripción general.....	14
2.2 Las mamas: anatomía general.....	15
2.3 Cáncer de mamas: descripción general.....	16
2.4 Detección temprana y diagnóstico del cáncer de mama.....	17
2.5 Factores que pueden afectar el pronóstico y us opciones de tratamiento	17
2.6 Estadísticas actuales.....	17
2.7 Tratamientos para el CM.....	18
2.8 Efectos secundarios de las terapéuticas contra el CM	19
2.9 Impacto psicológico de los tratamientos médicos	19
Capítulo 3 - Calidad de vida en oncología.....	20
3.1 Conceptualización histórica.....	20
3.2 Calidad de vida: definición	21
3.3 Calidad de vida: su aplicación.....	21
3.4 Medición de la calidad de vida	22
II PARTE - ACERCA DE LA COMUNICACIÓN ENTENDIDA COMO RELACIÓN	23
Capítulo 4 - Aspectos psico-sociales del cáncer de mama	23
4.1 Significación antropológica del cáncer	23
4.2 Las mamas: significación psicosocial.....	24
4.3 Impacto psico-social del CM	25
4.4 Reacciones psicológicas al diagnóstico.....	26
Capítulo 5 - Acerca de la relación médico-paciente en oncología	28
5.1 Aspectos generales de la relación médico-paciente	28
5.2 Comunicación en medicina: algunas consideraciones.....	28
5.3 Aspectos psicoanalíticos de la relación médico-paciente	29
Capítulo 6 - Comunicación en psicooncología	30
6.1 Comunicación, más que un mensaje	31
6.2 Breaking bad news.....	32
6.2.1 Si es imposible no comunicar ¿es necesario hacerlo?	33
6.2.2 Una estrategia: S.P.I.K.E.S.....	34
6.2.3 Fases desde que se hace el diagnóstico hasta que se comunica al enfermo	35
6.2.4 Fases por las que atraviesa el enfermo una vez informado.....	35
Capítulo 7 - Un modelo de devolución diagnóstica	36
7.1 H.M.B.R.: Servicio de ginecología.....	36
7.2 Actividad asistencial del consultorio de psicología.....	37

7.2.1 Sala de Internación-Psicooncología	37
7.3 Dispositivo interdisciplinario: La DCIDOPT	37
Capítulo 8 - Abordaje psicoterapéutico del cáncer de mama	39
8.1 Afrontamiento y adaptación.....	39
8.2 Resiliencia	40
8.3 Psicoterapia de la paciente con cáncer de mama.....	40
8.4 Sistema de creencias	42
8.5 La contratransferencia del psicooncólogo.....	42
Capítulo 9 - La familia de la paciente oncológica	44
9.1 El sistema familiar	44
9.2 Subsistema conyugal	45
9.3 Subsistema filial	46
9.4 Apoyo social	48
Capítulo 10 - La relación terapéutica en psicooncología	48
10.1 Sobre la relación terapéutica	49
10.2 Aportes “ideales” desde Rogers	49
10.3 Modelo genérico de la relación terapéutica	50
10.4 Relación terapéutica “suficientemente buena”	52
III PARTE - ANÁLISIS DE CASOS	53
Capítulo 11 - Análisis de casos.....	53
11.1 Análisis de contenido: hacia las inferencias	53
11.2 Análisis de las devoluciones diagnósticas	54
11.3 Análisis de datos.....	56
11.4 Conclusiones generales	60
Conclusión final	61
Bibliografía.....	62
Apéndice.....	65
Figura 1	65
Figura 2	65
Figura 3	66
Figura 4	66
1º devolución	67
2º devolución	69
3º devolución	71
4º devolución	72
Cuadro: holding	73
Cuadro: acuerdo.....	74
Cuadro: información	74
Cuadro: mitos y creencias.....	75
Cuadro: comunicación no verbal.....	75

Abstract

Si se entiende a la comunicación como algo más que una mera transmisión de mensaje, implicando un compromiso que determina la relación, dar un diagnóstico oncológico es mucho más que transmitir la "verdad médica". Implica el establecimiento de una relación entre paciente - médico - equipo de salud, de vital importancia para la calidad de vida de la paciente. Una comunicación diagnóstica oncológica "adecuada" favorece una Relación Terapéutica "suficientemente buena".

Se tomará como objeto de análisis al dispositivo utilizado en el Hospital Municipal Bernardino Rivadavia en el Servicio de Ginecología. En el mismo se estableció la Devolución Diagnóstica (DCIODPT) como un dispositivo interdisciplinario, que ha demostrado ofrecer beneficios a la hora de comunicar, entre ellos la adhesión al tratamiento.

Es necesario no perder las esperanzas que el espíritu del dispositivo es válido y sirve. Pero los cambios exigen tiempo. No es tarea fácil volcar al trabajo de campo la teoría, más aún cuando hay variables personales en juego. La necesidad de la formación de los profesionales de la salud en las habilidades comunicacionales, no es sólo una necesidad a nivel académico, sino propia de la esencia humana. Ya que aprender a comunicarse puede ser la lección más compleja. Más aún cuando hay que lidiar con noticias no agradables ni para quien las da ni para quien las recibe.

Dedicatoria

Es un placer personal dedicar este trabajo, a quienes encuentran en la enfermedad una oportunidad. A aquellos a quienes el dolor no los asusta, sino que los fortalece. A aquellos que se atreven a creer, a crecer y a cambiar. A aquellos que sueñan con un horizonte donde descansar. A aquellos que se animan a patear el tablero y se atreven a vivir en la incertidumbre. A aquellos que tienen el coraje de Amar.

AB

Agradecimientos

Junto a Santo Tomás de Aquino, quien sostiene que la realidad humana es compleja, quiero tomar su concepción de la gratitud, compuesta por diversos grados y a partir de ellos "Agradecer" dejando el formalismo vacío de lado, que lo cotidiano tiende a robar.

El primer grado del agradecimiento está en el "reconocimiento" del beneficio recibido. El segundo, consiste en alabar y dar gracias. Y por último, el tercero, estriba en el acto de "retribuir" el bien recibido de acuerdo a la posibilidad del beneficiado y según las circunstancias más oportunas del tiempo y lugar.

¿Cuál es mi beneficio? Creo que simplemente, siendo no sólo consciente sino parte de la realidad en que vivimos, tener la oportunidad de aprender y crecer, basta para que un Gracias cobre uno de los sentidos más profundos. Alabo y doy gracias a Dios por haberme acompañado en mi camino. Camino que hoy me enfrenta a nuevas puertas, nuevos desafíos... Y, Gracias a la vida, por darme la oportunidad de regalarle al mundo entre líneas, la Esperanza de un mañana con sentido, abrazando al dolor y sabiendo valorar su presencia. Ojalá pueda decir que fui capaz de retribuir lo que la Vida me dio.

Pero no quiero dejar que la profundidad de mis palabras los pierda en mis deseos. Por esto explico mis gracias a la Facultad de Humanidades, con sus profesores, bedeles y alumnos. A la profesora Luisa Acrich, por ser mi tutora. A Caro Talgham, quien más allá de ser sub-directora de esta tesina, me resulta una inspiración y modelo. A los fantásticos autores que dejaron que sus manos permitieran al mundo conocer la maravilla de sus pensamientos. A mis amigos, compañeros y familia... si hay algo que descubrí a lo largo de este proceso, fue que la estabilidad emocional, funda la base de las "horas sillas" dedicadas a este trabajo... EL AMOR TODO LO ALCANZA

AB

Prefacio

Fue en segundo año de la carrera de Psicología, en la Universidad de Belgrano, si mal no recuerdo un martes en el aula 14.5, que escuché de la Lic. Carolina Talgham, quien dictaba los prácticos de la materia Psicología Social, que trabajaba en el Hospital Municipal Bernardino Rivadavia en Psicooncología. Sin siquiera saber más que eso... fue un amor a primera vista.... Hoy es la misma Carolina Talgham quien no sólo me acompañó y compartió su sabiduría a lo largo de esta tesina, sino también quien abrió las puertas del hospital y este nuevo mundo para mí.

Al sentarme a escribir este prefacio, y ahondar en el por qué de este tema, no encuentro una respuesta, sino un abanico de emociones. A lo mejor mi historia tiene un tinte cercano a lo oncológico. Pero me atrevería decir que lo que más me motivó a “meterme” en este tema, fue ver en muchas personas la reactividad del diagnóstico de cáncer, tan envuelto en significaciones agresivas y de profundo dolor y desconcierto. El cáncer puede curarse... pero vivir con el diagnóstico es muy difícil.

A lo mejor sea resultado de mi fulgor adolescente que todavía no se esconde, y quiere regalarle al mundo un poco de Esperanza. Esperanza, que no se recrea en los fantásticos avances científicos, sino en la más profunda y auténtica intimidad del paciente. Reconocer que lo emocional y las fantasías también vibran en los pasillos y cuartos de los hospitales, me empuja a creer que todas estas páginas tienen valor.

Los invito a que lean ya sea, implícita o explícitamente entre las líneas de esta tesina, las voces de los pacientes, médicos y psicólogos... No es el cáncer quien me incumbe, sino las personas que lo sienten.

Gracias,

AB

Introducción

Actualmente, el hombre vive sumergido en una vorágine diaria, en la era de la inmediatez, de la “comunicación”... Esclavo de un consumismo que vende seguridades que sabe no existen. Buscando siempre calmar el vacío que le acecha en el silencio de la noche. Seducido por una cultura hedonista, se enfrenta a situaciones que lo exponen a su propia vulnerabilidad, a su miseria y finitud, siendo él mismo protagonista, no un posible objeto a descartar. La enfermedad oncológica es una de estas.

Tanto dolor, tanta angustia, soledad e incertidumbre, llevó a lo largo de la historia al ser humano a intentar dar explicación a estos fenómenos. Es así, como tratando de responder a sus necesidades emocionales profundas y primitivas, los hombres crearon diferentes formas de explicar, elaboraron distintas teorías del mundo que los rodea,...“Mitos”. Pero como toda construcción de significados es social, debe entenderse dentro de su contexto.

Para autores como José Schávelzon¹ (psicooncólogo), los mitos nacen, se difunden como verdades indiscutibles y mueren, no sin daño, y a veces son suplantados por otros mitos o pseudo realidades científicas. Y como ciencia, la Medicina, intenta ofrecer respuestas a estas preguntas, y no deja de mezclarse consciente o inconscientemente con los mitos (Schávelzon, 1992). Es así, como podría decirse que el Cáncer es una de las grandes enfermedades de este siglo, y, como tal, cargada de mitos propios de la cultura donde surgen.

Desde la etimología de la palabra “cáncer”, palabra latina de origen griego, karkinos, que significa cangrejo, se puede percibir la complejidad de esta mistificación. Según Galeno², médico griego de la antigüedad, el cáncer recibió este nombre porque las venas inflamadas alrededor del tumor se asemejaban a las extremidades del cangrejo y se las observaba al examinar los tumores de mujeres con cáncer de mama.

Pero, ¿cómo enfrenta hoy, dentro de una sociedad tan vana, una mujer el diagnóstico de cáncer de mama? ¿Cómo reacciona ella frente a la devolución diagnóstica³? ¿Cómo convivir con la posibilidad de

1. ACLARACIÓN DE LA AUTORA: El doctor José Schávelzon es presidente del comité de Psicooncología de la Asociación Médica Argentina (AMA) y miembro honorario extraordinario de la misma. Presidente del capítulo de psicooncología de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA). “Maestro de la medicina” designado por la asociación Latinoamericana de Medicina. Pertenece y es miembro honorario de diversas asociaciones científicas extranjeras, USA, Francia, Alemania, Brasil.

2. ACLARACIÓN DE LA AUTORA: Galeno (Pérgamo, actual Turquía, 129-id., 216) Médico y filósofo griego. El pensamiento de Galeno ejerció una profunda influencia en la medicina practicada en el Imperio Bizantino, que se extendió con posterioridad a Oriente Medio, para acabar llegando a la Europa medieval, que pervivió hasta entrado el siglo XVII.

3. ACLARACIÓN DE LA AUTORA: Este es un aspecto clave para entender el problema objeto de la tesina.

perder un órgano visible, fuente de estética y erotismo⁴? ¿Cómo acompañar a una paciente que a pesar de sentirse íntegra y digna de amor, la vida y la realidad chocan contra su narcisismo? y ¿qué le sucede al profesional de la salud, que inmerso en el mismo contexto tan superficial, se ve enfrentado a la difícil tarea de informar? “El diagnóstico de cáncer implica un shock, un impacto emocional tanto para quien lo recibe pero también para quien lo comunica” (Gurucharri et al., 2002)

No todas las personas viven sabiendo que pueden morir o enfermar en cualquier momento. El ser humano proyecta una trayectoria de futuro para su vida. Prevé un lapso de tiempo en cuyo contexto se programan las actividades y planes para su propia vida. El momento de la toma de conciencia de la muerte, o en este caso, de la enfermedad que remite a la finitud, coincide en la práctica médica con la comunicación al enfermo de su diagnóstico (Gómez Sancho, 1998). Puede que el momento de “Dar la mala noticia” sea uno de los desafíos más duros y de mayor compromiso para el médico. ¿Pero cómo vive esto el profesional de la Salud? ¿Cómo lidiar con decisiones tales como qué decir? ¿Cuánto decir? ¿Cómo decirlo? ¿Cuándo decirlo? ¿Qué palabras utilizar? ¿Son acaso, los profesionales de la salud conscientes que la significación de la enfermedad es producto de la construcción en interacción en la Relación Terapéutica entre ellos y el paciente? ¿Son los médicos conscientes que sus formas, verbales y no verbales, que su historia personal, creencias y fantasías, afectan la Relación Terapéutica? ¿Cómo influirá su compromiso y capacidad de empatía en la relación? ¿Cómo se logrará el acuerdo y la cooperación entre médico-paciente?

“Para el paciente la enfermedad irrumpe de manera inesperada generando un quiebre, un antes y un después.” (Gurucharri et al., 2002). En este sentido, la enfermedad implicaría una “Crisis Vital Accidental”. El Ser Humano atraviesa dos tipos de crisis, evolutiva y accidental. Siendo la primera, previsible y universal, (por ejemplo, la adolescencia) Y la crisis accidental, se caracteriza por ser inesperada, sorpresiva, como la enfermedad oncológica, en este caso. Toda crisis genera un desequilibrio, que elaboración mediante, generará, una nueva configuración o nuevo equilibrio. Esto dependerá de los recursos psico-sociales de la persona en cuestión.

Asimismo, la significación que envuelve una mama, como órgano sexual, como fuente de feminidad, maternidad, erotismo y belleza, alimenta la posibilidad de que el impacto de la noticia pueda causar en la paciente una “herida narcisista”. Más aún, en la situación actual en la que la cultura legitima valores desmedidos, tornando la Belleza en la frivolidad de un “cuerpo perfecto” inalcanzable... Esta herida es uno de los temas que suele abordarse a lo largo del proceso psicoterapéutico.

A lo largo de los años fueron surgiendo mitos que rodean al Cáncer. Algunos de ellos como sinónimos inmediatos de muerte. Sin embargo, las estadísticas actuales demuestran que el cáncer ya no lo es, si alguna vez lo fue. Teniendo en cuenta lo antedicho, ¿Cómo no darle importancia al manejo de la información, a lo que se conoce como “Breaking Bad News”⁵ o “Dar la Mala Noticia”? ¿Será que una utilización “adecuada”⁶ de la información realizada por el médico, beneficiaría al tratamiento de la paciente oncológica, ya que ayudaría a establecer una relación terapéutica “suficientemente buena”⁷?

El tema de la información al paciente con cáncer es considerado central en la literatura científica. Pero es de especial importancia, recalcar que no se considera a la información en sentido estricto, como mera transmisión de un mensaje, sino como el establecimiento de una relación que se basa en: “un encuentro entre dos personas, una de ellas, el enfermo que necesita ser ayudado a recuperar su salud, el otro, el médico que está capacitado para brindar esta ayuda” (Vidal y Benito, 2002). Es decir, que toda comunicación implica un compromiso, y por ende, define una relación. Es por esto que, no sólo se debería tomar el aspecto referencial de la comunicación, entendido como el contenido del mensaje, como la información; sino también el aspecto conativo, que refiere a la Relación entre los comunicantes, es decir, cómo debe entenderse dicha comunicación. En este sentido, puede decirse que: “Toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto relacional tales que el segundo clasifica al primero y es, por ende, una metacomunicación” (Watzlawick et al., 1997)

Son muchas las opiniones y controversias, mezcladas con teorías filosóficas, creencias religiosas e imperativos morales y éticos, que aún hoy tratan de encontrar respuesta a tantos interrogantes a la hora de comunicar. Hay quienes, desde el paradigma de la Bioética, sostienen la “Verdad Diagnóstica” como valor y como posibilidad de construir una nueva realidad que permita al paciente disfrutar de su vida de

4. ACLARACIÓN DE LA AUTORA: Estos aspectos serán abordados en el capítulo N° 4.

5. ACLARACIÓN DE LA AUTORA: Este tema será ampliamente desarrollado en el capítulo N° 6

6. ACLARACIÓN DE LA AUTORA: Se entiende como “adecuada” aquel manejo de la información que respeta la singularidad de cada paciente, destacando la importancia de la reflexión en cada caso.

7. ACLARACIÓN DE LA AUTORA: Donald Winnicott (1896-1971) destaca la importancia de la díada madre-bebe para lograr un estado de salud; y al setting analítico como metáfora de la relación madre-bebé. En tal sentido, un desarrollo emocional satisfactorio permite que el bebe alcance una unidad entre la psique y el soma. Mediante las acciones repetitivas de la madre tendientes a la satisfacción de necesidades básicas, se va generando en el bebé una cierta calma que favorece la aparición de la confianza, siendo necesaria un gradual desilusión.

forma auténtica y autónoma. Pero también están quienes creen, desde una postura más paternalista, que “dar la mala noticia”, puede inducir al paciente a dejarse morir, y aislarse en su mundo de fantasías hasta que el tiempo escape a la teoría de la relatividad y su luz se apague.

Actualmente se ha pasado a un modelo de comunicación médico-paciente en el que se estimula una forma de relación más simétrica. El criterio predominante hoy, es comunicar al paciente el diagnóstico de su enfermedad, de forma “Gradual y Acumulativa”⁸ y estimular su participación activa en todas las decisiones relacionadas con el tratamiento (Almanza-Munoz, 2001).

Pero cierto es que el manejo de la información cobra especial importancia, no sólo para la paciente oncológica, sino para su familia, el equipo de profesionales y el tratamiento. Es por esto que, dar un diagnóstico oncológico es mucho más que transmitir la “verdad médica”. Implica el establecimiento de una relación entre paciente - médico - equipo de salud, de vital importancia para la calidad de vida⁹ de la paciente.

Existen muchas investigaciones sobre cómo debería ser informado un paciente frente a un diagnóstico oncológico. Actualmente se cuenta con grandes manuales que estandarizan paso a paso cómo manejar la situación. Incluso existen protocolos o reglas metodológicas para “dar la mala noticia” “correctamente”. El protocolo SPIKES¹⁰ (Buckman, 2002) es uno de ellos. Se presenta como una “receta”, una serie de pasos que todo profesional de la salud debe aprender a manejar para que dicha información sea “efectivamente recibida y elaborada”. Pero aún así, la “manualización” no es garantía de una “efectiva” comunicación. Por eso, no es sólo cómo se da un diagnóstico sino quién lo da y sobre todo quién lo escucha. Entonces podría llegar a decirse que, el acto de comunicar un diagnóstico de cáncer, sienta las bases de la relación médico-paciente, necesaria para la consecución de un objetivo común entre paciente y profesional de la salud: la lucha contra la enfermedad oncológica.

A partir de lo expuesto con anterioridad, ¿se podrá decir entonces que, una comunicación “adecuada” favorecería una Relación Terapéutica “suficientemente buena”? ¿Y por lo tanto, esta relación favorecería la Calidad de Vida del Paciente?

En el Servicio de Ginecología del Hospital Municipal Bernardino Rivadavia, se han realizado diversas investigaciones sobre el momento de “Dar la Mala Noticia.” El trabajo de la Sección de Patología Mamaria, “Conflictos en Mastología: abordaje interdisciplinario” (Gurruchari, et. al., 1997) plantea que entre el 1º de noviembre de 1988 y el 31 de octubre de 1997 se realizaron 585 devoluciones de información oncológica en pacientes con Cáncer de Mama. En este se considera que la devolución conjunta de información diagnóstica es fundamental para el establecimiento de un vínculo entre la paciente y el equipo profesional. Además, se hace referencia a los conflictos que suscita tanto dar como recibir la mala noticia. Y se propone un abordaje interdisciplinario. Este trabajo es el primero que instala en concepto de devolución diagnóstica y presenta el dispositivo¹¹ que será tomado como referencia en esta tesina. Junto con el trabajo citado, el Servicio de Ginecología del Hospital Municipal Bernardino Rivadavia, ha presentado otros trabajos en congresos, y publicaciones especializadas como “Acerca del diagnóstico de cáncer un abordaje interdisciplinario” (Gurruchari, et. al., 2002) y “Menor deserción a los tratamientos indicados por patología oncológica del tracto genital inferior gracias a una nueva forma de comunicación interdisciplinaria de los diagnósticos” (Gurruchari, et. al., 2003), sosteniendo que le deserción al tratamiento es menor en aquellas pacientes que recibieron una devolución diagnóstica, denominada devolución conjunta oncológica diagnóstica, terapéutica y pronóstica (DCICOPT), que las que no la recibieron.

La tesis de maestría en psicoanálisis de la Licenciada Carolina Talgham, de la Universidad Nacional de la Matanza y de la Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados, titulada “Beneficios de la aplicación de la dcidopt en pacientes oncológicos en el marco de una propuesta psicoanalítica: sobre alianzas y transferencias”, (Talgham, 2005) describe los beneficios de aplicar el dispositivo en función de la noción de alianza de trabajo. Se intenta demostrar que dar un diagnóstico oncológico es mucho más que transmitir la “verdad médica”, ya que implica el establecimiento de una relación en la cual resulta fundamental la formación de dicha alianza de trabajo, un acuerdo basado en la cooperación entre los participantes para la consecución de los distintos tratamientos médicos.

El valor y el poder de la Palabra, como la el de la Relación Terapéutica, es conocido y legitimado por la comunidad psicológica. Es por lo antedicho que, el objetivo de esta tesina es indagar respecto de su efecto y manejo, alcanzando a lo mejor, criterios o indicadores que ayuden en la toma de decisiones al profesional. En este sentido, no sólo se beneficiaría a éste último, sino al paciente, su familia y entorno. Asimismo, un mayor conocimiento, o conscientización respecto de este tema enriquecería el trabajo en

8. ACLARACIÓN DE LA AUTORA: Por el concepto de verdad gradual y acumulativa, se entiende el dosaje paulatino de la información en función de cómo cada paciente pueda ir recepcionando lo escuchado y de cómo se vaya desarrollando el proceso.

9. ACLARACIÓN DE LA AUTORA: Este concepto se ampliará en el capítulo N° 3

10. ACLARACIÓN DE LA AUTORA: Este protocolo será ampliado en el capítulo N° 6

11. ACLARACIÓN DE LA AUTORA: Este dispositivo (DCIDOPT) será presentado en el capítulo N° 7

equipos interdisciplinarios. Además, los logros obtenidos permitirían, ampliar el conocimiento científico dentro de los campos de las disciplinas como la Medicina, Psicología y Psicooncología, etc. Se aportarán de esta manera, beneficios que enriquezcan al tratamiento para alcanzar mayor efectividad. Y así ofrecer, una mejor "Calidad de Vida" para el paciente, su entorno y profesionales que los acompañan.

A partir de lo antedicho se puede decir que el OBJETIVO de esta tesina es:

Indagar acerca de cómo influye la Comunicación diagnóstica oncológica "adecuada" en el establecimiento de una Relación Terapéutica "suficientemente buena".

Y por lo tanto, la HIPÓTESIS es:

Una comunicación diagnóstica oncológica "adecuada" favorece una Relación Terapéutica "suficientemente buena".

La tesina estará dividida en tres partes generales que a su vez, tendrán capítulos con temáticas específicas.

En la primera parte se introducirá al lector en la problemática general del cáncer de mama y su abordaje bio-psico-social. Esta parte estará dividida en los siguientes capítulos:

En el primer capítulo se introducirá al lector a una nueva disciplina en crecimiento: la Psicooncología. Se trabajarán los lineamientos básicos y principales aportes, así como se desarrollará el rol del Psicooncólogo.

En el segundo capítulo se abordarán, desde una lectura biopsicosocial, los aspectos médicos del cáncer de mama. Se introducirá al lector en los aspectos generales del cáncer, sus factores de riesgo, la importancia de la detección temprana, sus tratamientos junto con sus efectos secundarios e impacto psicológico.

En el tercer capítulo, se desarrollará el concepto de Calidad de Vida en Oncología, su conceptualización y medición.

En el cuarto capítulo, se abordarán los aspectos psicosociales del cáncer de mama. Desde su significación antropológica y social hasta las reacciones al diagnóstico.

El objetivo de esta segunda parte es explorar la Relación Terapéutica entre médico-paciente, y a su vez adentrar al lector en la importancia de la Comunicación entendida como relación. Para tal fin, se tomarán constructos pertenecientes a la psicoterapia para entender la misma. Esta parte estará dividida en los siguientes capítulos:

En el quinto capítulo se busca rescatar aportes de la psicoterapia a la relación médico-paciente. Para tal fin, se tomarán los conceptos centrales de autores como Balint, Chevnik, Vidal y Benito.

A lo largo del capítulo seis, se abordarán los aspectos comunicacionales en Oncología. Se recorrerá la bibliografía en búsqueda del tema de la información al paciente oncológico, específicamente en el momento del diagnóstico (Dar la Mala Noticia). Se desarrollará también el concepto de Verdad Gradual y Acumulativa, siempre resaltado a la comunicación como relación y no como un mero intercambio de información.

El capítulo siete estará abocado a describir el modelo de información diagnóstica del Servicio de Ginecología del Hospital Municipal Bernardino Rivadavia. Institución de la cuál se obtuvieron las devoluciones diagnósticas que serán trabajadas en esta tesina.

En el capítulo ocho, se desarrollará el abordaje psicoterapéutico del cáncer de mama. Se hará mención a las Estrategias de Afrontamiento frente al cáncer (Coping), y al concepto de Resiliencia. Se hará énfasis en la psicoterapia individual y sus técnicas de abordaje al paciente oncológico tales como: respiración dirigida, la relajación progresiva, visualizaciones, biofeedback, hipnosis entre otras. Además se presentará la importancia de la contratransferencia del psicooncólogo.

Ya que el cáncer implica una crisis vital accidental que repercute no sólo en la paciente sino en su pareja, familia y medio social, el objetivo del noveno capítulo es desarrollar las distintas etapas y situaciones por las que atraviesa el contexto familiar y social de la paciente.

El objetivo del décimo capítulo es adentrarse en la Relación Terapéutica, su definición y alcances para a partir de constructos propios de la psicoterapia, enriquecer la relación médico-paciente.

La tercera y última parte tiene como objetivo presentar los resultados y las conclusiones a partir de las devoluciones presentadas como viñetas clínicas que iluminen la teoría.

A partir de cuatro devoluciones de pacientes que concurran al Hospital Municipal Bernardino Rivadavia, en la Ciudad de Buenos Aires, a una entrevista de información diagnóstica oncológica, denominada Devolución Conjunta de Información Diagnóstica Oncológica, Pronóstica y Terapéutica, (DCIDOPT), se intentará iluminar el objetivo de esta tesina. En ésta, los médicos junto con la psicóloga comunican a la paciente su diagnóstico y se propone un tratamiento. A estas entrevistas de devolución generalmente también asisten familiares y / o acompañantes, ya que se les piden a las pacientes que no se presenten solas.

Se realizará un análisis de datos cualitativo, a partir del análisis de contenido, que intentará alcanzar puntos de saturación, para así poder llegar a realizarse alguna inferencia, interpretación e integración.

I Parte. Abordaje bio-psico-social del CM

Capítulo 1. Que es la psicooncología

Desde una perspectiva compleja, y en cierta forma, como producto de la globalización y como un intento de aunar lo que necesariamente las especialidades recortan, la Psicooncología, disciplina novel, intenta ser el punto de encuentro de varias disciplinas que ofrecen respuesta al desafío propio del Cáncer. Por esto, en este capítulo se desarrollarán sus orígenes, lineamientos básicos y aportes; como así también la importancia del rol del Psicooncólogo en los equipos de salud.

1.1 Origen y desarrollo

Podría decirse que los alcances de la globalización y el intento de integración, compartiendo una concepción epistemológica desde del "Paradigma de la Complejidad"¹², llevaron, en cierta medida a que conocimientos básicos y actuales de Oncología, se aunaran con diferentes aportes de la Inmunología, la Endocrinología, la Neurología, la Psicología y la Psiquiatría, etc. En este sentido, se entiende al cáncer como un proceso multicausal y multifactorial. El punto de encuentro de todas estas disciplinas está en una novel subespecialidad denominada Psicooncología, también llamada Psicología Oncológica u Oncología Psicosocial.

La Psicooncología, se entiende como la disciplina dedicada al estudio del paciente con cáncer, cuyo objetivo central es el cuidado psicosocial del mismo, con el objetivo de coadyuvar con el equipo médico-oncológico en el abordaje y manejo de los aspectos psicosociales que puedan afectar al paciente con cáncer y su familia. Es necesario tomar en consideración los factores psicológicos que afectan a los pacientes a la hora de tomar decisiones apropiadas que, frecuentemente, condicionan el éxito del tratamiento (Almanza-Munoz, 2001). Asimismo, la atención de estos factores incluye el manejo de la familia y de aspectos relativos al equipo de salud (dimensión psicosocial), además de los factores psicológicos, conductuales y sociales que influyen en la aparición del tumor y en su progresión (dimensión psicobiológica). Desde esta perspectiva, la Psicooncología es entendida como "(...) una labor interdisciplinada que incluye psiquiatría de enlace, enfermería, trabajo social, psicología, manejo de dolor y cuidados paliativos, apoyo espiritual (servicio pastoral), así como la valiosa participación de voluntarios (sobrevivientes al cáncer o familiares)" (Almanza-Munoz, 2001). Esta disciplina novel "se ocupa de las respuestas emocionales de los pacientes, los familiares y los cuidadores (psicosociales), así como de los factores psicológicos, sociales y conductuales que pueden influir en la morbilidad y mortalidad del cáncer" (Haber, 2000).

Este cuerpo de saber surge de la concepción integral del paciente en sus aspectos biológicos, psicológicos, sociales y espirituales e intenta poner al servicio de la prevención, explicación y tratamiento del cáncer todos los conocimientos obtenidos por el estudio de la influencia de los factores psicológicos en la aparición del cáncer y de las reacciones psicológicas del paciente oncológico, de su familia y del personal asistencial a lo largo de todo el proceso de la enfermedad.

Si bien muchos grupos científicos aislados venían trabajando esta problemática desde hacía algún tiempo, la formación de una red de trabajo entre los mismos durante los años ochenta, precipitó la aparición de la Sociedad Internacional de Psicooncología fundada en el año 1984. Desde entonces, se ha recorrido un largo camino poniendo el énfasis en el cuidado centrado en el paciente, el cual se define como la valorización de la perspectiva de los pacientes acerca de cómo debe ser desarrollado su tratamiento. Esta perspectiva, basada en el modelo rogeriano¹³, toma en cuenta, también, el nivel de empatía y compasión que proporciona el equipo de atención y cómo es percibido éste por el enfermo y por su familia.

1.2 Lineamientos básicos y aportes

El primer manual de Psicooncología, considera que esta subespecialidad debe ser propositiva en tres áreas: cuidado clínico, educación y entrenamiento, e investigación (Holland, 1998).

12. ACLARACIÓN DE LAAUTORA: Edgar Morin, nacido en París, en 1921. Actor político independiente, sociólogo de la contemporaneidad, creador del denominado Pensamiento Complejo, basado en la teoría de la información y de los sistemas, la Cibernética y en los procesos de autoorganización biológica, construye un método que intenta estar a la altura del desafío de la complejidad.

13. ACLARACIÓN DE LAAUTORA: Carl Rogers, fue quien planteó una relación terapéutica "ideal", cercana a un encuentro existencial, advirtiendo que las cualidades que debía tener un terapeuta eran: la empatía, la autenticidad, una actitud positiva e incondicional, entre otras. Estos son conceptos importantes que pueden ser transportados a la hora de pensar la Relación Médico-Paciente.

□ Cuidado clínico

Para asegurar el interés en la calidad de vida y apoyar los aspectos de cuidado en el paciente se debe establecer una unidad de Psicooncología en cada centro de cáncer. Esta debe incluir miembros del equipo de oncología, interesados en aspectos psicosociales y uno o más profesionales de la salud mental. Esta unidad podría ser dirigida por un profesional con cualquier especialidad dentro del área de la salud, con entrenamiento específico en Psicooncología. Además, el equipo debe incluir un sacerdote para la integración del cuidado espiritual y puede beneficiarse enormemente incluyendo personal voluntario. Se sugiere también la implementación de grupos de apoyo coordinados por miembros del equipo así como asesoramiento individual y psicoterapia para los pacientes y sus familiares.

Es importante que el equipo participe en ateneos clínicos y de investigación. La presencia de personal de Psicooncología en dichas reuniones académicas aseguraría que los aspectos psicosociales sean incluidos en las discusiones generales del cuidado de los pacientes.

Un importante aspecto de la atención sería desarrollar una evaluación de todos los pacientes en quienes se diagnostique cáncer, tanto en aspectos psicosociales como de diagnóstico psiquiátrico formal con el objetivo de detectarlos tempranamente y ayudar a que dichas condiciones no empeoren o se cronifiquen. Este método potencializa la consulta profesional y ayudaría a clasificar y guiar al paciente hacia el experto apropiado.

La atención clínica cotidiana de enfermos con cáncer conlleva con frecuencia la “comunicación de malas noticias”¹⁴, dar el diagnóstico y pronóstico de la enfermedad, y confronta al clínico con la mejor manera de llevar a cabo esta difícil labor, atendiendo al mismo tiempo las necesidades del paciente y escuchando las propias resonancias. Dicha área es motivo de un importante desarrollo actual en aspectos clínicos, de adiestramiento y de investigación.

□ Educación y Entrenamiento

Un aspecto básico para asegurar el futuro desarrollo de la Psicooncología es la atención en el entrenamiento de los profesionales. “El modelo integral de entrenamiento incluye una intensa experiencia clínica, participación y desarrollo de investigación psicosocial (en pacientes internos, externos y en ámbito comunitario). La psicooncología es un campo abierto a diversas disciplinas: psiquiatría de enlace, servicio social, enfermería psiquiátrica, servicio pastoral, etc. Con un papel definido para cada una” (Almanza-Munoz, 2001).

Las áreas de material didáctico que deben ser incluidas son: respuesta “normal” al cáncer, diferencias en su desarrollo, aspectos de la adhesión al tratamiento, trastornos psiquiátricos, familia, dolor, problemas sexuales, dilemas éticos, evaluación y necesidades espirituales, factores de riesgo y sobrevida, cuidado paliativo y habilidades educativas para hacer posible la enseñanza en la comunicación médico-paciente, respuestas personales del equipo médico a los problemas del paciente y la conducción de grupos de apoyo para el equipo de atención.

Además las personas entrenadas deben ser capaces de llevar el liderazgo en el campo del cáncer y abogar por el incremento de la atención en los diversos aspectos de su cuidado.

El equipo psicooncológico debe ser interdisciplinario¹⁵ y debe ser capaz de trabajar efectivamente con el resto de las disciplinas médicas orientadas al cuidado del paciente con cáncer. El potencial de pérdida de energía por los conflictos interdisciplinarios es enorme debido a la amplitud de las disciplinas involucradas, por lo cual parte del entrenamiento en Psicooncología debe estar dirigido a proporcionar la capacidad de manejar estos aspectos.

□ Investigación en Psicooncología

Existen diversas líneas de investigación vigentes en Psicooncología. Una de las áreas centrales en donde los esfuerzos científicos están destinados es la evaluación de la “calidad de vida” y su integración dentro de ensayos clínicos y cuidado del paciente. Esta área está actualmente dirigida a obtener el punto de vista del paciente acerca de su funcionamiento en áreas clave de su vida: física, psicológica, social, laboral, espiritual y sexual. Holland y colaboradores, consideran que deben seguirse los empeños en la investigación de la calidad de vida como también en la capacidad de afrontamiento de los pacientes

14. ACLARACIÓN DE LA AUTORA: Este concepto es el que motivo al problema objeto de esta tesina. Se remite al lector al capítulo N° 6 donde se desarrollará este concepto en mayor profundidad.

15. ACLARACIÓN DE LA AUTORA: Se entiende por Disciplina a un conjunto de reglas con un dominio de objeto y un conjunto de proposiciones consideradas verdaderas; con instrumentos teóricos y técnicos. Cada disciplina recorta la realidad de manera arbitraria. Es importante destacar que una de las formas de la pluridisciplinariedad es la Interdisciplina. La Interdisciplina no elimina las divisiones entre las disciplinas sino que las integra, surgiendo a partir de ellas, un nuevo objeto teórico y / o solución a posibles problemas prácticos. Para Battomore, la Interdisciplina se entiende como “El encuentro y cooperación entre dos o más disciplinas” (Battomore, 1970), aportando cada una de ellas sus propias esquemas conceptuales, su forma de definir los problemas y sus métodos de investigación.

frente al cáncer. (Holland et al., 1998) Asimismo, la dimensión ética y la política de salud necesitan ser estudiadas con mayor profundidad.

Otra área o foco de interés es conocer el impacto de la intervención a nivel de síntomas psicosociales y bienestar psicosocial. También, otras líneas genéricas de interés en psicooncología incluyen: “el papel del estrés postraumático tanto en pacientes como en familiares (especialmente madres de niños con cáncer), la integración e influencia de la espiritualidad, el creciente uso de la denominada medicina integrativa o complementaria que va de 7 hasta 64%, la interacción mente-cerebro desde la perspectiva psiconeuroinmunológica, el impacto de trabajar con pacientes oncológicos y la comunicación de malas noticias” (Almanza-Munoz, 2001).

El futuro en este campo depende del entrenamiento de individuos con habilidades específicas, quienes puedan dirigir unidades psicológicas en centros de cáncer e interactuar con otras disciplinas.

Siguiendo la misma línea, otra autora M. C. Royo de la Universidad de Teruel, España considera que la Psicooncología se plantea los siguientes objetivos fundamentales:

A. La prevención

Desde la Psicooncología, la salud consiste en repertorios de habilidades susceptibles de ser aprendidas, y cuyo aprendizaje puede y debe ser proporcionado. El Psicooncólogo debe transferir conocimiento directamente a los pacientes, de modo que se conviertan en auto prestatarios de servicios.

La finalidad es:

- a) Convertirlos en agentes activos de su propia salud.
- b) Conseguir que promuevan la salud en las comunidades en las que viven.
- c) Capacitarlos no sólo para la resolución de problemas, sino, lo que es más importante, para prevenir su aparición.

Lo que se pretende, es conferir a los pacientes un papel protagonista, activo, en el proceso terapéutico.

B. La intervención terapéutica y rehabilitación.

El enfermo de cáncer ya no se considera un enfermo incurable. Cada vez son más las oportunidades de prolongar su vida. Así pues, en un elevado porcentaje de casos se convierte en un enfermo crónico, y que como tal, debe aprender a vivir con su enfermedad y reinsertarse nuevamente en su medio familiar y social.

En un primer momento el paciente acepta resignado la enfermedad y la mutilación que conlleva algún tratamiento quirúrgico. Los ve como el precio que paga por seguir vivo. Posteriormente, cuando el paciente ya comprende que va a continuar viviendo, se comienza a plantear en qué condiciones debe hacerlo. Esto se da fundamentalmente cuando la pérdida se acompaña de cambios físicos externos importantes. Por tal razón, la terapia y rehabilitación se hacen necesarias, para incorporar al sujeto a una vida plena y satisfactoria.

La autora (Royo, 1997) considera que cuanto más positiva sea la actitud del paciente, mayor será su colaboración en su propio proceso de curación y esto aumentará y optimizará los resultados de su tratamiento y por lo tanto, mejorará su calidad de vida.

Royo sugiere que el enfermo de cáncer atraviesa distintas fases (Royo, 1997):

Fase 1: El paciente debe comenzar a vivir con su enfermedad y con su diagnóstico. La presencia de cáncer es un evento catastrófico, asociado con la idea de muerte, incapacidad, desfiguración física, dependencia y disrupción de la relación con otros. A la negación y resistencia a creer que la noticia es cierta, se acompaña de un sentimiento de “anestesia” emocional.

Fase 2: Se inicia con la intervención quirúrgica y la radioterapia y / o quimioterapia. En este momento, el paciente deber ser entrenado en el control de su ansiedad y en el aumento de las estrategias de afrontamiento. En estas dos fases, el paciente está completamente centrado en sí mismo, en todo lo que le está ocurriendo y sobre todo en sus posibilidades de supervivencia. En esta fase el paciente se encuentra en un periodo de confusión, agitación emocional y disforia en la cual la realidad es reconocida lentamente e incluye síntomas como; ansiedad, depresión, insomnio y falta de apetito.

Fase 3: El paciente vuelve a casa, se inicia la adaptación familiar y la reincorporación a las actividades laborales y sociales. La adaptación a largo plazo, incluye el retorno a la rutina normal y aparición de “optimismo”. No hay una manera única de afrontar el cáncer y tampoco un orden en la aparición de las reacciones de adaptabilidad. Respetar esta forma individual de afrontamiento es importante.

C. Los cuidados paliativos

En muchos casos seguimos enfrentándonos al inexorable final, cuando ya las terapias no pueden hacer nada más. Entonces sólo queda paliar el sufrimiento. Es el momento en el que la especialización

y la tecnología, más pendiente de la enfermedad y del órgano, deben volver su mirada a la persona que sufre. Estas son situaciones en las que se exige la máxima sensibilidad humana, ya que se trata de hacer soportable la vida a enfermos terminales y de proporcionarles una muerte digna, serena y en paz.

Otros temas a tener en cuenta según Almanza y Muñoz (Almanza-Munoz, 2001) son:

1. El Riesgo Genético: los recientes avances en Oncología Genética permiten detectar, cada vez con mayor claridad, el riesgo genético. Ello ha originado un nuevo grupo de individuos físicamente sanos y asintomáticos quienes se encuentran angustiados por la posibilidad de ser portadores del "gen del cáncer". Dicho grupo necesita apoyo e información apropiada en relación con la prevención y reducción de factores de riesgo.

2. Aspectos de Supervivencia y Adaptación a Largo Plazo: la adaptación al cáncer es influida por la sociedad, el paciente y la propia enfermedad. Los factores sociales son dinámicos y cambiantes. Actualmente esta enfermedad se enfrenta en general con más optimismo que en el pasado y origina una mayor demanda de información. Sin embargo, aún persiste la errónea creencia de que el estrés "mal manejado" produce cáncer. Tal preconcepción debe ser corregida mediante la psico-educación.

Los factores derivados del paciente incluyen su etapa vital, sus recursos sociales y su capacidad de afrontamiento. En este contexto, resulta esencial conocer las distintas etapas vitales evolutivas (infancia, adolescencia, adultez, etc.), sus objetivos biológicos, personales y sociales, y como son influidos por la presencia del cáncer.

1. 3 Rol del psicooncólogo

En el área de la Oncología el énfasis en el cuidado centrado en el paciente reflejará respeto por el punto de vista del enfermo así como una preocupación por su "Calidad de Vida"¹⁶ en los diferentes estadios de la enfermedad. Este es justamente el papel del Psicooncólogo dentro de los equipos de salud, asegurar que el interés por la calidad de vida del paciente este incluido dentro del manejo global.

La Medicina debe plantearse una intervención que considere al paciente de manera bio-psico-social e incorpore el principio fundamental del trabajo en equipos interdisciplinarios. El Psicooncólogo, inserto en estos equipos, asume las tareas del soporte psicológico, desde momento mismo del diagnóstico, tratamiento, hasta la curación o eventual muerte del paciente.

Las perspectivas futuras en psicooncología giran en torno a consolidar altos estándares de cuidado psicosocial incorporando aspectos de calidad de vida; mantener la consistencia en la investigación; incrementar aún más la difusión al público. A nivel académico la meta es su consolidación curricular tanto a nivel de pregrado como de postgrado.

Una consideración particular estriba en subrayar el cuidado psicosocial del paciente con cáncer y su familia debe necesariamente ubicarse dentro del contexto social y cultural propio.

En este mismo rubro, el fenómeno de la globalización exige un dinámico intercambio de información así como la posibilidad de implementar proyectos multicéntricos de investigación, que generen una constante retroalimentación cuyo beneficio garantice cada vez un mejor cuidado clínico al paciente con cáncer y a su familia.

En síntesis, la Psicooncología, subespecialidad novel, vela por el cuidado del paciente con cáncer, desde una perspectiva psicosocial, con el objetivo de coadyuvar con el equipo médico-oncológico en el abordaje y manejo de los aspectos psicosociales que pueden afectar al paciente con cáncer y su familia. Desde la interdisciplinariedad, se debe abarcar las áreas tanto del cuidado clínico, como de la educación y entrenamiento, e investigación. Se tratará de actuar desde la prevención, intervención terapéutica y la rehabilitación, y los cuidados paliativos. Así también, cuidar aspectos como, el riesgo genético y la adaptación al cáncer. Para lograr tales objetivos, el rol del Psicooncólogo cobra vital importancia.

A continuación se hará un breve recorrido por los aspectos médicos generales del Cáncer de Mama con el objetivo de adentrarse gradualmente en el problema objeto de esta tesina.

16. ACLARACIÓN DE LA AUTORA: Este tema será desarrollado ampliamente en el Capítulo N° 3

Capítulo 2. Aspectos médicos del cáncer de mama

Se ha desarrollado en el capítulo anterior los aportes de la Psicooncología, la que se ocupa de las respuestas emocionales de los pacientes, familiares y cuidadores, así como de los aspectos psicológicos, sociales y conductuales que pueden influir en la morbilidad y mortalidad del cáncer. Así, se puede afirmar que las pacientes con cáncer de mama necesitan la asistencia psicooncológica durante el diagnóstico, el tratamiento, su recuperación o eventual muerte.

En este capítulo se desarrollarán los aspectos médicos del cáncer de mama, siempre desde una concepción biopsicosocial del ser humano, no pretendiendo ser exhaustivo, ya que la intención es que el lector puede tener conocimientos básicos para poder comprender el problema objeto de esta tesina.

2.1 Cáncer: descripción general

El cáncer no es una enfermedad única, sino un grupo de enfermedades con localización, clínica y evolución diferentes, pero con fundamentos biológicos comunes: crecimiento celular incontrolado con pérdida de la diferenciación y capacidad para difundir, invadiendo los tejidos próximos y generando metástasis.

La enfermedad oncológica representa la segunda causa principal de muerte en los EEUU y la tercera en la Argentina, después de las cardiopatías y los accidentes de tránsito. La mitad de los hombres y una tercera parte de las mujeres padecerán de cáncer durante su vida. En la actualidad, hay millones de personas que viven con cáncer o que han padecido la enfermedad. Sin embargo, el progreso en la detección, diagnóstico y tratamiento de la misma han aumentado la tasa de supervivencia para muchos tipos de cáncer, generando nuevos desafíos en su asistencia y en la calidad de vida de los sobrevivientes.

The American Cancer Society (American Cancer Society, 2005) describe a esta enfermedad como un crecimiento descontrolado de células de alguna parte del cuerpo. Aunque existen muchos tipos de cáncer, todos comienzan debido al crecimiento sin control de las células anormales. Las células normales del cuerpo crecen, se dividen y mueren en una forma ordenada. Por otro lado, durante los primeros años de vida, las células normales se dividen con mayor rapidez hasta que la persona alcanza la edad adulta. Posteriormente, las células normales de la mayoría de los tejidos sólo se dividen para reemplazar las células desgastadas o moribundas y para reparar las lesiones. Debido a que las células anormales continúan creciendo y dividiéndose, son diferentes de las células normales. Las primeras, en lugar de morir, viven más tiempo y continúan formando nuevas células anormales.

Las células cancerosas surgen como consecuencia de daños en el ADN. Sin embargo, este puede dañarse y los daños pueden degenerarse en cáncer. La mayoría de las veces en las que el ADN se daña, la célula muere o ésta puede reparar el ADN. En cambio, en las células cancerosas el ADN no se repara. Las personas pueden heredar ADN dañado, que es responsable de los tipos de cáncer hereditarios. Pero ¿Cómo se daña el ADN?

Posiblemente una respuesta completa llevaría la erradicación del cáncer de la faz de la tierra, aunque todavía esto no se ha logrado. Sin embargo estas serían algunas de las respuestas posibles:

- Algo sucedió en el proceso normal de división celular, un error o mutación. El resultado es la formación de una nueva célula con el ADN dañado.
- Algo externo a la célula, incluso externo al propio cuerpo, daña el ADN. Este factor externo recibe el nombre de carcinógeno, es decir, el que produce cáncer, como por ejemplo, el fumar o la exposición indebida a rayos solares o tóxicos.
- Se puede heredar un ADN anormal, de padres a hijos, por esta razón esta enfermedad afecta a familias enteras.

El cáncer usualmente asume forma de tumor. Algunos tipos de cáncer, como la leucemia, no forman tumores, sino que estas células cancerosas afectan la sangre y los órganos que producen la sangre (la médula ósea, el sistema linfático y el bazo) y circulan a través de otros tejidos en los que se pueden acumular. Las células cancerosas a menudo viajan a otras partes del cuerpo donde comienzan a crecer y a reemplazar el tejido normal. Este proceso, llamado metástasis, ocurre a medida que las células cancerosas entran al torrente sanguíneo o a los vasos linfáticos de su cuerpo.

Se puede decir, a grandes rasgos, que el cáncer se define por cuatro situaciones:

1. Se origina en cambios genéticos en un sola célula, que se multiplica hasta formar una línea o clones de células malignas similares (clonalidad).
2. El crecimiento de las células malignas no es regulado adecuadamente por las influencias normales biológicas y físicas de la célula o el cuerpo (autonomía)
3. No se produce una diferenciación normal y coordinada de células (anaplasia)
4. Las células cancerosas, a diferencia de las normales, desarrollan la capacidad de difundirse y crecer en partes distantes del cuerpo (metástasis).

El riesgo de contraer la mayoría de los tipos de cáncer se puede reducir mediante cambios en el estilo de vida, por ejemplo, dejando de fumar o consumiendo alimentos más saludables. Mientras más tempranamente se detecte el cáncer y más rápido comience el tratamiento, mayores serán las probabilidades de que el paciente viva por muchos más años.

El cáncer se valora o clasifica según el denominado sistema TNM (tumor, nódulos y metástasis) o sistema de clasificación por estadios, que atiende a tres criterios: el tamaño del tumor, la extensión del cáncer por los ganglios (nódulos) linfáticos y la presencia de metástasis. Los estadios se numeran del 0 al 4, correspondiendo al número más alto la mayor gravedad. Las células cancerosas que están en los estadios 0, 1 o 2 son más receptivas al tratamiento. La información que se reúne de los procesos de estadios determina el estadio de la enfermedad. Es importante conocer el estadio de la enfermedad a fin de planear el tratamiento.

2.2. Las mamas: anatomía general

En el apartado precedente se ha introducido al lector a algunos conceptos básicos sobre el Cáncer. Resulta importante conocer la anatomía general de las mamas con el fin de orientar al lector a conceptos más específicos para una mejor comprensión del Cáncer de Mama.

Este órgano propio de los mamíferos se sitúa en la cara ventral del tronco de las hembras, se desarrolla en la pubertad y, después de la gestación segrega la leche que alimentará a las crías. La mama en la mujer, como órgano efector del funcionalismo ovárico, sufre una serie de cambios morfológicos y funcionales a todo lo largo de su vida sexual (Espinoza & Calvo, 2004).

Se distinguen: (Figura 1)¹⁷

1. La piel o tegumento mamario.
2. Aereola o zona aerolar.
3. Pezón, mamila o mamelón
4. El tejido célula adiposo subcutáneo
5. Lámina célula adiposa anterior preglandular.
6. Lámina célula adiposa posterior, retromamaria o retroglandular.
7. El parénquima glandular o mama propiamente dicha

- ❑ **AEREOLA O ZONA AEROLAR:** zona circular de piel muy fina, con glándulas aerolares subyacentes, sudoríparas (glándulas de Montgomery) y sebáceas voluminosas (tubérculos de Morgagni). Subyacentemente se encuentra el músculo aerolear (M. de Sappey), liso y circular responsable de la erección de la mama.
- ❑ **PEZÓN, MAMILA O MAMELÓN:** piel igualmente fina que reviste un tejido fibroelástico con fibras musculares atravesado por los conductos galactóforos (unos 15 a 20). Estos conductos galactóforos principales que terminan en forma de finos poros sobre el vértice del pezón muestra la yuxtaposición de epitelios (estratificado y pavimentoso), esta zona puede, en situaciones patológicas degenerativas, dar asiento a disqueratosis o Enfermedad de Paget¹⁸.
- ❑ **TEJIDO CÉLULO ADIPOSO:** envuelve el parénquima glandular salvo en la región aerolear, mediante dos láminas célula adiposas, anterior y posterior. El contenido graso o célula adiposo es muy variable y de su riqueza depende su volumen y blanda consistencia.
- ❑ **LÁMINA PREGLANDULAR:** es una estructura conectiva perimamaria que envía fascias divisorias que separan las glándulas en lóbulos (tejido conectivo interlobular) y su división en torno a conductos y acinis originan el estroma de la mama o tejido conectivo perilobular, periacinoso y pericanalicular.
- ❑ **LÁMINA RETROGLANDULAR:** contacta con la fascia superficialis. Tiene interés destacar que esta fascia superficialis representa habitualmente un obstáculo a la progresión del carcinoma mamario. Se puede fijar a ella la neoplasia, pero rara vez la atraviesa, por lo que el pectoral mayor suele quedar indemne. Sobre ella se encuentra la Bolsa serosa retromamaria o glándula de Chassaignac, que sirve como cojinete suspensor a la glándula sobre la parrilla costal y los músculos pectorales.
- ❑ **GLÁNDULA MAMARIA:** está ubicada al centro y adopta una forma cónica con orientación hacia el pezón por donde desembocan los conductos excretorios o galactóforos de la glándula (exocrina y tubuloacinosa), en número de 15 a 20. Las tres cuartas partes de la glándula descansan en el cuadrante superoexterno de la mama. La glándula suele dividirse en cuatro cuadrantes, delimitados por dos líneas imaginarias perpendicularmente cruzadas a la altura del pezón. (Figura 2)¹⁹ Éstos son:

17. ACLARACIÓN DE LA AUTORA: Se remite al lector al Apéndice

18. ACLARACIÓN DE LA AUTORA: La enfermedad de Paget se caracteriza por ser una perturbación ósea metabólica, que implica la destrucción y regeneración ósea, dando como resultado una deformidad. Puede localizarse en una o más áreas del esqueleto, comprendiendo en mayor frecuencia la pelvis, tibia, vértebras, clavícula y húmero. Aún no se conoce su causa.

19. ACLARACIÓN DE LA AUTORA: Se remite al lector al Apéndice

- 1) Superoexterno
- 2) Inferoexterno
- 3) Superointerno
- 4) Inferointerno

El conjunto glandular mamario resulta formado por 15-20 lóbulos de forma piramidal, los que se dividen en lobulillos, y estos a su vez en acinis. Cada lóbulo está separado del inmediato por tractos conectivos por donde circulan nervio, arteria, vena y linfáticos. Por debajo del plano glandular de la mama, sobre la que descansa, se encuentra el músculo pectoral mayor. El músculo pectoral menor, inmediatamente por debajo del anterior, se inserta sobre las 3°, 4° y 5° costilla.

2.3 Cáncer de mamas: descripción general

Hasta aquí se ha hecho una descripción de aspectos médicos del cáncer y una descripción de la anatomía del órgano es cuestión, la mama. En este apartado se ahondará en el tipo de Cáncer, vinculado al objetivo de este trabajo, el Cáncer de Mama (CM)²⁰.

La National Cancer Institute (National Cancer Institute, 2005), agencia dedicada a la prevención, difusión y tratamiento del cáncer en los Estados Unidos define al cáncer de mama como una afección en la cual se forman células malignas en los tejidos de la mama.

La mama está compuesta por lóbulos y conductos (Figura 3).²¹ Cada mama tiene 15 a 20 secciones llamadas lóbulos, las cuales comprenden secciones más pequeñas denominadas lobulillos. Los lobulillos terminan en una cantidad de bulbos minúsculos que pueden producir leche. Los lóbulos, los lobulillos y los bulbos están conectados por tubos delgados denominados conductos. Cada mama tiene también vasos sanguíneos y vasos linfáticos. Los vasos linfáticos transportan un líquido incoloro llamado linfa. Estos se comunican con órganos pequeños llamados ganglios linfáticos, los cuales son estructuras con forma de garbanzo que se encuentran en todo el cuerpo. Estos últimos filtran sustancias en un líquido llamado linfa y ayudan a proteger contra infecciones y enfermedades. Grupos de ganglios linfáticos se encuentran cerca de la mama en la axila, sobre la clavícula y en el pecho.

El tipo más común de cáncer de mama es el CARCINOMA DUCTAL, el cual comienza en las células de los conductos. El cáncer que se origina en los lóbulos o los lobulillos se denomina CARCINOMA LOBULILLAR y se encuentra con mayor frecuencia en ambas mamas que otros tipos de cáncer de mama. El CÁNCER INFLAMATORIO de mama es un tipo de cáncer en el cual la mama está caliente al tacto, enrojecida e inflamada.

Cualquiera elemento que aumente las probabilidades de desarrollar una enfermedad se lo conoce como FACTOR DE RIESGO. Diferentes tipos de cáncer tienen diferentes tipos factores de riesgo Sin embargo, es importante recordar que estos factores aumentan el riesgo de la persona, pero no siempre "causan" la enfermedad. Muchas personas que tienen uno o más factores de riesgo nunca desarrollan un cáncer, mientras que otras que padecen de esta enfermedad no tienen ningún factor de riesgo conocido. No obstante, es importante conocer acerca de estos factores de riesgo, de manera que puedan tomarse medidas apropiadas, tales como cambiar algún comportamiento que afecte la salud o someterse a controles minuciosos con el fin de detectar un posible cáncer (American Cancer Society, 2005).

Entre los factores de riesgo para el cáncer de mama están:

1. Sexo
2. Edad avanzada.
3. Menstruación a temprana edad.
4. Edad avanzada al momento del primer parto o no haber dado nunca a luz.
5. Tener un historial de cáncer del seno o enfermedad de mama benigna
6. Madre o hermana con cáncer de mama.
7. Tratamiento con radioterapia al pecho.
8. Tejido de mama que muestra ser denso a la hora de la mamografía.
9. Uso de hormonas como el estrógeno y la progesterona.
10. Consumo de bebidas alcohólicas.
11. Ser de raza blanca.
12. No haber tenido hijos.
13. Consumo de pastillas anticonceptivas.
14. Sobrepeso.
15. Otros

20. ACLARACIÓN DE LA AUTORA: CM, sigla que da cuenta del Cáncer de Mama. A partir de este momento será utilizada a lo largo de esta tesina.

21. ACLARACIÓN DE LA AUTORA: Se remite al lector al Apéndice

La Sociedad Chilena de Psicooncología reconoce cinco dimensiones que inciden en la aparición de un cáncer (Espinoza & Calvo, 2004):

1. Predisposición genética.
2. Causalidad medio ambiental (exposición a carcinógenos)
3. Causalidad conductual (tabaquismo, sobre-exposición solar, etc.).
4. Causalidad social (mala alimentación, falta de educación, etc.).
5. Causalidad Psiconeuroinmunológica (Inmunosupresión Psicobiológica, estrés excesivo, depresión, inhibición).

2.4 Detección temprana y diagnóstico del cáncer de mama.

En todos los medios se habla y se lee sobre la detección temprana de las enfermedades, siendo ampliamente sabido que cuanto más temprano se conozca el diagnóstico el pronóstico puede ser más prometedor. Tal es así que, actualmente son muchos los hospitales que incluyen un servicio de Promoción y Prevención de la Salud.

Se pueden utilizar las siguientes pruebas o procedimientos para la detección temprana:

1. **MAMOGRAFÍA:** radiografía de la mama que puede detectar tumores, es decir, una exposición de los tejidos blandos de la mama a los rayos X. Aunque la mamografía es el modo más efectivo para detectar precozmente el cáncer de mama, el 75% de los tumores malignos se las encuentran las mujeres por si mismas. Sin embargo, aunque las mamografías pueden detectar lesiones antes de que puedan palparse, no son infalibles. Pueden darse tanto falsos positivos como falsos negativos y aproximadamente el 10 al 15% de las veces un tumor maligno no se refleja en la mamografía. (Haber, 2000).
2. **ECOGRAFIA MAMARIA:** consiste en la utilización del sonido como método de diagnóstico. Tiene la ventaja de ser inocuo y puede repetirse sin consecuencias para la paciente. En la mujer adulta, la ecografía se utiliza como elemento de diagnóstico complementario de la Mamografía. En la mujer adolescente o muy joven, comúnmente, se utiliza la ecografía como primer elemento de diagnóstico.
3. **BIOPSIA:** remoción de células, tejidos o líquido para examinarse en un microscopio y verificar la presencia de signos de cáncer. Si se encuentra una masa anormal en la mama, tal vez será necesario que el médico extirpe una pequeña cantidad de la masa anormal. El patólogo examina el tejido en un microscopio en búsqueda de células cancerígenas. A continuación se describen cuatro tipos de biopsia:
 - Biopsia por exéresis o escisión: remoción de toda masa o tejido sospechoso.
 - Biopsia por incisión: remoción parcial de toda masa o tejido sospechoso, bajo anestesia local.
 - Biopsia central o tru-cut: remoción parcial de toda masa o tejido sospechoso con una aguja ancha.
 - Biopsia por punción o aspiración con aguja fina: remoción de una muestra de tejido, masa o líquido con una aguja fina. Generalmente utilizada para diferenciar un quiste de un tumor.
4. **Análisis de receptores estrogénicos y de progesterona:** para medir la cantidad de receptores de estrógeno y progesterona (hormonas) en el tejido cancerígeno. Si se encuentra cáncer en uno de las mamas, se examina el tejido proveniente del tumor en el laboratorio para determinar si estas hormonas pudieran afectar la manera en que se desarrolla el cáncer, estos exámenes pueden determinar si la terapia hormonal puede detener el crecimiento del cáncer.

2.5 Factores que pueden afectar el pronóstico y sus opciones de tratamiento

Existen factores que pueden influir o afectar en el pronóstico o posibilidad de recuperación y las opciones de tratamiento del cáncer de mama. Entre ellos:

- El estadio del cáncer
- El tipo de cáncer de mama.
- La concentración de receptores de estrógeno y progesterona en el tejido tumoral.
- La edad de la mujer, su salud general y el estado menopáusico
- Si el cáncer ha sido recién diagnosticado o si ha reaparecido.
- Estructura de personalidad de la paciente y el grado de apoyo social con el que cuenta.

2.6 Estadísticas actuales

Alrededor de 211.240 mujeres en los Estados Unidos serán diagnosticadas con cáncer invasivo en el 2005. Unas 40.410 mujeres morirán de esta enfermedad este año. Ahora mismo hay más de 2 millones de mujeres en los Estados Unidos siendo tratadas por cáncer de mama. (American Cancer Society, 2005) Las posibilidades de tener cáncer de mama a lo largo de su vida son de 1 en 7. La probabilidad de morir es de 1 en 33, aunque este porcentaje parece estar disminuyendo con la mejora de la detección temprana, en países desarrollados (Nacional Cancer Institute, 2005).

2.7 Tratamientos para el CM

Gran parte del trabajo psicoterapéutico intenta ayudar a la paciente, y también a su familia, a sobrellevar el tratamiento. Desde el momento que se elige junto con el equipo médico, cuál va a ser la terapéutica a seguir, y a lo largo de todo el proceso. A continuación se describirán brevemente los tratamientos más utilizados para el CM, entre ellos: la cirugía, la radioterapia, la quimioterapia y la terapia hormonal (American Cancer Society, 2005).

a) Cirugía: la mayoría de los pacientes con CM se someten a cirugía a fin de extirpar el cáncer de la mama. Generalmente se extirpan algunos de los ganglios linfáticos bajo el brazo y se examinan bajo un microscopio para determinar si estos contienen células cancerosas. La cirugía conservadora de la mama, es una operación para extirpar el cáncer pero no la mama e incluye:

- Tumorectomía: procedimiento quirúrgico para extirpar el tumor (bulto) y una pequeña cantidad de tejido normal circundante.
- Mastectomía parcial o segmentaria: procedimiento quirúrgico para extirpar la parte del seno que tiene cáncer y algo del tejido normal circundante.

Otras cirugías son:

- Mastectomía total: procedimiento quirúrgico con remoción de toda la mama afectada. A este procedimiento también se le llama mastectomía simple. Se podría llevar a cabo la remoción de algunos ganglios linfáticos bajo el brazo para someterlos a biopsia. Esto puede realizarse a la misma vez que la cirugía de mama o después. Esto se realiza a través de una incisión separada.
- Mastectomía radical modificada: procedimiento quirúrgico para extirpar toda la mama afectada, muchos de los ganglios linfáticos bajo el brazo, el recubrimiento de los músculos pectorales y, en algunas instancias, parte de los músculos de la pared pectoral.
- Mastectomía radical: procedimiento quirúrgico para extirpar la mama, los músculos de la pared torácica bajo el seno y todos los ganglios linfáticos bajo el brazo.

Aún si el médico extirpara todo el cáncer visible al momento de la cirugía, el paciente tal vez sea sometido a radioterapia, quimioterapia o terapia hormonal después de la cirugía a fin de eliminar toda célula cancerosa que pueda quedar aún. El tratamiento administrado después de la cirugía para incrementar las posibilidades de curación se denomina terapia coadyuvante.

b) Reconstrucción mamaria: es la cirugía para reconstruir la forma de una mama después de la mastectomía. Esta puede hacerse al momento de la mastectomía o posteriormente. La reconstrucción se realiza con el propio tejido (no de la mama sino de otras partes del cuerpo) de la paciente o mediante el uso de implantes de silicona.

c) Radioterapia: es un tratamiento para el cáncer el cual utiliza rayos X de alta energía u otros tipos de radiación para eliminar células cancerosas. Existen dos tipos de radioterapia. La radioterapia externa utiliza una máquina fuera del cuerpo la cual envía radiación al área donde se encuentra el cáncer. La radioterapia interna utiliza una sustancia radioactiva sellada en agujas, alambres o catéteres que se colocan directamente dentro o cerca del cáncer. La forma en que se administre la radioterapia va a depender del tipo y el grado de avance del cáncer que está siendo tratado.

d) Quimioterapia: es un tratamiento del cáncer que utiliza drogas para interrumpir la proliferación de células cancerosas, mediante la eliminación de las células o evitando su multiplicación. Cuando la quimioterapia se administra oralmente o se inyecta en una vena o músculo, los medicamentos ingresan al torrente sanguíneo y afectan a células cancerosas en todo el cuerpo (quimioterapia sistémica). Cuando la quimioterapia se coloca directamente en la columna vertebral, un órgano o una cavidad corporal como el abdomen, los medicamentos afectan principalmente células cancerosas en esas áreas (quimioterapia regional). La forma en que se administre la quimioterapia va a depender del tipo y el grado de avance del cáncer que está siendo tratado.

e) Terapia hormonal: es un tratamiento que elimina o bloquea la acción de las hormonas y detiene el crecimiento del cáncer. Las hormonas son sustancias producidas por las glándulas del cuerpo y que circulan por el torrente sanguíneo. La presencia de ciertas hormonas produce el crecimiento de ciertos cánceres. Si las pruebas revelan que las células cancerosas tienen sitios donde se adhieren las hormonas (receptores) se puede utilizar drogas, cirugía o radioterapia para reducir la producción de hormonas o impedirles que ejerzan su función.

La terapia hormonal con tamoxifeno a menudo se suministra a pacientes con estadios tempranos de cáncer de mama y pacientes con cáncer metastático de mama. La terapia hormonal con tamoxifeno o estrógenos puede actuar sobre las células de todo el cuerpo y aumentar la posibilidad de padecer cáncer del endometrio. Las mujeres que reciben tamoxifeno deben someterse a un examen cervical todos los años para controlar la aparición de cáncer.

2.8 Efectos secundarios de las terapéuticas contra el CM

Todas las opciones de tratamientos descritas en el apartado anterior, actúan en forma directa para “matar” o extirpar el cáncer que existe en el cuerpo de la paciente. Desgraciadamente, el dar terapia de cáncer muchas veces afecta los órganos normales del cuerpo que no están afectados por el cáncer. Las consecuencias no deseadas en órganos no afectados con cáncer, son referidas como complicaciones del tratamiento o efectos secundarios. Es uno de los objetivos de la psicoterapia con pacientes con cáncer de mama, el disminuir los dichos efectos provocados por los distintos tratamientos.

Los efectos secundarios más comunes a los distintos tratamientos son los siguientes (Y-Me Nacional Breast Cancer Organization, 2005):

- Pérdida del cabello – Alopecia
- Náusea y Vómito
- Fatiga
- Bajo número de células en la sangre, lo que podría resultar en una mayor susceptibilidad a las infecciones o un mayor riesgo de hemorragia
- Menopausia prematura
- Anemia Las cuentas bajas de la célula de sangre roja (anemia) pueden causarle a la sensación cansada o fatigada. Estos síntomas se pueden acompañar por palpitaciones de corazón, el “shortness” de la respiración y la tez pálida.
- Anorexia y pérdida de peso
- Myelosuppression o Mielosupresión: es una reducción en la capacidad de la médula de producir las células de la sangre. Durante el período de la mielosupresión, los pacientes pueden estar en un riesgo creciente de la infección o de la sangría o pueden experimentar síntomas de la anemia.
- Neutropenia refiere a una cuenta blanca reducida de la célula de la sangre, que baja la resistencia de un paciente a la infección bacteriana y puede evitar que un paciente reciba su quimioterapia del cáncer en los tiempos y las dosis prescritos.
- Trombocitopenia, cuenta de plaqueta baja. El papel de plaquetas es evitar el sangrar causando coágulos de la sangre a la forma en el sitio de lesión. Una reducción en el número de las plaquetas (thrombocytopenia) da lugar a la contusión fácil, a los “nosebleeds” (hemorragia nasal) o a la sangría excesiva de heridas de menor importancia o las membranas mucosas.
- Tumor Lysis Syndrome, se podría llegar a definir como una degeneración metabólica producida por una rápida ruptura de un tumor como consecuencia de los tratamientos.

2.9 Impacto psicológico de los tratamientos médicos

La paciente no debe sólo lidiar con el “estar enferma”, con las reacciones de su entorno, con lo significativo para esta sociedad de una mama, sino también con el impacto que los tratamientos causan en ella. El objetivo de este apartado es conocer ciertos aspectos del mismo que un tratamiento puede causar a una paciente con cáncer de mama.

1. CIRUGIA: las intervenciones quirúrgicas suponen para la paciente el tomar determinadas decisiones; y escoger implica tener el control de algo. Ello provoca el que algunas mujeres se autoinculpen, todavía más, cuando los resultados no son satisfactorios.

- Mastectomía frente a tumorectomía: reacciones.

En el sumario de respuestas psicológicas a la cirugía se afirma que las pacientes sometidas a una mastectomía sufren más depresiones y mayores dificultades con la sexualidad, la imagen corporal y la identidad femenina que aquellas otras a quienes se les practica una tumorectomía. Estas últimas mantienen los sentimientos de feminidad y atractivo, y están más dispuestas a hablar sobre la enfermedad (Rowland & Holland's, 1989).

Durante y después del acto quirúrgico el paciente puede padecer distintos tipos de estados emotivos que están referidos a ansiedades básicas. La presencia de estos estados y la magnitud de su repercusión en el psiquismo del individuo que va a someterse a una operación va a estar siempre relacionada con el hecho en sí, los antecedentes históricos del sujeto, las ventajas biográficas, los recursos psíquicos, los antecedentes psiquiátricos premórbidos, el grado de apoyo social²² que pudiera tener etc. Estos estados los podemos nombrar como ansiedades básicas y están referidas al momento pre y pos quirúrgico (Talgham, 2005).

En la etapa prequirúrgica podemos encontrarnos con ansiedades de tipo confusional y paranoide. La ansiedad de tipo confusional consiste en una amenaza a la integración del yo y conduce a la desestructuración. En general se puede contrarrestar con un buen trabajo de psicoeducación no demasiado abundante en explicaciones pero sí las suficientes como para devolverle al paciente cierto control sobre la situación y su propio cuerpo.

22. ACLARACIÓN DE LA AUTORA: Se remite al lector al apartado N° 9.4

En el postoperatorio lo que aparece con frecuencia son ansiedades de tipo depresivo, este tipo de ansiedades alcanza tenores elevados en pacientes que han sufrido intervenciones mutilantes. Se reduce lentamente mediante la reparación, la compensación y la elaboración del duelo.

2. QUIMIOTERAPIA: la experiencia de la quimioterapia puede depender, en parte, de si su administración está prevista en el plan de tratamiento inicial o de si se utiliza para combatir una reaparición de la enfermedad. En este último caso, puede que las pacientes que la reciban por segunda vez tengan un mayor grado de estrés, debido a que la recaída representa una experiencia más dura que el diagnóstico inicial. Es lógico que durante la quimioterapia, estas pacientes interpreten los síntomas físicos como un indicativo de la progresión de la enfermedad, en cambio, las pacientes que reciben la quimioterapia por primera vez los asocian a los efectos secundarios del tratamiento.²³

Aunque diferentes clases de quimioterapias puedan producir distintos tipos de efectos secundarios, los más habituales son náuseas, vómitos, aumento de peso, sofocaciones, cambios de humor y caída del cabello. Además de los efectos secundarios de carácter físico, la experiencia de la quimioterapia provoca reacciones emocionales como: el aumento de los niveles de ansiedad, depresión, miedo, sentimiento de pena, vergüenza, dependencia, pánico y falta de atractivo. Asimismo, muchas mujeres saben que la quimioterapia puede provocar la caída del cabello. Sin embargo, a pesar de saberlo, la experiencia real de la pérdida del cabello puede ser vivida como traumática.

3. RADIOTERAPIA. en torno al uso de la radioterapia pueden existir circunstancias inquietantes, como el nivel de ruido que produce el Betatrón, que es un instrumento emisor de radiaciones. El miedo y la ansiedad pueden ser respuestas condicionales consecuencia de este tratamiento. La depresión y el aislamiento social son otras de las posibles reacciones.

Los efectos secundarios psicológicos de la radioterapia pueden incluir fatiga y alteraciones en la piel. Habitualmente, la radioterapia se aplica cinco días a la semana durante aproximadamente cinco semanas. Así pues, los inconvenientes y los gastos que ocasiona el desplazarse diariamente para el tratamiento, provocan, a menudo, preocupaciones adicionales sobre medios de transporte, horarios laborales y cuidados de los hijos.

4. TRANSPLANTE AUTÓLOGO DE MÉDULA ÓSEA (TAMO): aunque los estudios médicos sobre la efectividad del trasplante autólogo de médula ósea son esperanzadores, este tipo de tratamiento es todavía demasiado reciente como para evaluar su impacto psicológico. Diversos estudios refieren que provoca estrés psicológico debido al largo aislamiento aséptico de la paciente y al alto coste económico que tiene, pero aún se sigue estudiando.

Siendo el cáncer la tercera causa de muerte en la Argentina, es imposible no conocer un poco de él. Cabe aclarar, que varios aspectos médicos fueron dejados de lado, y muchos más aún, que seguro se desconocen, ya que los avances tecnológicos son diarios. En el próximo capítulo se desarrollará el concepto de Calidad de Vida, fenómeno complejo y multidimensional, que ayuda a mantener en el profesional su mirada sobre la Vida y sobre la posibilidad que siempre se puede seguir abarajando.

Capítulo 3. Calidad de vida en oncología

En la actualidad, ya inmersos en el siglo XXI, es imposible dejar de lado la Calidad de Vida. En este concepto se aúnan las esperanzas de lograr una diferencia en la vida del paciente, aún no siendo posible ofrecerle una cura. Alcanzar esa diferencia hace que el esfuerzo y el sufrimiento “valgan la pena”.

3.1 Conceptualización histórica

La calidad de vida, puede entenderse como el resultado implícito de la asistencia médica desde los tiempos de Hipócrates (Ganz et al., 1999). Los médicos han sido formados para aceptar la responsabilidad de maximizar el bienestar de sus pacientes a través del alivio de su sufrimiento y, de ser posible, la cura de sus enfermedades. Parecería que el término Calidad de Vida ya es pensado por Séneca, “*Cualitas Vitae*”, siendo esta una preocupación antigua (Font, 1994).

Podría decirse que los esfuerzos contemporáneos para definir y medir la Calidad de Vida²⁴, derivan de los esfuerzos históricos designados para medir el bienestar de la población, utilizando indicadores sociales, tales como la vivienda, empleos e ingresos. Últimamente el papel paternalista de los médicos en determinar lo que es mejor para el paciente, ha sido cuestionado por la autonomía creciente de éste y su participación en el cuidado de la salud. Esta relación cambiante entre los médicos y pacientes ha

23. ACLARACIÓN DE LA AUTORA: En este caso se muestra claramente la importancia de la Psicoeducación del paciente y su familia. Esta labor psicoterapéutica prepara mejor a los implicados a lo que va a venir, bajando niveles de ansiedad y aumentando su operatividad.

24. ACLARACIÓN DE LA AUTORA: A partir de aquí se utilizarán las siglas CV para denominar “Calidad de Vida”.

tenido lugar durante el período en el cual hubo un interés creciente en medir los resultados de la salud en tratamientos médicos. Estos desarrollos históricos y nuevos sitúan el escenario para el interés creciente en la medición de la calidad de vida en pacientes con cáncer.

En Oncología este término está adquiriendo cada vez una mayor importancia debido a las posibilidades de tratamiento. Así también, los avances científico-tecnológicos permiten que en muchos casos se alargue la vida de los pacientes (Font, 1994). Este interés también ha aumentado en otras enfermedades crónicas, como las cardiovasculares, infecciosas o las mentales.

3.2 Calidad de vida: definición

Aunque la frase "Calidad de Vida", en la actualidad se encuentra en boca de todos, es excesivamente difícil definirla en forma precisa. A menudo la CV es usada sin explicación por los autores de artículos científicos y se utiliza para la medición de una amplia gama de variables desde indicadores psicológicos tales como pérdida de peso hasta mediciones psicológicas estandarizadas de enfermedad emocional. Afortunadamente, actualmente hay un creciente consenso acerca de la definición de la calidad de vida.

La Organización Mundial de la Salud, OMS, entiende CV como la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno.

"CV" es un concepto utilizado internacionalmente que da cuenta de un fenómeno complejo y multidimensional (Dimensiones física, emocional, psíquica, espiritual y social). Hace referencia no sólo al bienestar físico, sino también psíquico, emocional, espiritual y social. Es "la evaluación subjetiva de la vida como una totalidad; un constructo que muestra cómo la persona evalúa la calidad de vida actual en relación a la calidad de vida ideal" (Talgham, 2005).

Las definiciones de dos grupos de investigación (Ganz et al., 1999) son las siguientes según:

- La calidad de vida es la evaluación subjetiva de la vida como una totalidad.
- La calidad de vida "se refiere a la evaluación de los pacientes" y su satisfacción con el nivel del funcionamiento actual de los que ellos entienden ser posible o ideal.

Al definir Calidad de Vida desde sujetos enfermos, es de gran importancia recordar que se debe tratar de integrar la enfermedad a la vida cotidiana del paciente y entender cómo el paciente convive con la misma. Así también es importante conocer y evaluar el grado de satisfacción del paciente con su condición actual. Cabe recordar que es de especial importancia no confundir calidad de vida con SALUD. Es importante aclarar que los conceptos de Salud y CV, no son sinónimos sino complementarios. La CV comprende a la Salud, desde una perspectiva más amplia que la mera distinción salud-enfermedad. El concepto de Salud, parecería dejar de lado la enfermedad, mientras que la CV la toma e incluye también la perspectiva del paciente frente a la situación. Sus evaluaciones se complementan pero son de naturaleza esencialmente distintas.

Al hablar de CV relacionada con la salud, se pueden encontrar tres dimensiones a tener en cuenta:

Dimensión física: es la percepción del estado físico o la salud, entendida como ausencia de enfermedad, los síntomas producidos por la enfermedad, y los efectos adversos del tratamiento. No hay duda que estar sano es un elemento esencial para tener una vida con calidad.

Dimensión psicológica: es la percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo como el miedo, la angustia, la incomunicación, la pérdida de autoestima, la incertidumbre del futuro. También incluye las creencias personales, espirituales y religiosas como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento.

Dimensión social: es la percepción que el individuo tiene de la relaciones interpersonales y los roles sociales²⁵, como la necesidad de apoyo familiar y social, la relación médico-paciente²⁶, el desempeño laboral.

Al entender la CV como un concepto complejo y multidimensional, es importante entender este concepto como Subjetivo, Universal, Holístico, Dinámico y en Interdependencia entre las distintas esferas del ser humano.

3.3 Calidad de vida: su aplicación

La medición de CV tiene aplicaciones a diferentes niveles. Algunas de ellas son estas: (Arrarás, et al., 1998)

25. ACLARACIÓN DE LA AUTORA: se remite al lector apartado N° 9.4 donde se ampliará este concepto.

26. ACLARACIÓN DE LA AUTORA: se remite al lector al capítulo N° 5

- Colaborar para ofrecer una intervención global mejor sobre el paciente y mejorar su CV.
 - Evaluar el funcionamiento de los pacientes en las diferentes áreas de la CV.
 - Conocer el estado subjetivo de los pacientes en relación a su enfermedad.
 - Predictor de la evolución de la enfermedad, ya que las puntuaciones previas pueden dar idea de esta evolución.
 - Realizar una detección precoz de los problemas.
 - En la práctica clínica diaria, como un factor más a tener en cuenta en la elección del tipo de tratamiento a aplicar.
 - Una variable en ensayos clínicos en los que se estudian tratamientos.
 - Como una variable a tener en cuenta en decisiones de política sanitaria.
- Así también, se podría decir que, el estudio científico de la CV de los pacientes con CM es importante ya que permite:
- Conocer el impacto de la enfermedad y o el tratamiento a un nivel relevante, diferente y complementario con el nivel biológico-fisiológico.
 - Conocer mejor los efectos secundarios de los tratamientos.
 - Profundizar en el conocimiento del enfermo y su adaptación a la enfermedad.
 - Evaluar mejor las terapias paliativas.
 - Eliminar los resultados nulos de algunos ensayos clínicos, facilitando la cooperación de terapias alternativas.

Estas mediciones pueden ser útiles entre otras razones porque los métodos de valoración tradicionales no miden los efectos que el cáncer y su tratamiento ejercen en las dimensiones emocionales, espirituales y sociales, porque la CV puede estar afectada aunque el paciente este curado, porque la CV puede mejorar aunque no se produzcan efectos en la supervivencia, o porque puede ayudar a conocer preferencias de los pacientes.

3.4 Medición de la calidad de vida

El estudio científico de la calidad de vida es uno de los temas que puede ser abordado desde un nuevo campo multidisciplinario de conocimientos, la Psicooncología²⁷. Se puede definir de manera más exacta lo que se entiende por CV si se considera de manera más concreta y operacional diferentes aspectos que podemos denominar componentes, niveles o dimensiones²⁸ de la CV. (Ganz et al., 1999) Históricamente la valoración de las terapias del cáncer se ha centrado en variables biomédicas, como la tasa de respuesta, el intervalo libre de enfermedad, la supervivencia y otras. Asimismo, las variables psicosociales están siendo abordadas e incluidas por muchos autores. Actualmente hay un crecimiento del consenso en cuanto a las dimensiones de la CV, junto con una expansión del número de herramientas apropiadas para medir la CV en pacientes oncológicos.

Un instrumento que mida la CV de los enfermos de cáncer debe ser:

1. VÁLIDO: Idealmente, debería ser reflejar la experiencia de los enfermos y ser relevante clínicamente
2. CONFIABLE: debería ser repetible, obteniendo resultados significativamente válidos.
3. PRÁCTICO: en función al tiempo empleado para su aplicación, calificación, inteligibilidad, etc.

Como la CV es una variable relacionada con los valores de la gente, con su subjetividad, determinado todo esto por el contexto social, cultural y económico, es importante conocer la ideología de la paciente acerca de la salud y la enfermedad, definiciones que comparte con su marco social y de pertenencia. Es por esto, que ciertas escalas de medición de la CV, han incluido además del paciente, a su familia y al equipo profesional interviniente. Tomándose en cuenta todos aquellos que son parte de la red de social personal²⁹ de la paciente.

La cantidad de escalas de CV son muchas y muy variadas (Ganz et al., 1999)³⁰. En cuanto a lo que el CM respecta, algunas de las escalas más conocidas se describen brevemente a continuación:

- Spitzer, desarrolló una herramienta especialmente diseñada para la evaluación de la CV de los pacientes con cáncer. Este instrumento contiene una escala para la evaluación global de la CV, junto con componentes separados, que evalúan los aspectos físicos y emocionales. Esta escala de 10 puntos es atractiva por su simplicidad y facilidad con que puede ser clasificada por el observador, y que fue usada extensamente en la investigación del cáncer durante la década del 80 (Por ejemplo: el

27. ACLARACIÓN DE LA AUTORA: Se remite al lector al Capítulo N° 1 donde se abordará este concepto con mayor amplitud.

28. ACLARACIÓN DE LA AUTORA: Se remite al lector al apartado 3.2 donde se desarrollan estas dimensiones.

29. ACLARACIÓN DE LA AUTORA: se entiende por Red Social Personal a la suma de todas las relaciones que un individuo percibe como significativas o define como diferenciadas de la masa anónima de la sociedad, según Sluzki.

30. ACLARACIÓN DE LA AUTORA: desde ya se remite al lector a la lectura del texto "El paciente oncológico y Calidad de Vida", publicado en la revista "The Oncologist" (2002) donde se desarrolla la temática de manera exhaustiva, ya que este capítulo deja varios aspectos de lado.

Estudio Nacional Hospitalario). Sin embargo, durante la década pasada fue creciendo la opinión de que la CV podría ser evaluada por el mismo paciente, por el clínico o autoridades. Por lo tanto han sido desarrolladas muchas nuevas herramientas para capturar la evaluación de la CV del paciente.

- ❑ Cuestionario de Cáncer de Mama (BCQ), Levine y sus colaboradores, han creado este cuestionario utilizado en ensayos clínicos con pacientes con cáncer de mama en estadio II, para evaluar el efecto de la quimioterapia. El cuestionario fue creado a partir de las experiencias de mujeres que realizaban este tratamiento. Consiste en 30 preguntas que se centran en la pérdida de atractivo, fatiga, síntomas físicos, emocionalidad, esperanza, apoyo social, entre otros.
- ❑ EORTC QLQ-C30 (European Organization for Research and Treatment of Cancer): El cuestionario está compuesto por 30 ítems que intentan valorar la CV, así como el estado físico, emocional, social y el funcionamiento global en pacientes diagnosticados de cáncer. Las preguntas del cuestionario se refieren a la última semana desde la fecha en que el encuestado cumplimenta el formulario. Está organizado en varias escalas multi-ítem y algunos ítems independientes. Concretamente existen cinco escalas funcionales (funcionamiento físico, actividades cotidianas, funcionamiento emocional y funcionamiento social); tres escalas de síntomas (fatiga, dolor y náuseas y vómitos); una escala de estado global de salud; y seis ítems independientes (disnea, insomnio, apetito, estreñimiento, diarrea e impacto económico). Ningún ítem aparece en dos escalas a la vez. Las escalas se agrupan en 3 áreas que son: estado global de salud y calidad de vida, área de funcionamiento y área de síntomas (Rodríguez, et al., 2005).

Este apartado busca hechar luz sobre la importancia de ofrecer una mejor CV a las pacientes con CM, y por qué no también, a su familia. Este concepto ayuda a mantener al profesional su mirada sobre la Vida, sobre las posibilidades que siempre se pueden seguir barajando. El concepto está emergiendo como un principio organizador que puede ser aplicable para la mejora de una sociedad, sometida a transformaciones sociales, políticas, tecnológicas y económicas.

Muchas veces, aún en la actualidad, la fantasía social se asocia al cáncer como sinónimo de muerte, aún sabiendo que ya no lo es. Pensar en términos de calidad de vida, da a los profesionales de la salud la oportunidad de seguir trabajando. La posibilidad de seguir ofreciendo a la paciente y su familia, una posibilidad de una mejor vida, ajena a la posibilidad de “curar” o no. Luchando por la creencia de que siempre se puede alcanzar una diferencia.

En el próximo capítulo, se desarrollarán algunos de los impactos psicosociales a los que se ve enfrentada la paciente con cáncer de mama. Se abordarán algunos aspectos antropológicos de cáncer, la significación psicosocial de la mama y las reacciones psicológicas frente al diagnóstico.

II Parte. Acerca de la comunicación entendida como relación

Capítulo 4. Aspectos psico-sociales del cáncer de mama

Hasta aquí se ha realizado un recorrido a través de las generalidades médicas del cáncer de mama, y se ha ahondado en la importancia de pensar en la CV de la paciente y su familia. Se intentará desarrollar en este capítulo, las implicancias psicosociales del CM, comenzando desde su significación antropológica, su valoración en el contexto social, y su implicancia en los modelos propios del siglo XXI, en las distintas etapas del desarrollo de la enfermedad.

4.1 Significación antropológica del cáncer

Es cualidad del ser humano la necesidad de dar significado a las cosas que lo rodean, a los hechos, sucesos, sentimientos. Ya que a través de la interacción se crean nuevas realidades posibles, las que dan cuenta del contexto en las que fueron creadas.

A lo largo de la historia, las generaciones no encontraron mejor respuesta a sentimientos extraños y oscuros, al sentido del pecado, el horror al incesto, el diablo, a odios y rencores pasados que, otorgarles el carácter de “enfermedades sagradas”. Es así como podemos decir que la creación de mitos responde a “necesidades” emocionales profundas y primitivas, siendo uno de los fenómenos más trascendentes de la historia de la Humanidad. Pero lo mitológico no es producto de la antigüedad, sino que los mitos abundan en nuestra sociedad moderna y las culturas contribuyen a su creación y evolución.

La medicina, respondiendo a inquietudes de la historia, no puede dejar de integrarse con los mitos que actúan en forma conciente o inconsciente. Y en gran medida, podría decirse que los mitos determinan el tratamiento y evolución de algunas enfermedades de las cuales uno de sus modelos actuales es el

cáncer. En este sentido, Schávelzon (1992) señala: “La imagen del cáncer, por sus profundas relaciones con lo instintivo del hombre y por su permanencia y actualidad como “enfermedad sagrada” es proclive a los mitos, a la mitosis, en un significativo juego de palabras con la denominación de la reproducción celular (...) Así, se ha visto referirse al cáncer como: un tejido escapado a las normas estructurales del individuo, una cópula fantástica hermafrodita, un componente demoníaco en la reproducción celular, una alienación reproductiva, una esquizofrenia celular (...)” (Schávelzon, 1992).

En relación con lo anterior, se podrían agregar algunos de los nombres con los que la sociedad actual se refiere a la mencionada enfermedad (Talgham, 2005). Es así como se refiere al cáncer como: un “bicho” que crece por dentro, en lugares oscuros y siniestros y que de a poco se come el contenido del cuerpo, matándolo; como “la papa”, que denota un origen biológico en el sentido de crecimiento y formación de un fruto, el tumor; como lo “malo”, “maligno”, referencia que da cuenta de su carácter demoníaco, casi religioso, místico, que se opone a lo “bueno”, “benigno”; como “castigo” que el paciente padece por “haberse portado mal”, “por haber sido malo”, lo que nuevamente coloca al cáncer del lado de los imperativos morales.

Y si de imperativos morales se trata, “el horror a la violación de los tabúes ancestrales, el deseo por un lado y culpa inconsciente por el otro, lleva a una ambivalencia, lleva al individuo al autocastigo, que cuando se expresa por el área del cuerpo, se enferma o logra hacerse operar varias veces. Eligiendo afecciones que significan, para el momento cultural, culpas segregación, sufrimiento y muerte” (Schávelzon, 1992).

La enfermedad incurable, en particular el cáncer, adoptó los rasgos espantosos de las antiguas representaciones de la muerte. “Mejor que el esqueleto o la momia de los siglos XIV y XV, más que el leproso (...), el cáncer es hoy la muerte. Pero es preciso que la enfermedad sea incurable para que deje así transparentar la muerte y le dé su nombre. La angustia que entonces libera obliga a la sociedad a multiplicar las consignas habituales de silencio, para hacer volver ese caso demasiado dramático a la regla trillada de las salidas discretas” (Aries, 2000). Es así como, “Nuestra sociedad siempre se las ingenia para encontrar aquella fractura donde proyectar todo lo malo puesto en lo diferente, en lo extraño” (Talgham, 2005).

4.2 Las mamas: significación psicosocial

La enfermedad oncológica no es sólo un acontecimiento biológico sino también biográfico. El impacto psicológico y social va a variar de acuerdo al tipo de afección, así también según la significación otorgada por la paciente y su entorno, y también por supuesto, de acuerdo a la gravedad de la enfermedad.

El cuerpo es una parte importante de nuestra identidad, toma una connotación personal. Vehículo de nuestra vida, de nuestra posibilidad de ser en el mundo con los otros. Además de la connotación general positiva que toda persona le atribuye a la integridad e indemnidad de su cuerpo, hay valoraciones específicas vinculadas a la autoapreciación personal y función concreta que los distintos órganos cumplen, tanto en el plano biológico como dentro de un horizonte más amplio que implica la vida en sociedad.

La femineidad no es algo innato sino que se deviene hombre o mujer a través de un largo proceso. La identidad sexual no es un punto de partida sino de llegada. El sexo biológico no necesariamente se corresponde con la identidad sexual lograda (Gurrucharri, 1997).

Se sostiene que es por esta razón, que el cáncer de mama implica un shock, un impacto emocional para la mujer que lo padece y el equipo profesional que la asiste. Se cree que si ésta mujer ha logrado la madurez psicosexual tendrá elementos para procesar la herida narcisista que significa recibir el primer impacto: el diagnóstico. Siendo el segundo impacto, el tratamiento propuesto (tumorectomía, mastectomía, radioterapia, quimioterapia, etc.).

Podría decirse que a través de la pintura, la escultura, la literatura, y hasta en tratados de medicina, encontramos diferentes representaciones y significaciones de la mama. Siendo ésta, resultado de los cambios propios de cada época y cultura. Conservando siempre su importancia trascendental, que permanece no solamente en lo más profundo de cada mujer, sino también en lo más profundo del pensamiento colectivo de la sociedad.

Así por ejemplo, a partir del trabajo realizado por Oiz (Oiz, 2005) se puede constatar como las mamas fueron símbolo de femineidad en culturas antiguas, muy distantes entre sí, tal es el caso de representaciones en piedra de figuras femeninas del Paleolítico, entre las que se halla la conocida como Venus de Willendorf (FIGURA 4), con rasgos sexuales femeninos muy acentuados, entre los que destacan grandes mamas; y el de las estatuillas halladas en excavaciones realizadas en México, pertenecientes a épocas precolombinas, en las que se manifiesta la acentuación de las glándulas mamarias. Es igualmente conocido, el poder atribuido a la diosa egipcia Isis de conceder la inmortalidad a quien se nutriera de sus mamas y la leyenda de Rómulo y Remo, amamantados por una loba. Este concepto de la mama nutritiva, sinónimo de abundancia, fue venerado como signo de supervivencia por el pueblo judío; la tradición cris-

tiana lo convirtió en “nutrición espiritual” y posteriormente en el siglo XIV se entendió como encarnación de la caridad y la pureza. El psicoanálisis insiste en el papel crucial de las mamas femeninas, “pechos maternos” en el desarrollo emocional de las personas. Varios autores consideran que, además de cumplir la función de alimentación, constituyen el apego y el vínculo emocional que la madre establece con el bebé a través de la lactancia siendo el punto de partida de la vida sexual del niño y de la niña. Se expone que es un símbolo erótico femenino que se puede definir como el primer objeto de seducción desde los primeros años de vida.

Tras esta exposición no es posible eludir la conclusión de que, si las mamas son tan valoradas y estimadas no sólo por quien las posee, la mujer, sino por toda la sociedad, su privación forzosamente acarreará un impacto emocional, tanto en la paciente como en su entorno.

Desde esta perspectiva, podemos observar que las mamas desempeñan un conjunto de funciones imbricadas las unas con las otras, y cualquiera de ellas que se vea afectada, afecta a la vez el significado subjetivo que la persona estableció.

Algunas de las funciones más importantes son (Espinoza & Calvo, 2004):

❑ **Función Alimenticia Biológica.**

En mamíferos, el primer alimento del bebé es mediante el amamantamiento de la madre. La mama es efector de este “dar biológico” de alimentación.

❑ **Función Psicológica del Amamantamiento.**

En los seres humanos, lo biológico y lo psicológico de la función de amamantamiento, se dan combinadamente, unitariamente. Ello acontece tanto con quien recibe, como quien entrega esta forma de alimentación. Junto a la leche, el bebé recibe el contacto corporal y el afecto de la madre. Acto de generosidad biológico-espiritual que alcanza, la plenitud propia que brinda el sentido concreto de la maternidad.

❑ **Función Identificatoria.**

Una propiedad existencial básica del ser humano es su connotación sexuada. De esta diferenciación nace el arquetipo de la incompletad del ser humano, para acceder a dicha plenitud existencial, se significa como requisito básico una apropiada identidad afectivo-sexual en relación a un otro. Identidad de base tanto biológica (órganos sexuales primarios y caracteres sexuales secundarios) como de formación psicosocial. En las mujeres, unos de los más significativos caracteres sexuales secundarios lo constituye el desarrollo mamario. Constituyendo un esencial símbolo de la feminidad.

❑ **Función Erógena.**

Las mamas son órganos que tienen un particular significado erótico. Constituyen por una parte, un reconocido incentivo erótico para el hombre y la mujer. A su vez, representan una de las fuentes más importantes de gratificación afectivo-sexual. En virtud de esto es comprensible una especial preocupación por las características estéticas de esta zona tan significativa de su self erótico.

4.3 Impacto psico-social del CM

La experiencia por la que se atraviesa al sufrir CM no depende solamente del pronóstico médico y del alcance del tratamiento, sino que se basa en gran parte en las conceptualizaciones previas de la enfermedad que tenga la mujer y su estado psicológico, siendo de importancia su forma de reaccionar frente a experiencias traumáticas anteriores³¹. No podría negarse que los grandes temas sobre los que giran los conflictos ligados al CM son: “cáncer igual muerte, cirugía mutilante en un órgano peculiar como es la mama, y alopecia a consecuencia de la quimioterapia. Tanto la mama como el cabello tiene una carga de eroticidad, y son símbolos de la feminidad” (Gurucharri, 1997).

Siendo la mama un órgano visible, y tan valorado por la sociedad que la considera parte esencial y atributo invaluable de la belleza femenina, es de suponer que el efecto colateral lleva a la mujer a sentirse poco atractiva, generando inseguridad con el sexo opuesto y dificultades en su valía personal, como en su imagen. Es de esperar que por este motivo cambie su conducta, su forma de relacionarse socialmente y hasta su forma de vestir. “Todo tipo de intervención o tratamiento sobre los órganos sexuales femeninos, es vivido como un ataque a la base de la feminidad, repercutiendo en la sexualidad integral de la mujer” (Seifert, 2002). Estos debe trabajarse en psicoterapia, ayudando a elaborar las heridas narcisísticas que puede provocar.

El Servicio de Ginecología del Hospital Municipal Bernardino Rivadavia, trabaja distintas variables, al hablar de patología mamaria, ya que hablar de ello lleva implícito en muchas situaciones, la idea de mutilación, de agresión, de rechazo, etc. que dependerá de la historia de la paciente, de sus mecanismos de afrontamiento y así como de sus redes de apoyo, la forma cómo se desarrollará (Tropp, 1989):

❑ **La relación con el ESQUEMA CORPORAL:** entendiendo como tal a la imagen corporal que de sí misma tiene y que es común a la especie humana.

31. ACLARACION DE LA AUTORA: Se remite al lector a los apartados primero y segundo del capítulo N° 8.

- ❑ La IMAGEN INCONSCIENTE del CUERPO: tiene que ver con las fantasías, las esperanzas, los deseos que los padres tejen en torno a su hijo por nacer. Y luego, en como este hijo, irá vivenciando sus relaciones con la madre, el padre; si responderá o no a los deseos parentales. Cuales serán las vicisitudes de sus propios deseos. Dónde quedaran registrados en el cuerpo las zonas placenteras o displacenteras. Cuáles serán los órganos seleccionados para almacenar estos registros.
 - ❑ Las relaciones establecidas TEMPRANAMENTE con Padres y Hermanos: cómo se sintió, querida, aceptada o excluida. Sostenida, comprendida o rodeada de seres hostiles y rivales. Relaciones que tienen un correlato psíquico, estableciendo una impronta, una huella, que será el modelo para toda futura relación humana.
 - ❑ El NARCISISMO: al reconocer que todo ser humano necesita una cuota importante de amor a sí mismo para vivir, para gozar, para elegir, para hacer lo que hace, que se podría llama "buen narcisismo", también se sabe que se posee en mayor o menor grado, un exceso de amor. A este extra se suele ubicarlo en otras personas, tareas y órganos del cuerpo. Es así, que cuando la mutilación recae en un órgano amado, la frustración se acrecienta y su tolerancia se torna difícil.
 - ❑ Los DUELOS: es importante saber como han sido vividas y significadas las pérdidas en la historia de la paciente. Si han podido elaborarse, superarse.
 - ❑ La Relación con su ENTORNO: incluyendo a la familia, amigos, el trabajo, etc.
 - ❑ La ubicación SOCIO-CULTURAL: incluyendo lo económico, establecer las posibilidades de acceso a estudios complementarios, tratamientos, medición, cuidados posteriores.
- Es de gran importancia señalar que la lista no se agota aquí, sino que seguramente existan otras variables que no se han trabajado y que el interjuego entre ellas produce infinitas combinaciones. Es así como se puede ver que el Cáncer de Mama, envuelve variables desconocidas a la hora de pensar el tema.
- El poder de lo mítico y el impacto psicosocial, juegan un gran papel en la lucha contra esta enfermedad. El proceso por el cual se deviene mujer se ve amenazado y dependerá de los mecanismos de afrontamiento y recursos que la paciente y el medio le provean para la resolución del conflicto.

4.4 Reacciones psicológicas al diagnóstico

A menudo, se presenta un diagnóstico de cáncer de mama sin que se manifiesten síntomas físicos ni indicios. Una mujer puede encontrarse un bulto mediante el autoexamen o puede descubrirlo su pareja, o también durante un examen médico ordinario o al efectuarse una mamografía. Cuando se diagnostica el cáncer mediante una mamografía y sin que haya un tumor palpable, es mucho mayor la incertidumbre de la paciente sobre la exactitud del diagnóstico. Las posibles reacciones son: (Haber, 2000)

1. PÁNICO: es una reacción común al diagnóstico, ya que la mujer se puede sentir atrapada por una enfermedad a la que siempre ha temido. Si ha vivido la muerte de alguna persona allegada, se puede producir una identificación inmediata con esta experiencia próxima y una reaparición de las respuestas emocionales, así como una acentuación de los miedos por su propia supervivencia. No obstante, las reacciones de pánico, que se alternan con momentos de confusión y negación, parecen dejar resquicio a la psique para asimilar gradualmente las traumáticas noticias. La mente de la mujer se debate entre aceptar o rechazar su nueva situación. En determinados momentos puede estar aterrorizada y confundida; en otros, calmada y centrada. Con el tiempo, irá aceptando el cambio en el estado de salud. Se suele observar en las pacientes un período de confusión emocional en los primeros meses. En este sentido, puede ser beneficioso pedirle que observe su estado anímico, para predecir el momento en el que probablemente se sentirá peor. Así también, puede resultar de ayuda que la paciente enumere sus reacciones físicas cuando siente pánico, para que de esa forma empiece a entender la influencia recíproca de los síntomas físicos y los estados emocionales. El ejercicio físico, practicado dentro de unos límites aceptables y seguros, puede ser una buena forma de contrarrestar diariamente las sensaciones de pánico, ya que así, las pacientes pueden liberar parte de la tensión acumulada durante la crisis y adquirir un mayor sentido del control corporal. Es importante que el terapeuta sea empático³², entendiendo a la empatía como la capacidad de "ponerse en el lugar del otro," cualidad esencial en un terapeuta. Ha de procurar escuchar los sentimientos expresados por la paciente y aceptarlos con respeto. Sin embargo, pese a todo enfoque optimista que se le pueda dar al cáncer de mama, la realidad es que se trata de una enfermedad que provoca la desfiguración física y que en ocasiones puede llevar a la muerte. Para el terapeuta puede resultar difícil no transmitir un mensaje tranquilizador y no dar ánimos, pero el ofrecer estos con demasiada vehemencia puede ser interpretado por la paciente como un rechazo o una manera de trivializar su problema.
2. Sentimiento de Culpabilidad: parecería ser una reacción humana universal frente a los traumas y las

32. ACLARACIÓN DE LA AUTORA: Este concepto será desarrollado en el capítulo N°10

perdidas. El shock y el dolor provocan una disminución de la autoestima. La mujer puede escudriñar cada comportamiento potencialmente nocivo desarrollado en alguna ocasión. Sus allegados pueden inadvertidamente contribuir a estos sentimientos de culpabilidad, con preguntas, como por ejemplo: "¿Por qué se originó esto?". Otras veces las manifestaciones de la culpabilidad pueden expresarse al sentirse avergonzada ante la posibilidad de explicar a su madre que sufre la enfermedad o le puede causar excesiva ansiedad el temor de que su pareja la rechace debido a la dolencia. También cabe la posibilidad de que la paciente no quiera molestar al médico con preguntas porque tenga la impresión de que son demasiado triviales.

Cuando los sentimientos de culpabilidad son específicos, por ejemplo, se reprocha el no haberse efectuado mamografías con regularidad, resulta adecuado hablar sobre las ideas que se tienen acerca del propio comportamiento. Es una fantasía común el creer que se puede prevenir cualquier enfermedad si se actúa de forma "correcta". Es posible que la mujer necesite aceptarse a sí misma como un ser humano falible y mortal.

3. Dificultad de adaptación a la enfermedad: normalmente, el diagnóstico y el tratamiento empiezan antes de que la mujer se sienta enferma y por consiguiente, esta tiene grandes dificultades en adaptarse a lo que parece una enfermedad invisible. A menudo, cuando todavía no hay síntomas o antes de empezar el tratamiento, existe mucha confusión, puesto que el organismo aún no ha detectado la enfermedad. Es difícil aceptar intervenciones y tratamientos nocivos en la ausencia de síntomas.
4. Opresión: las pacientes a quienes se acaba de diagnosticar cáncer de mama se sienten abrumadas por el cambio de circunstancias en sus vidas y por las innumerables situaciones que se deben afrontar. Cuestiones como la elección de un tratamiento médico, problemas con el marido y los hijos, cambios físicos que debilitan, cargas económicas y dificultades laborales, acucian todas al mismo tiempo a la mujer.
5. Decepción: el progreso en la detección y el tratamiento del cáncer de mama ha traído consigo expectativas optimistas respecto al hecho de que se puede curar si se detecta en un estadio precoz. Pero la mortalidad por cáncer de mama sigue siendo elevada, incluso con los significativos avances médicos en el tratamiento. Las recaídas, aunque tratables, todavía son frecuentes.

Las reacciones del enfermo de cáncer frente al diagnóstico, pueden ser agrupadas en adaptativas y desadaptativas (Gómez Sancho, 1998). Siendo las reacciones ADAPTATIVAS: Humor, Negación, Cólera difusa, Cólera contra la enfermedad, llanto miedo, realización de una ambición, esperanza realista, deseo sexual y regateo. Las reacciones INADAPTATIVAS son: culpabilidad, negación patológica, rabia prolongada, cólera contra las personas, crisis de llanto violentas, angustia, peticiones imposibles, esperanza quimérica, desesperación y manipulación.

A partir de lo antedicho podría decirse que, el CM, es un desafío no sólo para quien lo padece, sino también para su familia y la sociedad toda. Así también, desde una concepción biopsicosocial del ser humano, vemos como la enfermedad no sólo afecta al cuerpo sino también a la psiquis y al contexto en el que la paciente está inserta. Conocer cuál es el contexto que va a recibir la "caída" (Chevnik, 1991) de la paciente enferma, qué red se va a constituir para darle un soporte que permita una beneficiosa evolución de su enfermedad, es importante a la hora de trabajar. El "Cuerpo médico" puede influir en este proceso, es por esto que a continuación, se expondrán aspectos de la Relación-Médico-paciente considerados relevantes a la hora de pensar que la utilización "adecuada" de la información entregada por el médico, beneficiaría al tratamiento de la paciente oncológica. Esto a su vez, ayudaría a establecer una relación terapéutica "suficientemente buena"³³. Siendo así, es importante detenerse en aspectos de éste relación que se deben tener en cuenta para lograr una mejor CV para la paciente y un desempeño profesional más eficaz y comprometido del profesional.

33. ACLARACION DE LA AUTORA: Se remite al lector al apartado N° 10.4

Capítulo 5. Acerca de la relación médico-paciente en oncología

“Donde hay amor al hombre en cuanto hombre,
hay también amor al arte de curar”
Hipócrates³⁴.

Desde que el hombre es hombre, frente al padecimiento, sintió la necesidad de pedir ayuda. La demanda fue recayendo sobre quien tuviera la legitimación social del rol. Desde brujos, chamanes, sabios, alquimistas, hasta alcanzar a la actual figura del médico. Fueron años de progreso y sufrimientos que alcanzaron a crear una profesión que enmarque la vocación de curar a otros. Fue así como la primitiva relación de ayuda devino relación médico-paciente.

Actualmente, se podría decir que esta relación esta siendo amenazada. Lo que antes se consideraba el “médico de la familia” hoy se está suplantando por una cantidad, cada vez mayor, de especialistas. Especialización que muchas veces, fragmenta al ser humano, olvidando el SER completo. Más aún, “los avances científico-técnicos, se alejan cada vez más del paciente a punto tal que se pueden recoger los resultados de estudios a través de la computadora sin siquiera haber tenido contacto con el profesional” (Talgham, 2005). Como consecuencia de esto, se pierde una de las medicinas más frecuentes y fundamentales, la “medicina médico³⁵”, concepto acuñado por el psicoanalista inglés Michael Balint.

Aún así, la Relación Médico-Paciente, sigue siendo de gran importancia para la Medicina. Es por esto que se abordarán ciertos conceptos generales implicados en esta relación, desde una perspectiva psicoanalítica y comunicacional, y de esta manera, iluminar distintas variables que intervengan en la relación mencionada.

5.1 Aspectos generales de la relación médico-paciente

La Relación Médico-paciente puede entenderse como un “encuentro entre dos personas, cada una con su personalidad, historia y vivencias, con necesidades complementarias” (Vidal y Benito, 2002), ya que ambas partes acuerdan el rol que desempeñan en relación al otro y en la sociedad en las que están insertos. En este vínculo debe primar no sólo la función terapéutica sino, y por sobre todas las cosas, el sostén emocional y psicológico del paciente durante el proceso de su enfermedad. También es importante tener presente que en función de las características de personalidad y de las experiencias pasadas del médico y el enfermo se establecerán distintos tipos de relación y éstas, a su vez, serán importantes a la hora del seguimiento de las prescripciones y la adhesión al tratamiento.

El vínculo comienza desde el momento en que el paciente elige al médico. En la primera entrevista se suele decidir el futuro de esa relación ya que es en la misma donde se manifiesta la atracción o el rechazo mutuo, poniéndose en juego los aspectos transferenciales y contratransferenciales³⁶. “Una relación médico-paciente adecuada producirá en la mayoría de los casos, una mayor habilidad por parte de los pacientes para elaborar estrategias de afrontamiento más efectivas respecto de la enfermedad y una mayor adhesión a los tratamientos prescritos” (Vidal y Benito, 2002).

La primera virtud que el médico debe mostrar aparte de su humanidad, calidez, comprensión y simpatía, es la capacidad de escuchar. El paciente exige ser oído y esto debe ser comprendido por su médico. “El saber escuchar requiere un tiempo externo e interno, que el profesional debe disponer” (Talgham, 2005). Es de gran importancia para que el proceso comunicacional se instale, que exista un acuerdo expreso o tácito acerca de lo que cada uno espera del otro dentro del campo donde se desarrolla la relación. Sin olvidarse que la asimetría³⁷ propia de la relación, originada en la demanda, deje de lado la igualdad de los miembros, en su categoría de Seres Humanos.

5.2 Comunicación en medicina: algunas consideraciones

El manejo de la información es parte esencial del acto médico. Pero si además se considera que en la interacción entre el paciente y el médico se despliegan conductas y vivencias, que sumadas a los signos y síntomas que motivan la consulta, permitirán un diagnóstico médico biopsicosocial del problema que trae el paciente y se sostiene que toda interacción es comunicación, resultan claros los beneficios de desarrollar las habilidades comunicacionales en los profesionales del arte de curar, si fuera posible, desde el inicio mismo de las carreras correspondientes.

34. Schávelzon J. (1992). Psique-Cancerología. Buenos Aires. Editorial Científica Interamericana S.A.

35. ACLARACIÓN DE LA AUTORA: Balint utiliza el término “medicina médico”, para describir al médico como la droga más frecuentemente utilizada en la práctica general. No sólo importa el frasco de medicina o la caja de píldoras, sino el modo como el médico las ofrece al paciente, toda la atmósfera en la cual la droga es administrada y recibida.

36. ACLARACIÓN DE LA AUTORA: cabe remarcar la Universalidad de los aspectos transferenciales y contratransferenciales en toda relación; más aún en una relación terapéutica.

37. ACLARACIÓN DE LA AUTORA: actualmente, se resalta la autonomía del paciente y su actitud activa frente a sus padecimientos, podría decirse que la relación está buscando tender hacia una simetría.

La comunicación humana (Vidal y Benito, 2002), se caracteriza por ser un proceso transaccional y multidimensional. Entendiendo por proceso que no se trata de una acción estática, sino de desarrollo y cambio. Al hablar de transaccional, se refiere a la influencia recíproca. Y lo multidimensional, corresponde a las diversas dimensiones involucradas, como la de Contenido y Relación. La dimensión de contenido constituida por las palabras utilizadas en la particular situación de la relación con el médico, el lenguaje e información que se transmite. Y la dimensión relacional, se refiere a los aspectos del mensaje que tienen que ver con la forma de vinculación de las personas involucradas. Es decir, el significado del mensaje depende del interjuego entre los contenidos y las relaciones entre las personas participantes.³⁸ Es así como desde los teóricos de la comunicación sostienen que “toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto relacional tales que el segundo clasifica al primero y es, por ende, una metacomunicación” (Walzlawick, et al., 1997).

5.3 Aspectos psicoanalíticos de la relación médico-paciente

A lo largo de los años, se ha ido profundizando en diferentes aspectos de la Relación Médico-Paciente. Toda corriente o marco teórico intenta dar respuestas a esta inquietante relación. No es posible hablar de ella sin incluir los aportes de autores psicoanalíticos como S. Freud, padre del Psicoanálisis, M. Balint, reconocido psicoanalista europeo y M. Chevnik, representante de la Psicopatología argentina, para así, desde la Complejidad, ayudar a ofrecer respuestas o criterios más acertados a la hora de trabajar, aspectos más concretos que se juegan en la relación médico-paciente. Sin dejar de lado los aspectos inconscientes que siempre están presentes en toda relación.

Desde Sigmund Freud, es de importancia tomar los conceptos de Transferencia y Contratransferencia, que se ponen en juego en la Relación Médico-Paciente, como en toda relación humana.

En 1909 Freud había señalado que: “La transferencia surge espontáneamente en todas las relaciones humanas, lo mismo que en la del enfermo y el médico; es, en general, el verdadero vehículo de la influencia terapéutica”. (Freud, 1909)

A partir de un abrazo o una declaración de amor de una paciente hacia Freud, éste revisa el caso de Anna O, llegando a la conclusión de que estas expresiones se tratan del fenómeno de la transferencia.

Fue a través de sus distintos métodos, desde la Talking Cure, el método Catártico, el Método del Apremio y la Asociación libre que se encuentran a lo largo del trabajo de Freud, que el mismo autor pudo ir ofreciendo distintas referencias sobre el concepto de TRANSFERENCIA: “Reediciones, recreaciones de las mociones y fantasías (...) pero lo característico de todo el género es la sustitución de una persona anterior por la persona del médico (...) Toda una serie de vivencias psíquicas anteriores no es revivida como algo pasado, sino como vínculo actual con la persona del médico (...)” (Freud, 1910). Es decir que se produce una identificación inconsciente del paciente con el terapeuta, basada en figuras significativas del pasado.

Freud se refiere a la Transferencia como un obstáculo y un aliado, sostiene: “(...) la transferencia es algo necesario (...) no hay medio alguno para evitarla, y es preciso combatir a esta última creación de la enfermedad como se la hace con todas las anteriores (...) Pero no se puede eludirla; en efecto, es usada para producir todos los impedimentos que vuelven inasequible el material a la cura (...) La transferencia, destinada a ser el máximo escollo para él, se convierte en su auxiliar más poderoso cuando se logra colegirla en cada caso y traducírsela al enfermo” (Freud, 1910). También resalta su carácter espontáneo y universal y considerándola su aliada.

La transferencia es un fenómeno universal que también acontece en las relaciones terapéuticas no psicoanalíticas, tales como la relación Médico-paciente, en la cual debido a los significados de la enfermedad, el miedo a la muerte y el rol especial asignado al Médico en nuestra cultura se produce una situación que favorece a la reactivación de conductas infantiles, sobre todo las referidas a la competencia por el afecto de los mayores o de las figuras de autoridad, la rivalidad entre hermanos, etc.

Asimismo, en 1910, Freud introdujo el término contratransferencia, y lo definió básicamente como un “obstáculo” para el trabajo analítico. En un primer momento la contratransferencia era considerada “mala”, representando un serio error que probablemente interferiría en el proceso terapéutico y podría inclusive interrumpir el resultado del tratamiento. Las emociones contratransferenciales en la relación médico-paciente, tienen que ver con las proyecciones transferenciales de los pacientes y la cualidad de éstas. La personalidad e historia de cada médico y cada paciente teñirá y singularizarán el campo de la transferencia. Estas emociones son percibidas como sentimientos frente a los pacientes.

Darse cuenta de la propia contratransferencia, consultar sobre los pacientes a los otros miembros del equipo, es imprescindible para que los profesionales de la salud puedan, además de intercambiar conocimientos, recuperar la distancia que posibilite operar la técnica y afectivamente, sin involucrarse en exceso.

38. ACLARACIÓN DE LA AUTORA: Se remite al lector al Capítulo N° 6, sobre los Aspectos Comunicacionales de la Relación, donde se ahondará en éstos conceptos.

Otro autor psicoanalítico fue Michael Balint, pionero en la abordaje de relación Médico-paciente, cuya obra más renombrada fue "El médico, el paciente y la enfermedad" escrita en 1961.

Existen varios conceptos de Balint que, enriquecen a la Relación Médico-Paciente. A continuación se tomarán algunos de ellos que pueden resaltar aspectos de dicha relación como una de las variables de esta tesis.

En 1966, Balint planteó que la enfermedad no se desarrolla en el paciente, sino en el seno de dicha relación. Agregando que: "La relación médico-paciente es siempre e invariablemente el resultado de un compromiso entre las ofertas y exigencias del paciente y las respuestas del profesional" (Balint, 1961).

Para Balint toda dolencia es el vehículo de un pedido de amor y de atención y sostiene que la enfermedad es siempre una forma de vida. Y en esto está involucrado el médico. Es por esto que, la relación entre el médico, el paciente y la enfermedad, tiene un valor pronóstico fundamental.³⁹

Otro concepto ampliamente difundido por Michael Balint, es el de "Función Apostólica" del Médico. Esta sostiene que todo médico tiene una vaga idea sobre el modo como debe conducirse el paciente cuando está enfermo. Es como si cada médico poseyera el conocimiento de lo que los pacientes deben y no deben esperar y soportar, y además, como si tuvieran el sagrado deber de convertir a su fe a todos los incrédulos e ignorantes entre sus pacientes.

Mauricio Chevnik, reconocido psicosomatólogo argentino, desarrolla la idea de la "Relación Paciente-Cuerpo médico" (Chevnik, 1991). Sostiene que la enfermedad se va a desarrollar en el seno de este Cuerpo médico, con las dificultades que pueden surgir cuando dicho Cuerpo no funciona adecuadamente. El Cuerpo enfermo del paciente entra en contacto con otro cuerpo, al que llama Cuerpo médico y que puede funcionar tan patológicamente como aquel. La toma de conciencia de las profesionales de esta situación se vuelve fundamental, no sólo por los efectos iatrogénicos que pueden producirse, sino para aprovechar el efecto beneficioso que un buen sostén tiene en momentos de crisis.

Considera que "caer enfermo" como se dice vulgarmente, implica no sólo saber desde dónde se cae, cuáles son las fallas⁴⁰ que incidieron en la elaboración psíquica de los conflictos por ejemplo, sino también conocer cuál es el contexto que va a recibir la caída, qué red se va a constituir para darle un soporte que permita una beneficiosa evolución de su enfermedad. Señala, asimismo, que además de diagnosticar y curar enfermedades, dicho Cuerpo médico puede influir en el funcionamiento psíquico del paciente que los hace vulnerables a la somatización (Chevnik, 1991).

En síntesis, queda claramente resaltado el valor de la Relación Médico-Paciente, la que guarda en su interior la posibilidad de éxito o fracaso del tratamiento. Es a partir de la primera entrevista que, el vínculo comienza a formarse, y se ponen en juego aspectos transferenciales y contratransferenciales. La "medicina médica", comienza a actuar, aportando un valor pronóstico importante sobre el tratamiento. Conocer cuál es el contexto que va a recibir la caída de un cuerpo enfermo, qué tejido conectivo desarrollará la función de holding, de soporte, que permita una beneficiosa evolución de su enfermedad.⁴¹

En el próximo capítulo se ahondará en los aspectos comunicacionales de la Relación Médico-Paciente, entendiendo siempre a la comunicación como mucho más que una mera transmisión de mensajes. Siendo la Relación la que va a definir el contenido del mensaje.

Capítulo 6. Comunicación en psicooncología

Desde que el hombre es hombre, existió la necesidad de comunicarse, de explicar lo que se sentía. Hubo un tiempo en la historia donde el médico dejó de lado el poder de la palabra, para atribuírselo ciegamente al poder de la química, de la tecnología o cualquier avance científico.

Actualmente podría llegar a decirse que esto se está revirtiendo, posiblemente por dos motivos. El primero la repercusión que han tenido la cantidad de demandas legales por "fallas" en la comunicación. Y el segundo, que puede llegar a desprenderse del primero, aunque no necesariamente, la vasta literatura sobre el cómo informar a un paciente oncológico, devolviendo a la Palabra su valor original. Podría decirse que es de igual importancia QUE se va a decir, al igual que, COMO se diga, pero sobretodas las cosas QUIEN lo dice y QUIEN lo recepciona.

Este capítulo ofrecerá al lector la idea de que la Comunicación es mucho más que una mera transmisión de información, implica el establecimiento de una relación entre los comunicantes. En este sentido, es objeto de esta tesis dar cuenta de la relevancia de una comunicación "adecuada", ya que está, de

39. ACLARACIÓN DE LA AUTORA: Se remite al lector al Capítulo N° 10 que ampliará estas ideas.

40. ACLARACIÓN DE LA AUTORA: Este es un concepto que desarrolla en profundidad Pierre Marty, en su libro "La psicopatología del adulto". Se remite al lector a su lectura, en caso de querer ampliar el concepto.

41. ACLARACIÓN DE LA AUTORA: este es un aspecto clave para entender el problema objeto de esta tesis.

cierta manera, no sólo facilitará y fortalecerá la relación médico-paciente, sino que actuará como variable fundamental en la adhesión al tratamiento.

6.1 Comunicación, más que un mensaje

Desde la Teoría de la Comunicación Humana, Watzlawick y sus colaboradores, entienden a la comunicación como algo más que una mera transmisión de mensaje, implicando un compromiso que determina la relación. Si la comunicación humana puede dividirse en tres áreas: la sintáctica, que abarca los problemas relativos a transmitir la información; la semántica, que constituye la preocupación por el significado; y por último, el área de la pragmática, que da cuenta de cómo la comunicación afecta la conducta (Watzlawick, et al., 1997). Es así como cobra especial importancia la Relación Médico-paciente, si se piensa que la comunicación entre médico y paciente con cáncer de mama, es mucho más que una devolución diagnóstica, más aún si la comunicación afecta a la conducta. Entendiendo como conducta no sólo a la manera de enfermar, sino también de reaccionar y colaborar en el proceso o lucha que comparten: la enfermedad.

Es necesario aclarar que las relaciones rara vez se definen deliberadamente o con plena conciencia. Siendo generalmente las más sanas las que pierden en el trasfondo el aspecto de la comunicación vinculado con la relación. La capacidad para metacomunicarse⁴², en forma "adecuada"⁴³ constituye no sólo la condición sine qua non de la comunicación eficaz, sino que también está íntimamente vinculada con el complejo problema concerniente a la recepción del self y del otro. Es así como uno de los axiomas presentado por los teóricos de la comunicación es que "toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto relacional tales que el segundo clasifica al primero y es, por ende, una metacomunicación" (Watzlawick, et al., 1997).

Se entiende a la comunicación como un proceso social por lo tanto, la relación médico-paciente, no deja de ser un hecho social, inmersa en un contexto en donde cobra vida. Las pacientes, médicos y psicooncólogos, son personas insertas en sociedades, culturas con estructuras socioeconómicas singulares, portadora de valores, costumbres, creencias y tradiciones. Todos estas variables influyen en la forma en que los mensajes son transmitidos y comprendidos, codificados y decodificados.

A lo hora de pensar en la comunicación entre médico-paciente, es inevitable detenerse en este encuentro crucial e inquietante, ya que podría decirse que de este encuentro, de esta relación, dependerá gran parte del pronóstico. Es necesario para ello aceptar que tanto paciente como médico, traen consigo un repertorio de experiencias, creencias, valores, fantasías, que están insertos en un contexto y que de alguna manera, todas estas variables intervinientes van a determinar la relación, y por lo tanto, su comunicación. Es en el momento de "Dar la Mala Noticia⁴⁴", en que forzosamente se pone a prueba la capacidad de metacomunicarse al mismo tiempo que nace la relación médico-paciente. Ya que no se trata sólo de dar la información correcta y cómo se da, sino QUIEN la da y QUIEN la escucha.

La comunicación médico-paciente, aún no siendo espontánea, le da la oportunidad al médico para reducir la incertidumbre y el sufrimiento del paciente y su familia; "dándole un nombre a su padecer (diagnóstico) y alternativas terapéuticas para superarlo" (Talgham, 2005). Así también, interviene en la "educación y capacitación del paciente para actuar en su propio beneficio, constituyéndose en un agente activo para el cambio. De esta manera, el resultado será el fortalecimiento de la relación médico-paciente necesaria para la consecución de cualquier tratamiento."

Al hablar de comunicación médico-paciente, es conveniente detenerse en algunos aspectos que intervienen en ésta (Talgham, 2005). Estos son:

1. Características generales de los participantes: las dos partes intervinientes en la relación médico-paciente, presentan características singulares que van a intervenir en el modo de comunicarse. El médico debe estar consciente de sus características fundamentales como persona y profesional, conocer las situaciones en que puede sentir hostilidad, inseguridad, angustia y percatarse de sus mecanismos psicológicos para enfrentar estas contingencias⁴⁵. Es importante tener en cuenta también los aspectos psicosociales, sociodemográficos, culturales, económicos de sus pacientes, etc.
2. Objetivos perseguidos por ambos participantes: el paciente pretende aliviarse, curarse o rehabilitarse, saber qué tiene y cuál es su pronóstico. El médico quiere establecer una buena comunicación que le permita diagnosticar de manera adecuada la afección motivo de la consulta, y por lo tanto, encontrar una terapéutica acorde. Tienen un claro objetivo común: luchar contra el cáncer.
3. Vías de comunicación: existen dos grandes vías de comunicación, una verbal y otra no verbal. Se entiende dentro de lo verbal, no sólo la palabra hablada sino también escrita. Y dentro del campo de lo no verbal, se encuentran todas aquellas formas de comunicación que aún creyendo que no comunican,

42. ACLARACIÓN DE LA AUTORA: se entiende como metacomunicación a la comunicación acerca de la comunicación.

43. ACLARACIÓN DE LA AUTORA: este es un aspecto clave para entender el problema objeto de esta tesina.

44. ACLARACIÓN DE LA AUTORA: este concepto será ampliado en este capítulo, en el apartado N° 6.2

45. ACLARACIÓN DE LA AUTORA: Se remite al lector al capítulo N° 8.

lo hacen, ya que es “imposible no comunicarse” (Watzlawick, et al., 1997). Compartiendo esta afirmación existe siempre la posibilidad de comunicarse “bien o mal”, ya sea de forma verbal o no verbal.

Ma. Del Carmen Vidal y Benito, define la comunicación no verbal “como el proceso comunicacional voluntario o involuntario, en el cual no se utilizan palabras” (Vidal y Benito, 2002). Este tipo de comunicación cumple diversas funciones en el proceso de intercambio de información. La comunicación no verbal puede acompañar a las expresiones verbales acentuándolas y reafirmando o bien puede ser discordante con ellas. Podría decirse que el lenguaje no verbal se relaciona con el papel que un individuo juega en el grupo social en el que está inserto, y también con la posición que ocupa.

Uno de los objetivos de la comunicación no verbal, es el aumento del control de la situación, ya que disminuye la angustia. La comunicación no verbal es también detractora de la desconfianza, especialmente en personalidades paranoides. La anticipación no verbal (expresión facial, gestos, posturas, etc.), disminuye el nivel de angustia frente a la situación estresante, en este caso el diagnóstico del cáncer. Y proporciona un suplemento de información, cuando el médico tiene poco tiempo o expresa poco.

Hay diferentes tipos de comunicación no verbal: kinésica, proxémica e instrumental. Por kinésica, se entiende la información que se transmite mediante los movimientos corporales: los gestos, la expresión facial, la mirada, contacto piel con piel, apretón de manos, etc. Por proxémica, se refiere a los significados que surgen de la distancia entre los individuos, el uso de los espacios personales y la distancia interpersonal. Y por último, se entiende como instrumental, la comunicación no verbal empleada por los médicos en la utilización de aparatología.

La comunicación no verbal es tan o más importante que las palabras; el médico deberá estar atento a los gestos del paciente, inflexiones de voz, expresión facial, postura, así como a las propias expresiones, ya que, de esta manera, obtendrá información fundamental de la manera en cómo se está desarrollando la entrevista, etc.

4. Naturaleza del vínculo: M. Vidal y Benito considera que las características del vínculo entre el médico y su paciente, constituyen uno de los factores más importantes con respecto a la adhesión a los tratamientos. La naturaleza del vínculo puede ser entendida desde los aspectos transferenciales y contratransferenciales que se movilizan dentro del vínculo. Así también como la capacidad empática de los participantes.

El médico actuará como asesor, ofreciendo alternativas terapéuticas, siendo el paciente, el que toma las decisiones referentes a sí mismo. En este sentido, el médico no puede manipularlo, ni forzarlo o engañarlo, simplemente debe orientarlo. Asimismo, el paciente debe sentirse cómodo, en un ambiente de naturalidad y confianza. Para esto es fundamental evitar expresiones de reproche y actitudes de superioridad por parte del médico que puedan dar la impresión de hallarse delante de un juez y no de un profesional que lo comprenderá y ayudará.

A su vez, el tipo de vínculo va a determinar no sólo el tipo de comunicación verbal, sino también el tipo del contacto físico. El significado que tiene “tocarse” los unos a otros depende de numerosos factores: de la clase de relación de que se trate, del estilo relacional, del género de los involucrados, de factores socioculturales y también familiares. Los rituales sociales contemplan la singularidad dentro del marco de las reglas y normas establecidas (Vidal y Benito, 2002).

5. Contexto donde se desarrolla la entrevista: esta es una variable interviniente (situacional) a tener en cuenta, ya que la interacción va a depender del contexto donde la misma se desarrolle. “El ámbito físico transmite mensajes diferentes según la disposición de los ambientes, los colores, el aislamiento sonoro, la temperatura, etc. Los espacios físicos pueden transmitir sensaciones de formalidad, calidez, privacidad, hasta de seriedad y de ciencia” (Vidal y Benito, 2002).

6.2 Breakind bad news

No todas las personas viven sabiendo que pueden morir o enfermar en cualquier momento. El ser humano proyecta una trayectoria de futuro para su vida dentro de lo que se puede llamar “trayectoria potencial de muerte”. Se prevé un lapso de tiempo en cuyo contexto se programan las actividades y planes para la propia vida. El momento de la toma de conciencia de la muerte, o en este caso, de la enfermedad que remite a la finitud, coincide en la práctica médica con la comunicación al enfermo de su diagnóstico. (Gómez Sancho, 1998)

Puede que una de las tareas más difíciles para un médico sea informar a un paciente que está enfermo, “Break the Bad News”⁴⁶, “dar la mala noticia”. Gómez Sancho define a la mala noticia como: “aquella que modifica radical y negativamente la idea que el enfermo se hace de su porvenir” (Gómez Sancho, 1998). Tener el poder y la responsabilidad de llegar a generar un quiebre, un antes y después en la vida de una

46. ACLARACIÓN DE LA AUTORA: Este concepto se conoce en la literatura científica como “break bad news o dar la mala noticia.”

persona, no es cosa fácil. Además, la forma cómo se haga, va a depender en gran medida la adaptación del enfermo a la situación. Convivir con la idea de que el dar la mala noticia, convierte a quien la comunica en un verdugo, no es agradable para ningún ser humano. Son muchas las creencias sociales respecto de si comunicar o no a una persona su diagnóstico médico. Y en caso de decidir comunicárselo, ¿cómo hacerlo?

Un aspecto de la comunicación establecida entre el paciente y el médico no es espontánea, ya que justamente está predeterminada por los respectivos roles asumidos por los interlocutores y por el vínculo que se establece (Talgham, 2005). Es responsabilidad del médico “dirigir” el proceso comunicativo hacia un determinado fin, en este caso, la mala noticia. La comunicación médico-paciente le ofrece al profesional una oportunidad para reducir la incertidumbre y sufrimiento del paciente, dándole un nombre a su padecer (diagnóstico) y alternativas terapéuticas para superarlo. Implica, también, en buena medida, la educación y capacitación del paciente para actuar en su propio beneficio, constituyéndose en un agente activo para el cambio. De esta manera, el resultado será el fortalecimiento de la relación necesaria para la consecución de cualquier tratamiento.

6.2.1. Si es imposible no comunicar, ¿es necesario hacerlo?

¿Decir o no la verdad? ¿Qué decir? ¿Qué callar? ¿Cómo decirlo? ¿Cuánto? ¿A quién? En estos últimos años, las creencias han variado mucho respecto de comunicar a los pacientes sus diagnósticos médicos y cómo hacerlo.

En los últimos tiempos, parecería haber existido una polarización respecto de este tema; ya no bajo postulados semejantes a aquellos que mantienen que “comunicar el diagnóstico es una inútil crueldad, y la que defiende una relación basada en la franqueza y la transparencia” (Gómez Sancho, 1998). Ni siquiera sostenida por una creencia cultural, propia de los países latinos, quienes se ven envueltos “en un ambiente de paternalismo por parte de profesionales y familiares en el que ambos preferían ocultar al enfermo su situación pensando que esto era lo mejor para él” (Ojeda Martín & Gómez Sancho, 2004).

En la actualidad, envueltos por burocracias y parámetros del sistema sanitario, parecería que los imperativos legales llevaron a ciertos países a legislar esta cuestión. Estados Unidos, en 1977 dictaminó la Ley Americana del Derecho a la información, y desde entonces sólo se trabaja bajo el consentimiento informado. El 15 de noviembre de 2002, España también dictaminó la llamada Ley 41/2002 “Derechos de información concernientes a la salud y a la autonomía del paciente, y la documentación clínica”. “Esta situación del derecho a la información del paciente, es reconocida en general, mientras el paciente puede todavía beneficiarse de un tratamiento curativo. En los casos sin embargo, en que no se puede ofrecer al enfermo un tratamiento con intención curativa, las cosas cambian y mucho.” (Gómez Sancho, 1998) Lo que acotaría el terreno de lo moral, ético, religioso, científico, cultural y social a cuestiones netamente legales. Sin embargo, se ha demostrado según lo expuesto por la Lic. Talgham que el conocimiento de la verdad diagnóstica mejora ostensiblemente los procesos de diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la enfermedad. A partir de su esclarecimiento y de las posibilidades terapéuticas y sus consecuencias en el medio familiar, se suele observar en los pacientes la disminución del miedo a la incapacidad, a la deformación y las posibles perturbaciones de la sexualidad, así como a la pérdida de la autoestima o abandono por parte de la familia. Asimismo, el stress y la ansiedad del paciente por la incertidumbre se vuelven más manejables, mejorando así, sus estrategias de afrontamiento⁴⁷ frente a la enfermedad. El paradigma que impera hoy es que un paciente informado es un paciente con autonomía que podrá involucrarse de manera activa en los destinos de su tratamiento (Talgham, 2005), actuando a su vez, como “antídoto del encarnizamiento terapéutico” (Gómez Sancho, 1998). Buckman, considera que comparado con muchos fármacos, las habilidades comunicacionales tienen un indudable efecto paliativo, hasta llegar a reducir síntomas⁴⁸ (Buckman, 2002).

Ahora bien, teniendo esta situación en claro, parecería que el conflicto estaría focalizado en cómo informar, qué decir, cuánto decir... Ante este dilema parecería existir un común denominador señalando que, informar a los pacientes, decir la verdad, no necesariamente implica decirla toda. “No es cuestión de ir diciendo a la gente que se va a morir y quitarles la esperanza que puedan necesitar para vivir sus últimos días” (Kübler-Ross, 1998). Es por esto, que actualmente se habla de la verdad GRADUAL Y ACUMULATIVA, sosteniendo que es necesario comunicar la verdad, pero según cuanto el o la paciente, en este caso, esté capacitada a escuchar. Teniendo siempre presente la singularidad de cada paciente, sus tiempos y capacidades.

La Organización Panamericana de la Salud, sostiene que es necesario que tanto el paciente como su familia conozcan el diagnóstico, ya que esto será necesario para lograr un reajuste a la realidad. Este se refiere a que la mejor manera de ajustarse a una nueva realidad es conocerla, dejando de lado el imperativo moral de decir o no la verdad (OPS, 2003).

47. ACLARACIÓN DE LA AUTORA: se remite al lector al apartado 8.1 donde se ampliará este concepto.

48. ACLARACIÓN DE LA AUTORA: este es un aspecto clave para el problema objeto de esta tesina.

Ahora bien, ¿Será que una utilización “adecuada” de la información realizada por el médico, beneficiaría al tratamiento de la paciente oncológica, ya que ayudaría a establecer una relación terapéutica “suficientemente buena”? Esta pregunta motiva el objetivo de esta tesina.

6.2.2 Una estrategia: S.P.I.K.E.S

La literatura sobre la relación médico-paciente y la comunicación del diagnóstico médico, es muy extensa. En los escritos científicos se conoce este momento como “breaking bad news⁴⁹” o “dar la mala noticia”. Incluso existen protocolos o reglas metodológicas que tratan de ofrecer parámetros para comunicarse “correctamente”.

Hay autores, entre ellos la Lic. Talgham que definen a “las malas noticias” como aquellos mensajes, que tienen el potencial de quebrantar las esperanzas y los sueños que llevan a estilos de vida y futuros muy diferentes, dependiendo de cómo este último sea procesado y elaborado (Talgham, 2005). Las “malas noticias” pueden incluir situaciones tales como la confirmación diagnóstica, la reaparición de enfermedad, su progresión (metástasis), el fracaso del tratamiento, la presencia de efectos irreversibles, los resultados negativos de pruebas genéticas, etc.

Es necesario detenerse en la idea de que la “maldad” de la noticia va a estar sujeta en parte a la distancia entre las expectativas de la paciente y la realidad, determinando el impacto de la noticia.

En el año 2000, la reconocida revista científica, “The Oncologist” publicó, avalado por The American Society of Clinical Oncology (ASCO), un protocolo diseñado por el Dr. Buckman, llamado SPIKES: Makes breaking bad news easier (Buckman, 2005). Se presenta como un conocimiento “receta”, una serie de pasos que todo médico debe aprender para que dicha información sea efectivamente recibida y elaborada. Las siglas de S.P.I.K.E.S significan:

- ❑ **Setting (encuadre):** el lugar donde se va a dar la mala noticia puede tener efectos significativos. Es de gran importancia la posibilidad de un lugar que ofrezca privacidad. La atmósfera de la entrevista debe ser privada, sin ruidos externos que afecten la misma. Resulta fundamental evitar las interrupciones y garantizar la intimidad del encuentro y dedicarle tiempo suficiente al paciente para que considere que se le ha atendido “bien” y con profesionalismo. En este sentido, la escucha sin interrupciones por parte del profesional es imprescindible para que el paciente se sienta comprendido y que considere que este le puede procurar lo que necesita, es decir, su disponibilidad. Es importante poder focalizar sobre la mala noticia para que la devolución sea exitosa. La presencia de un Otro significativo también enriquecerá la devolución, actuando como soporte emocional del paciente y a su vez, como portavoz para el resto del sistema afectado. A su vez, la presencia de un ser querido, en algunos casos, ayuda a bajar los niveles de estrés y ansiedad. Otro parámetro a tener en cuenta es el que el médico se encuentre sentado, y en lo posible, sin barreras físicas, es decir, sin escritorios que lo alejen de la paciente. El estar sentado colabora con una sensación de mayor empatía y confianza, ya que no refuerza el poder del médico. El mirar a la paciente a los ojos demuestra su estado de atención y calma. Así también como los silencios y las repeticiones parecerían hablar de un médico atento y condescendiente, además de disponible.
- ❑ **Perception (percepción):** este punto busca resaltar la importancia de conocer las expectativas, las percepciones del paciente de la situación. Buckman plantea un principio básico de “preguntar antes de hablar”, de revisar las expectativas de la paciente. Es importante escuchar el vocabulario que utilice la paciente para poder alinearse a él, dejando siempre los tecnicismos de lado, que no hacen más que confundir a la paciente y en cierta manera proteger defensivamente al médico, alejándolo de su paciente. En caso de que la paciente este en un estado de negación, no es necesario confrontarla, ya que la negación es entendida en este caso, como un mecanismo de afrontamiento.
- ❑ **Invitation (Invitación):** la invitación se remite a un permiso a dar detalles. No todas las personas están dispuestas a saber con meticulosidad que les pasa. Y desde una concepción de la importancia de la verdad gradual y acumulativa es importante tratar de obtener algún feedback de la paciente respecto de este tema. Siempre dejando la oportunidad de que se pregunte y comenten lo que quieran.
- ❑ **Knowledge (CONOCIMIENTO):** antes de dar la mala noticia, es necesario advertir a la paciente que escuchará una mala noticia, dándole a la paciente algunos segundos que prevengan en alguna medida el quiebre que esta por sufrir. Para esto es recomendable usar el vocabulario de la paciente, sin tecnicismos⁵⁰, evaluando el grado de comprensión de cada paciente para antes de avanzar, prestándole atención y dándole lugar a las emociones y reacciones que pueden suceder.

49. ACLARACIÓN DE LA AUTORA: Breaking bad news: “any news that adversely and seriously affects an individual's view of his or her future”. Cualquier información que afecta adversamente y seriamente la visión futura de un individuo.

50. ACLARACIÓN DE LA AUTORA: la utilización del lenguaje científico puede provocar incomprendiones e interpretaciones erróneas sobre la enfermedad, pronóstico, curación y rehabilitación del paciente. Por tal motivo, el médico debe adecuar el lenguaje técnico al popular, debe establecer un diálogo amable e inspirar confianza.

- ❑ Empathy (EMPATÍA): siendo la empatía la capacidad de ponerse en el lugar del otro, ésta es una cualidad necesaria en cualquier agente de salud. Es reconfortante para la paciente que el médico valide y reconozca sus sentimientos, dándoles lugar y reconociendo su fragilidad humana, evitando así sentimientos de vergüenza, vulnerabilidad o soledad.
- ❑ Strategy and Summary (ESTRATEGIA Y RESUMEN): es necesario que el paciente entienda la información brindada para que pueda participar activamente en la toma de decisiones respecto de su tratamiento. Para esto es útil que se resuma la información paso a paso y confirmar que el paciente este entendiendo.

Estas consideraciones buscan alcanzar al médico instrumentos que los ayude a lidiar con la difícil tarea de comunicar. Siendo imposible dejar de lado otro aspecto fundamental a tener en cuenta en este proceso comunicativo: las distorsiones COMUNICACIONALES. Éstas pueden llegar a producir la pérdida de la calidad del mensaje, lo que impide la mejor realización del mismo. La distorsión del mensaje es provocada por obstáculos llamados ruidos, que pueden ser relativos al conocimiento humano o determinados por la cultura, costumbres, religión, hábitos de vida, prejuicios raciales. También pueden deberse a aspectos transferenciales y de falta de empatía entre los participantes. La comunicación será más efectiva en la medida en que se logre erradicar la mayor parte de los ruidos. En este sentido, es útil conversar acerca de los obstáculos posibles, con la finalidad de reforzar la alianza entre el médico y el paciente (Talgham, 2005).

La evidencia científica también revela consistentemente que la manera en que un médico u otro profesional de la salud dan “la mala noticia” genera una marca imborrable en la relación paciente-profesional y es causa de modificaciones en el pronóstico y tratamiento de la enfermedad. En este sentido, se observa que “la fluida y adecuada” comunicación médico-paciente puede traer como consecuencia un afianzamiento del vínculo terapéutico y de esta manera la disminución de la deserción al tratamiento (mayor adhesión). “Dar la mala noticia es una tarea comunicacional compleja que requiere de habilidades expertas, verbales y no verbales. Por tal motivo, el profesional debe estar formado y preparado para realizar tal esencial tarea y no dejarla sujeta a la intuición” (Talgham, 2005).

6.2.3 Fases desde que se hace el diagnóstico hasta que se comunica al enfermo

Gómez Sancho describe tres fases por las que la enferma transitaría desde que el diagnóstico hasta que se comunica al enfermo: ignorancia, inseguridad y negación implícita. A estar de ser descriptas para enfermos terminales, vale la pena pensarlas en pacientes oncológicas.

1. IGNORANCIA: en esta fase la paciente todavía no sabe nada de su situación pero las dificultades en torno a ella ya han comenzado.
2. INSEGURIDAD: En este período se hacen preponderantes las dudas, atravesando períodos de gran esperanza y expectativas positivas de curación alternando con momentos de miedo y tristeza. En esta fase la paciente suele necesitar que a alguien con quien hablar y compartir.
3. NEGACIÓN IMPLÍCITA: esta fase se caracteriza por el hecho de que el paciente percibe inconscientemente su situación, e implícitamente lo niega.

6.2.4 Fases por las que atraviesa el enfermo una vez informado

Se describen tres fases por las que la enferma transitaría desde que el diagnóstico hasta que se comunica al enfermo, éste también atraviesa por una serie de fases una vez informado (Gómez Sancho, 1998). Estas son:

NEGACIÓN: la reacción mas frecuente en aquellos enfermos que escuchan un diagnóstico desfavorable es la negación “No yo no”. Esta es la reacción más propia de quien no ha sido informado correctamente. Esta situación debe ser respetada y no demolida con argumentos lógicos.

IRA: la primera fase es sustituida por sentimientos de ira, rabia, envidia y resentimiento.

PACTO: es la fase menos conocida, porque no se pueden verbalizar. Los pactos suele ser un intento de posponer los hechos. También podrían relacionarse con una sensación de culpabilidad oculta.

DEPRESIÓN: llega un momento en que no se puede seguir poniendo una buena cara. Aparecen sensaciones de dolor y tristeza.

ACEPTACIÓN: esta fase la paciente logra aceptar la situación, su enfermedad. Es un momento de paz, al que no todos llegan. Todo psicoterapeuta anhela que su paciente arribe a esta fase.

En síntesis, un mensaje o información confirmatoria de un diagnóstico o pronóstico terapéutico puede tener un efecto potencialmente dañino o, contrariamente, generador de cambios dependiente de las personas involucradas en dicho proceso comunicacional, su vínculo terapéutico, el tipo de enfermedad en cuestión, el contexto donde sucede la entrevista y sobre todas las cosas, de qué, cómo y quien dará la información y quién la escucha. Es importante reconocer e identificar estos efectos potenciales que puede

generar el “dar la mala noticia” para mejorar el arte de su comunicación a los pacientes y sus familiares. La palabra “arte” subraya justamente el carácter artesanal y singular de dicho proceso. Comunicar adecuadamente las malas noticias a los pacientes no es una habilidad opcional; es una parte esencial de la práctica profesional. Parte sustancial que interviene en la formación de un acuerdo entre los participantes, tendiente a la cooperación y trabajo conjunto en pos de un objetivo común: el reestablecimiento de la salud del paciente (Talgham, 2005).

En última instancia, la comunicación siempre estará sostenida por este vínculo fundamental: la relación médico-paciente. Con respecto a este tema se introducirá al lector a un modelo de devolución diagnóstica, utilizado en el Hospital Municipal Bernardino Rivadavia.

Capítulo 7. Un modelo de devolución diagnóstica

Habiendo realizado un recorrido teórico que buscó ofrecer un panorama que ayude a comprender los términos en que ésta tesina busca responder a su interrogante, ¿si la comunicación “adecuada” favorece una Relación Terapéutica suficientemente buena, que conlleve a una mejor calidad de vida del paciente? Se tomará como objeto de análisis al dispositivo utilizado en el Hospital Municipal Bernardino Rivadavia en el Servicio de Ginecología. En el mismo se estableció la Devolución Diagnóstica (DCIODPT) como un dispositivo interdisciplinario, el que será explicitado a continuación, a partir de la presentación realizada por la Lic. Talgham en su tesis de maestría en psicoanálisis “Beneficios de la aplicación de la dcioDpt en pacientes oncológicos en el marco de una propuesta psicoanalítica: sobre alianzas y transferencias” (Talgham, 2005). Este dispositivo busca enriquecer la comunicación Médico-Paciente, entre otros objetivos.

7.1 H. M. B. R.: Servicio de ginecología

El Servicio de Ginecología del Hospital Municipal Bernardino Rivadavia es reconocido por su vasta experiencia en la asistencia interdisciplinaria a la mujer, desde un abordaje integral, bio-psico-social.

El pionero Prof. Dr. Carlos A. Gurucharri, y su antecesor, el Dr. Enrique Bagnati (P) han sido los principales responsables del prestigio obtenido, siendo los creadores, junto con otros, de espacios inéditos de asistencia. La premisa fundamental es pensar a la Mujer, como una Persona, incluida en su contexto, siempre desde un abordaje bio-psico-social. Por tal motivo, el equipo de psicólogas, así como de otro tipo profesionales, está incluido desde siempre en el equipo de salud, compartiendo actividades científicas, asistenciales y espacios formales e informales de discusión.

El Servicio de Ginecología está constituido por distintas Secciones y Consultorios. Los participantes del servicio son profesionales de diferentes disciplinas del área de la Salud y de la Educación tales como: médicos ginecólogos, oncólogos, nutricionistas, psicólogos, enfermeros, terapistas corporales, licenciadas en educación, sociólogos, etc. Cada profesional y la disciplina que integra, están incluidos en el manejo general e interdisciplinario de la mujer consultante. La población del Servicio pertenece, en su mayoría, a sectores populares de la Capital Federal y Gran Buenos Aires, aunque también provienen de países limítrofes y provincias del interior del país.

Secciones

- Reproducción-Esterilidad
- Patología Cervical
- Adolescencia
- Patología Mamaria

Consultorios

- Endocrinología
- Climaterio
- Planificación familiar
- Uro-ginecología
- Patología Oncológica
- Ginecología General
- Psicología

7.2 Actividad asistencial del consultorio de psicología

La coordinación del equipo de Psicología está a cargo de la Lic. Ana Tropp. Las psicólogas participan de manera interdisciplinaria dentro del Servicio, es decir, trabajan en las distintas Secciones anteriormente mencionadas como parte integrante del cuerpo de salud.

El marco conceptual que comparten es el Psicoanálisis y su entrecruzamiento con la Teoría de las Crisis Vitales. El principal objetivo es la asistencia psicoterapéutica de la mujer que consulta, ya sea por presentar síntomas psicológicos asociados a las patologías ginecológicas (oncológicas o no oncológicas), o referentes a las crisis evolutivas del climaterio o de la adolescencia; o en su búsqueda de un método de anticoncepción o contrariamente, por causa de un embarazo frustrado.

El Consultorio de Psicología está compuesto por las siguientes áreas, que se integran, al mismo tiempo, en las Secciones y Consultorios del Servicio anteriormente mencionados. Estas son:

1. Adolescencia
2. Planificación Familiar
3. Esterilidad-Reproducción
4. Sala de Internación-Psicooncología⁵¹
5. Climaterio

7.2.1 Sala de Internación-Psicooncología

A continuación se abordará brevemente el trabajo realizado en esta sección, permitiente al objetivo de esta tesina.

El cáncer, como crisis vital accidental, genera un quiebre en la vida del paciente-familia, un antes y un después, con la posibilidad, elaboración mediante, de lograr un nuevo equilibrio. El proceso de enfermar es singular y va a depender de múltiples factores: historia, herencia, genética, experiencias infantiles, etc.

Asimismo, la enfermedad tiene repercusiones en la esfera psicológica. En este sentido, la paciente atravesará por distintos estados emocionales. El primer impacto es frente al diagnóstico. Este representa la primera pérdida, la de la salud y el bienestar que ya no se posee, e implica un trabajo de duelo que requerirá tiempo para su elaboración. El segundo impacto son los tratamientos propuestos. Todos implican cambios corporales y promueven fantasías. Se agotan los recursos para poder mediar entre lo que siente y la posibilidad de ponerle palabras y tramitarlo. Las vivencias de dolor pasan a ser de aniquilamiento, de terror, el dolor es insoportable, lo que ahora se pone en juego es la finitud, la propia vida. La angustia de muerte es común a la enfermedad tanto oncológica como no-oncológica, con las variantes acordes al diagnóstico y al pronóstico. Frente a esta angustia inconcebible, una forma de soportarla es mediante la función de sostén que el equipo brinda tanto a nivel simbólico como instrumental, real y concreto.

La tarea del equipo de salud radica en posibilitar algún tipo de ligadura, entendiéndola en sus dos vertientes: por un lado, poniendo palabras donde no las hay. Por el otro lado, cuando las palabras pierden valor en su contenido, el acto terapéutico consistirá en la presencia concreta del terapeuta, el sonido de su voz o su silencio, o el contacto físico, adecuándose a las necesidades de la paciente.

7.3 Dispositivo interdisciplinario: la DCIDOPT

Hasta ahora se ha desarrollado la idea de que la enfermedad oncológica es un fenómeno complejo y multidimensional, que necesita un abordaje integral, bio-psico-social. Por tal motivo, se vuelve imprescindible la conformación de equipos interdisciplinarios para afrontar el problema planteado.

El dispositivo interdisciplinario, de Devolución Conjunta de Información Diagnóstica Oncológica, Pronóstica y Terapéutica, (DCIDOPT), es entendido como un dispositivo en el sentido de estructura de elementos vinculados entre sí y que cumple una función estratégica dentro de la institución hospitalaria y del Servicio de Ginecología.

Desde 1988, se implementó en el Servicio de Ginecología del H.M.B.R. la Devolución Conjunta de Información Diagnóstica Oncológica, Pronóstica y Terapéutica (DCIDOPT), un dispositivo interdisciplinario diseñado con la intención de "atenuar" el impacto traumático que implica tanto recibir como "dar la mala noticia"⁵²: el diagnóstico oncológico. Se efectúa en los consultorios externos de Patología Mamaria, Patología Cervical y Oncología Ginecológica. En el mismo participan el médico, la psicóloga, la paciente y su familiar. El equipo de salud posee ya el resultado de la anatomía patológica y ha decidido el plan a seguir. Se cita a la paciente y su familiar.

Previamente a hacer ingresar a la paciente al consultorio especialmente diseñado para la devolución, se toman datos de la misma como nombre, edad, estado civil, número de historia clínica, diagnóstico anatómo-patológico (oncológico o preoncológico, por lo cual se decide citar a la paciente), dirección, teléfono, y se intercambia con él la propuesta terapéutica que el equipo ha decidido llevar a cabo y el pronóstico terapéutico.

51. ACLARACIÓN DE LA AUTORA: Esta es el área relevante para los objetivos de esta tesina.

52. ACLARACIÓN DE LA AUTORA: Se remite al lector al Capítulo N° 6, donde se ampliará este concepto.

El médico es quien tiene a su cargo la difícil tarea de informar. Es veraz desde el inicio, evaluando qué, cómo y cuándo dará la información, privilegiando la claridad en el mensaje (sin tecnicismos), la escucha y la contención de la paciente y su familiar/acompañante. Se busca el establecimiento de una distancia óptima, empática, evitando la distancia excesiva o el sobreinvolucramiento.

Para la paciente la enfermedad irrumpe de manera inesperada generando un quiebre, un antes y un después. El diagnóstico implica un shock, un impacto emocional para quien lo recibe pero también para quien lo comunica. El segundo impacto es el tratamiento propuesto (tumorectomía, radioterapia, quimioterapia, etc.). Todos implican cambios corporales promoviendo, además, fantasías y temores, haciendo necesario un trabajo de procesamiento y elaboración.

La psicóloga acompaña al paciente y al médico. A este último, en la tarea de informar el diagnóstico y a la paciente en comprenderlo y procesarlo. Facilita a la paciente y su familia la comprensión del lenguaje médico. Utiliza preguntas abiertas para facilitar la expresión de dudas, mitos, creencias y la puesta en palabras de miedos (a la muerte, al dolor, al abandono, etc.). Asimismo, mediante la escucha y la observación, detecta variables de riesgo bio-psico-sociales y ofrece tratamiento psicoterapéutico con el fin de acompañar a la enferma-familia en el largo proceso de enfermedad. Cabe aclarar que se habla de la psicóloga en femenino ya que son todas mujeres las que conforman el equipo de salud mental.

El familiar o acompañante es una presencia necesaria como soporte frente a la terrible sensación de indefensión que genera el diagnóstico en la paciente. Puede constituirse en escucha y portavoz de dudas y ansiedades y, en el mejor de los casos, en un aliado para el equipo profesional.

El consultorio donde se realiza este encuentro es parte importante del dispositivo. Ya que es cómodo, íntimo, alejado de ruidos e interrupciones, especialmente preparado para la contención de la paciente y su familiar, tanto desde lo físico como desde lo emocional. Este es un espacio excepcional dentro de las paredes de un hospital municipal.

El objetivo de este dispositivo se dirige a dos niveles de procesamiento: uno, informativo-cognitivo, y el otro, inconsciente-emocional. En el plano cognitivo el objetivo es que la paciente y su familiar/acompañante comprendan el diagnóstico de cáncer y sus eventuales tratamientos. Se intenta generar un espacio de contención que permita desplegar dudas y emociones. Se prioriza la claridad en el mensaje y, si es necesario, se utilizan láminas o gráficos explicativos, y se repiten las indicaciones y propuestas tantas veces como la paciente-familiar lo requieran. Se aborda la relación equipo profesional-paciente-familiar desde la cooperación y la empatía. En el plano inconsciente circulan las ansiedades particulares de cada paciente, su propia historia, las fantasías de enfermedad y curación, las ansiedades particulares de la Institución y de los profesionales y el establecimiento de la transferencia, sostén del tratamiento (con el médico, con el hospital, etc.).

El momento de la Devolución es muy importante para la conformación de un "vínculo" entre la paciente, su familia y el equipo profesional. Funda las bases de una relación. Este es un encuentro entre individuos, cada uno con su historia y su personalidad. En este espacio, cada participante aportará recursos propios desde su rol particular (médico, enfermo, familiar, psicólogo), para lograr el objetivo común: la lucha contra la enfermedad oncológica. La Lic. Talgham asegura que, se ha observado que la DCIDOPT favorece la aceptación de estudios y tratamientos, algunos de ellos muy invasivos (quimioterapia, radioterapia, cirugía), convirtiendo la relación paciente-familia-equipo de salud que se establece a partir de ella, en un soporte emocional y social frente a la situación de desvalimiento que genera la enfermedad (Talgham, 2005). Asimismo, en términos de Winnicott, una Relación Terapéutica⁵³ "suficientemente buena"⁵⁴, podría lograr una mayor adhesión a los tratamientos y una menor deserción y abandono de los mismos.

En este sentido, "La DCIDOPT transforma "la mala noticia", el diagnóstico oncológico, en información que puede ser procesada y elaborada, ofrece alternativas y recursos terapéuticos, atenuando así su carácter traumático" (Guinzburg & Talgham, 2004).

Será a partir de este dispositivo, y dentro del Servicio de Ginecología del Hospital Municipal Bernardino Rivadavia, que se tomarán 4 devoluciones diagnósticas, a partir de las cuales, se iluminará la hipótesis de que "Una comunicación "adecuada" favorece una Relación Terapéutica "suficientemente buena". Y por lo tanto, esta Relación favorecerá la Calidad de Vida del Paciente." Siempre entendiendo a la Comunicación, como mucho más que el mero acto de informar...Comunicación como Relación.

A continuación, se explorarán los conceptos de afrontamiento y resiliencia, junto con algunas de las técnicas utilizadas en las pacientes con CM. A su vez, se reflexionará a cerca de aspectos contratransferenciales que el médico y terapeuta deberían trabajar para que su práctica sea eficaz. Es el objetivo del capítulo que sigue adentrar al lector en el arte del abordaje psicoterapéutico.

53. ACLARACIÓN DE LA AUTORA: Se remite al lector al Capítulo N° 10

54. ACLARACIÓN DE LA AUTORA: Se remite al lector al Capítulo N° 10

Capítulo 8. Abordaje psicoterapéutico del cáncer de mama

A la hora de pensar el abordaje psicoterapéutico para una paciente con cáncer de mama, hay varios conceptos que pueden servir de guía. Es por esto que se adentrará al lector a los conceptos de afrontamiento y resiliencia, para después realizar un breve recorrido por las técnicas utilizadas para el abordaje de estas pacientes. Por último, se expondrán algunos conceptos contratanferenciales que los terapeutas deben manejar para poder actuar eficientemente.

Son posibles objetivos de la Psicoterapia para pacientes oncológicos: el facilitar el cumplimiento de las prescripciones médicas, disminuir los efectos secundarios de los tratamientos⁵⁵, facilitar los cambios de hábito de vida, facilitar la expresión emocional, desarrollar técnicas de afrontamiento, modificar creencias restrictivas, resignificar la experiencia, promover el apoyo social⁵⁶, promover expectativas de autoeficacia, elaborar las pérdidas, infundir esperanza, desarrollar propósitos y metas⁵⁷ (Gómez, 2004). Algunos de estos serán desarrollados a lo largo de esta tesina.

8.1 Afrontamiento y adaptación

Según Lazarus y Folkman, se define al AFRONTAMIENTO como: “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y / o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (Lazarus y Folkman, 1980). El afrontamiento o COPING⁵⁸ se entiende también como la acción de afrontar, de hacer frente a un enemigo, un peligro, una responsabilidad, etc. Es un conjunto de respuestas, cognitivas o conductuales ante una situación estresante, ejecutadas por un individuo, en este caso la paciente con cáncer de mama, para poder manejar y / o neutralizar la situación, y de alguna manera, reducir las cualidades aversivas de tal situación, así lo refiere el profesor de la Universidad de Alicante, España, Dr. Agustín Capuano Vañó (Vaño, 2005).

A partir de la evaluación cognitiva de la paciente, de la situación amenazadora como de sus recursos⁵⁹ disponibles, existen dos grupos de estrategias de afrontamiento:

1. Estrategias centradas en el Problema: intentan manejar o solucionar la situación causante del estrés, es decir, desactivar o disminuir la percepción de amenaza.
2. Estrategias centradas en la Emoción: intentan regular las respuestas emocionales que aparecen como consecuencia del estrés o amenaza.

En las pacientes con cáncer de mama, las estrategias que suelen ponerse en marcha son las emocionales, ya que el cáncer no se puede “modificar”, si por modificar entendemos que la raíz del problema no se puede controlar. Sin embargo, este diagnóstico tan temible, en la actualidad posee numerosas formas de tratamiento, que en cierta medida aumentan la posibilidad de cierta modificación.

Cabe aclarar que el afrontamiento es un proceso cambiante, siendo posible el paso de una estrategia a otra, según las demandas de la situación y las evaluaciones cognitivas de las que la paciente disponga. Así, serán consideradas estrategias adaptativas⁶⁰, aquellas que reduzcan el estrés al mismo tiempo que promuevan estados de salud. En cambio, serán consideradas desadaptativas, al reducir el estrés a corto plazo con un deterioro para la salud (por ejemplo, el alcohol, el cigarrillo, etc). Es decir que por momentos, la paciente contará con estrategias defensivas y también con estrategias que sirvan para resolver el problema.

Siendo las funciones del afrontamiento (coping): asegurar la información adecuada del entorno, resolver problemas, regular las emociones, proteger la autoestima y preservar las interacciones sociales; podría decirse que la función del coping variará según el objetivo que persiga cada estrategia. Baeza Villarroel, J.C., en su tesis doctoral, refiere que Mechanic (1974) habla de tres funciones (Baeza Villarroel, 2001):

1. Afrontar las demandas sociales y el entorno.
2. Crear el grado de motivación necesario para tales demandas
3. Mantener el equilibrio psicológico para poder dirigir la energía y los recursos a las demandas externas.

Podría entonces decirse que la implementación de estrategias adaptativas, resultaría efectivo para

55. ACLARACIÓN DE LA AUTORA: Se remite el lector a la lectura del apartado N ° 2.8 donde se exponen efectos secundarios a los tratamientos del cáncer de mama.

56. ACLARACIÓN DE LA AUTORA: Se remite al lector al apartado N ° 9.4 donde se amplía este concepto.

57. ACLARACIÓN DE LA AUTORA: Se remite al lector capítulo N ° 10 donde se amplía este concepto.

58. ACLARACIÓN DE LA AUTORA: Se entiende “Coping” como la traducción al inglés de “afrontamiento”.

59. ACLARACIÓN DE LA AUTORA: Según Lazarus y Folkman, los recursos poseen una naturaleza multidimensional. Aquellos que serían propiedad del individuo son la salud y la energía, como recursos físicos; las creencias positivas, como recursos psicológicos, y las técnicas sociales, aptitudes y la capacidad de resolución de problema (Lazarus y Folkman, 1980).

60. ACLARACIÓN DE LA AUTORA: las reacciones de la paciente a su diagnóstico de CM puede también ser considerado como adaptativas o desadaptativas. Se remite al lector al apartado N°4.

proporcionar alivio, recompensa, tranquilidad y hasta equilibrio en la paciente, para así disminuir el estrés que la enfermedad le provoca. Para llegar a lo anterior el paciente debe evaluar la situación enfrentándose a su dolor tanto físico como psicológico. A partir de esto, podría decirse que una paciente puede afrontar el cáncer, de diferentes maneras, entre ellas:

- Buscar información: como una manera de combatir la incertidumbre
- Atribución: disminuir la incertidumbre, aumentar la sensación de control y atribuir los efectos negativos a causas concretas, no a personas.
- Afrontamiento activo: el sujeto supone una postura en la cual busca encontrar soluciones a los problemas planteados.

A partir de todo lo expuesto, puede valorarse como la capacidad de afrontamiento es un elemento importante a trabajar desde el abordaje psicoterapéutico. Modificar estrategias desadaptativas, es decir, las tendencias a afrontar los síntomas de alguna manera determinada, va a beneficiar a la paciente no sólo en el coping con su enfermedad sino en su vida actitud hacia la vida entera. Es una herramienta con la que cuenta cada individuo, y que el terapeuta debe evaluar. Es necesario conocer la forma en que cada individuo hace frente a situaciones adversas. Es por esto que a continuación se adentrará al lector en el concepto de resiliencia.

8.2 Resiliencia

Zukerfeld entiende a la "Vulnerabilidad Somática" como la cristalización de un modo de funcionamiento psíquico universal propio del inconsciente escindido. También entendida, como una disposición a enfermar que a nivel clínico se manifiesta en una dificultad en el enfrentamiento a situaciones estresantes y una baja tolerancia al desamparo o a pérdidas significativas. La capacidad de resiliencia sería en cierta forma, su opuesto. (Zukerfeld, 2002)

La capacidad que posee un cuerpo para resistir una fuerza o un choque (soltura de reacción, elasticidad), es nombrado por la física como Resiliencia. Es decir, que refiere a una característica propia de ciertos materiales que pueden recobrar su forma original, pero mejorada debido a su elasticidad o flexibilidad, después de haber sido deformados (Varela, 2005).

Cyrułnik, psiquiatra francés, definió a la resiliencia como la capacidad de cada persona para adaptarse y poder superar un entorno hostil. Esta capacidad, considerada también un mecanismo de autoprotección, sería adquirida genéticamente, y a la vez, con posibilidades de aprenderse. Sería creada en primer lugar por los lazos afectivos y luego por la posibilidad de expresar las emociones. (Cyrułnik, 2001)

A. Melillo y N. Suárez Ojeda hacen referencia en su libro titulado "Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas" a los pilares de la resiliencia, a partir de factores que resulten protectores para los seres humanos, más allá de los efectos negativos de la adversidad, tratando de estimularlos una vez que fueran detectados. Estos serían: (Melillo & Suárez Ojeda, 2001)

- Introspección: el arte de preguntarse a sí mismo y darse una respuesta honesta.
- Independencia: el saber fijar límites entre uno mismo y el medio con problemas; capacidad de mantener distancia emocional y física sin caer en el aislamiento.
- Capacidad de relacionarse: habilidad para establecer lazos e intimidad con otra gente, para equilibrar la propia necesidad de afecto con la actitud de brindarse a otros.
- Iniciativa: gusto de exigirse y ponerse a prueba en tareas progresivamente más exigentes.
- Humor: capacidad de encontrar lo cómico en la propia tragedia.
- Creatividad: capacidad de crear orden, belleza y finalidad a partir del caos y el desorden.
- Moralidad: consecuencia para extender el deseo personal de bienestar a toda la humanidad y capacidad de comprometerse con valores, este elemento ya es importante desde la infancia, pero sobretodo a partir de los 10 años.
- Autoestima consistente: base de los demás pilares y fruto del cuidado afectivo consecuente del niño o adolescente por un adulto significativo.

Es la resiliencia otro concepto que enriquece el abordaje psicoterapéutico a la hora de pensar a la paciente con cáncer de mama. Pensar en este concepto no sólo agrega herramientas en la labor terapéutica profesional, sino que reafirma la capacidad de la paciente de salir fortalecida de situaciones adversas. Asimismo, realza el valor positivo de las crisis, siendo el cáncer de mama una crisis accidental. Es decir, que desde esta visión, podría llegar a encontrarse en el cáncer una "oportunidad" de crecer.

8.3 Psicoterapia de la paciente con cáncer de mama

Sin entrar en discusiones respecto del componente psíquico en la forma de enfermar, y más aún, convertirse en una paciente oncológica, no hay dudas de la necesidad de la psicoterapia. Ésta ofrece a la paciente ayuda para poder atravesar este nuevo "obstáculo" o "desafío" que irrumpe en su vida. Ade-

más la psicoterapia puede buscar junto con la paciente nuevas alternativas ante la situación de crisis. La psicoterapia ayuda a afrontar la crisis, como una posibilidad de cambio, como oportunidad, capaz de prevenir sus posibles secuelas. Este abordaje ofrecerá a la paciente con cáncer de mama, en definitiva, una mejor calidad de vida.

Fuera de las técnicas que serán descritas a continuación, que podrán ser utilizadas a lo largo de la vida de la paciente en otros aspectos de su vida cotidiana, la psicoterapia ofrece una real mejora en la calidad de vida. Enfrentarse a una ruptura, a un impacto tal, como es el cáncer, no es fácil. La psicoterapia ofrecerá no solo la posibilidad de historizar esta realidad, sacando de ella el carácter amenazante, sino también buscará brindar a la paciente la posibilidad de una recuperación del equilibrio perdido. No el mismo, sino uno mayor, que incluye este nuevo desafío de vida.

Hablar de abordaje psicoterapéutico necesariamente nos conduce a adentrar al lector en algunas técnicas de intervención específica que son utilizadas en pacientes con CM. Siempre respetando la singularidad del caso a caso y eligiendo de forma consciente según los objetivos y el contrato del tratamiento, la técnica adecuada. Freixas y Miro, en su libro "Aproximaciones a la Psicoterapia" refieren que las técnicas conllevan un 15% de la efectividad del tratamiento psicoterapéutico, a partir de estudios realizados por Lambert en 1992 (Freixas & Miro, 1993). Agregan que es el cambio extraterapéutico, factores que forman parte del paciente y su entorno que contribuyen a la mejoría independientemente de la psicoterapia, influyen un 40% en el resultado de la psicoterapia. Los llamados factores comunes, que incluyen variables como la empatía, calidez, aceptación, animar al paciente a aceptar riesgos, entre otras, influyen un 30% y el 15% restante es atribuido al efecto placebo, propia de las expectativas del paciente que sabe que se lo va a ayudar y deriva también de su credibilidad en las técnicas o explicaciones específicas. A continuación se describirán algunas de las técnicas utilizadas en la psicoterapia con pacientes con CM.

- a. **RESPIRACIÓN DIRIGIDA - RELAJACIÓN:** la respiración es el medio más efectivo del que el ser humano dispone para calmarse. Los distintos ejercicios pueden efectuarse individualmente o en grupo, de pie o en posición estirada y estando o no el terapeuta presente. Aprender a relajarse e influir sobre el cuerpo, permite a las pacientes trabajar en la obtención de sus objetivos. Ofrece la ventaja cognitiva de romper el ciclo de tensión, incrementando la percepción que de la paciente del propio autocontrol, lo que puede desencadenar una mejor autoimagen.
- b. **IMAGINACIÓN DIRIGIDA:** en pacientes con cáncer, esta técnica se utiliza haciendo que la paciente imagine que las células inmunológicas están combatiendo células tumorales. Se piensa que el efecto placebo ocupa un lugar no sólo en la imaginación dirigida sino en las demás intervenciones sobre la conducta. Algunos sostienen que esta técnica puede aumentar una sensación interna de control sobre la situación.
- c. **CONCENTRACIÓN:** la concentración proporciona a quien lo realiza una renovada sensación de fuerza y control sobre su vida, lo cual es esencial en el tratamiento de una crisis.
- d. **EJERCICIOS PARA EXPRESAR LA IRA:** existe una gran diversidad de técnicas para ayudar al paciente a expresar su ira. Desde el golpeteo, pataleo, y otros ejercicios en los que repite en voz alta "déjame en paz".
- e. **VISUALIZACIONES:** las visualizaciones son un proceso de creación de imágenes y de concentración en esas abstracciones, siguiendo la filosofía de Virgilio de que "la mente mueve a la materia". Esta técnica mejora la calidad de vida de la paciente y puede llegar a tener una relación con la longevidad de los enfermos de cáncer. Con esta técnica se pretende cambiar la percepción individual con respecto a la situación "difícil" o estresante. Su finalidad primordial es modificar las estrategias de afrontamiento negativas, fundamentada en la Terapia Cognitiva de la Depresión de Beck.
- f. **BIOFEEDBACK o BIORRETROALIMENTACIÓN:** parte de la premisa del deseo del paciente de mejorar su conocimiento corporal y progresar en el control de la situación. Se puede llegar a utilizar diferentes sensores que midan la actividad de la piel, logrado que la paciente visualice la variable elegida y ayude a modificar la respuesta a través de un condicionamiento dirigido. Condicionamiento positivo, que intenta mediante el entrenamiento, que al mismo tiempo que intenta relajar al paciente, trata de modificar la respuesta elegida. Un clásico ejemplo, es el del globo aerostático que, levanta vuelo según la relajación y respiración del paciente, lo que permite a este tener registro de sus emociones (Viollaz, 2004).
- g. **INTERVENCIONES COGNITIVO CONDUCTUALES:** estas se centran en combatir las pautas de pensamiento, en especial, la depresión. Los cognitivos con sus intervenciones tratan de modificar el sistema de razonamiento y lo hacen empleando la auto monitorización y la recapacitación. Algunos de estos ejemplos son: el Como sí; Redefinición de Objetivos; Combatir el catastrofismo; Centrarse en la Calidad de Vida; Advertencia; Estrategias de Afrontamiento, entre otros.

- h. **DESENSIBILIZACIÓN SISTEMÁTICA:** se elabora de manera conjunta paciente terapeuta, una jerarquía de imágenes, ordenadas progresivamente en función de la aversión que suscitan. Siendo quizás las que concierne a las reacciones al tratamiento. En un estado de profunda relajación, la paciente recorre con la imaginación esta jerarquía, intentando mantenerse relajada a medida que los estímulos se hacen provocativos, siendo condición necesaria para avanzar en la jerarquía el lograr la relajación en el ítem anterior.
- i. **HIPNOSIS:** esta técnica evita inmediatamente las defensas represivas y proporciona un alivio de los síntomas. La hipnosis provoca una alteración en el estado de conciencia, ayudando a la paciente a afrontar reacciones somáticas y emocionales desagradables. Las técnicas hipnóticas proporcionan a las pacientes con cáncer de mama una disminución del dolor, aunque el éxito total depende de la predisponibilidad a ser hipnotizada.
- j. **TERAPIA DE GRUPO:** Varios estudios sostienen la eficacia de la terapia de grupo con pacientes con cáncer de mama. Un grupo conducido de forma profesional sirve para orientar, interpretar, contener y ayudar a expresar los sentimientos. La terapia de grupo tiene varias ventajas, entre ellas, la posibilidad de aprender y perfeccionar las capacidades interpersonales en un medio real. Además son más accesible económicamente, y esto cobra importancia a la hora de pensar los costos elevados de los tratamientos de estas pacientes.

David Spiegel, sostiene que existe una comprobada mejoría en las pacientes con cáncer de mama que participan de una terapia de grupo. Estas pacientes tienen menos estrés y menor dolor. Pero aún así, la terapia de grupo no proporciona una mayor esperanza de vida. Los grupos también potencian la catarsis y la esperanza, aliviando emociones y generando la posibilidad de infundir esperanza y crear confianza en las propias capacidades, reflejadas en las universalidad de muchos de sus sentimientos y experiencias (Spiegel, 2001). Los grupos terapéuticos son dispositivos especialmente habilitados para fomentar dicha esperanza necesitada por las pacientes para lograr sus cambios. Esto se consigue por medio de cuatro principios, como refiere Fernández Álvarez en la compilación realizada por Mesones Arroyo, titulada "La Psicoterapia y las Psicoterapias" (Mesones Arroyo et al., 2003). Estos son: la fuerza de la cohesión grupal, el sentimiento de solidaridad, la persistencia de las acciones y la confianza a ella asociada y la capacidad anticipatoria (visión de futuro). Así también Katz y Bender señalan que los beneficios de la terapia de grupo son (Katz y Bender, 1976):

- a. La oportunidad de interactuar cara a cara entre sus miembros.
- b. Enfatiza la participación personal (opiniones, posibles soluciones),
- c. Su asistencia es totalmente voluntaria.
- d. Permite la comparación y resolución de los problemas en grupo.
- e. Ofrecen apoyo emocional.

8.4 Sistema de creencias

La dimensión religiosa o espiritual del hombre es incuestionable y por eso debe ser considerada como un aspecto importante ya que las creencias religiosas le permiten, a la paciente, describir un sentido a su vida, a la enfermedad y su posible desenlace, con lo que aumenta la tolerancia. Este aspecto puede proveer a la paciente de gran fortaleza y esperanza⁶¹, virtudes necesarias e importantes a la hora de afrontar la enfermedad.

Al nombrar a este apartado sistema de creencias, se intenta incluir además de creencias religiosas aquellos valores que puedan llegar a afectar esta dimensión. La paciente puede creer en el Yoga, Reiki, y otras prácticas sostenidas en un sistema de creencias que necesariamente van a afectar a la práctica psicoterapéutica.

8.5 La contratransferencia del psicooncólogo

Habiendo desarrollado la importancia de los aspectos transferenciales y contratransferenciales⁶² en la relación médico-paciente, este apartado tiene el objetivo de detenerse en los posibles aspectos contratransferenciales del Psicooncólogo, más aún si quien trabaja con la paciente con cáncer de mama es una mujer.

Un abordaje de cáncer de mama, debería idealmente incluir el trabajo del Psicooncólogo y médico, sobre sus sentimientos contratransferenciales. Entendiendo lo contratransferencial ya no como un obstáculo, como lo sostuvo Freud en un principio, sino como la: "totalidad de los sentimientos que el analista vivencia hacia su paciente" (Heinmann, 1949)

61. ACLARACIÓN DE LA AUTORA: cabe aclarar que las esperanzas deben mantenerse a un nivel real y no envueltas en sentimientos contratransferenciales.

62. ACLARACIÓN DE LA AUTORA: Se remite al lector al Capítulo N° 5 donde se trabajan los aspectos transferenciales y contratransferenciales.

La contratransferencia en las pacientes con cáncer de mama plantea algunas cuestiones específicas y singulares. El terapeuta tiene la misión de ayudar a la paciente a enfrentarse con una enfermedad que ni él ni la paciente controlan. “La respuesta psicológica al cáncer de mama estará condicionada por el pronóstico, el tratamiento requerido, la extensión de la enfermedad, el sistema asistencial y la personalidad premórbida de la paciente.” (Haber, 2000). La educación psicológica⁶³ sobre enfermedad, tratamiento, pronóstico y respuestas emocionales típicas y atípicas al diagnóstico permite que el tratamiento psicológico sea más efectivo. Este conocimiento también puede ayudar al terapeuta a sentirse más competente y seguro de sí mismo. El sexo del terapeuta (Psicooncólogo), la edad, la etapa de la vida por la que este pasando y las experiencias que tenga sobre el cáncer, las pérdidas y la enfermedad son factores que influyen en la interacción con las enfermas de cáncer de mama. La ansiedad del terapeuta acerca de la desfiguración, la apariencia física, el atractivo sexual y la funcionalidad reproductiva es también un factor influyente.

A partir de lo expuesto por Sandra Haber, en su “Manual de Tratamiento psicológico, Cáncer CM”, se adentrará al lector a algunos de los aspectos contratransferenciales.

- ❑ **MORTALIDAD:** al tratar con pacientes con cáncer de mama hay que afrontar la posibilidad de que la paciente se muera. Es así posible, que el psicólogo experimente sus propios sentimientos de muerte. Será necesario para una adecuada intervención la elaboración de su propia finitud como terapeuta, y los temas aledaños como duelos, y pérdidas. La falta de elaboración puede llevar al psicólogo a mitigar el miedo, ya sea tratando de evitar o mitigar el problema o convertirlo en una preocupación central exagerada dejando de lado el tratamiento.
- ❑ **CONTROL:** en cierta forma, podría decirse que a los psicólogos, como todo aquel que cuenta con estudios de una determinada especialidad, les gusta creer que pueden influir de forma efectiva en el entorno y así posibilitar que las personas controlen sus vidas. Enfrentarse con la posibilidad de que la enferma de cáncer de mama pierda el control sobre sus emociones, su vida y su salud, puede causar angustia, y hasta una sensación de fracaso.
- ❑ **IMAGEN CORPORAL:** es habitual que una intervención quirúrgica sea parte del tratamiento de la paciente con cáncer de mama, provocando muchas veces una desfiguración física. El referente que tenga el psicólogo sobre la integridad corporal y la indemnidad quedará afectado por cualquier reacción visual, táctil o cenestésica, ya sea real o imaginaria. Si el terapeuta es mujer, le puede resultar difícil tratar con la pérdida del órgano, asociado a la feminidad sexualidad, maternidad, pensando el papel que desempeña la mama en su identidad como mujer, como pareja y madre. El reconocimiento de las propias actitudes y sentimientos, podría llegar a evitar que se proyecten sobre la paciente sus propias reacciones.
- ❑ **DEPENDENCIA E INDEFENSIÓN:** un paciente en tratamiento, se enfrenta a retos quirúrgicos, como efectos secundarios, así como una posible incapacidad física progresiva, desarrollando una mayor dependencia de los demás, ya sea en el plano físico como emocional. Es necesario para el psicólogo, saber cuales son sus conflictos de dependencia, y cuales sus actitudes frente a la dependencia de los demás. Esto ayudaría a la paciente a manejar de forma eficaz sus mecanismos de apoyo y los que le ofrezca la comunidad médica. El profesional también se puede sentir indefenso, siendo importante darse cuenta de esto para poder ofrecer una asistencia adecuada.
- ❑ **ANSIEDAD PROVOCADA POR EL TRATAMIENTO MÉDICO:** el tratamiento de cáncer implica la utilización de alta tecnología, con aparatos y un entorno que intimida. La paciente tendrá que soportar durante el tratamiento la peligrosa exposición y la utilización de fármacos tóxicos. Sería de gran importancia que el terapeuta se familiarice con los dispositivos, lo que ayudaría a reducir el miedo, y la incertidumbre que produce la falta de referencia visual.
- ❑ **HISTORIAL FAMILIAR:** el historial de cáncer y enfermedades de la familia del terapeuta puede afectar su trabajo con pacientes que padezcan cáncer de mama. El reconocer la respuesta individual de la afección y el no permitir que las estadísticas influyan demasiado en la reacción que tenga hacia la enferma aumentará de manera relevante la eficacia de la psicoterapia.
- ❑ **EDAD Y ETAPA DEL DESARROLLO VITAL:** la adaptación psicológica al cáncer de mama depende de la etapa del desarrollo vital en la que se encuentra la mujer en el momento del diagnóstico. El que el terapeuta se encuentre en la misma etapa vital, puede llevar a identificaciones. Estos puntos en común entre el psicólogo y la enferma pueden mejorar la alianza terapéutica y el desarrollo de la empatía, pero también pueden ser un obstáculo para el objetivo del tratamiento.

63. ACLARACIÓN DE LA AUTORA: La psicoeducación intenta brindar al paciente y también a su familia, información pertinente que le permita ampliar sus alternativas. Ofreciendo también medios para convivir con su enfermedad, manejarla, prevenir y reducir distintos impactos o adversidades según el caso a caso.

- ❑ **NEGACIÓN⁶⁴**: importante medio de defensa para la paciente con cáncer de mama. El psicólogo deberá respetar la actitud de negación, e intervenir únicamente cuando juzgue que es contraproducente para el bienestar físico y emocional de la enferma.
- ❑ **PÉRDIDA Y DOLOR**: al psicólogo no le ha de incomodar ni la tristeza del paciente ni la suya propia. Puede ser apropiado, si la enfermedad entra en una fase terminal, compartir los sentimientos personales con la paciente. Será importante el trabajo desde una “distancia óptima”. Sin sobreinvolucrarse ni tampoco abandonar a la paciente.
- ❑ **SUPERVISIÓN Y SOPORTE**: para el psicooncólogo es útil trabajar con otros profesionales y así desarrollar una relación de soporte y supervisión formal, constituir un grupo de trabajo u otro tipo de alianzas.

En síntesis, se han desarrollado aspectos importantes del abordaje psicoterapéutico de las mujeres con cáncer de mama. Una vez más, desde el paradigma de la complejidad, se ve cómo las variables interjuegan desde la singularidad de cada sujeto. El paciente lúcido con la enfermedad y trae consigo sus estrategias de afrontamiento y cierta capacidad resiliente, herramientas útiles no sólo para atravesar esta crisis accidental, sino para el resto de su vida. Ahora bien, es responsabilidad y tarea del psicooncólogo, haber elaborado los aspectos contratransferenciales que se pueden poner en juego en esta relación, así como una formación académica adecuada para la elección acertada de las técnicas a utilizar. El arte de “acompañar”...

Es el objetivo del próximo capítulo, darle un lugar a la familia de la paciente con CM. Reconocer al “apoyo social” como la ayuda, guía e información que uno recibe de la red social que incluye a la familia, amigos, compañeros de trabajo, vecinos, y otros, da cuenta de la importancia de su reconocimiento a la hora de trabajar con pacientes con cáncer de mama. El apoyo social facilita el afrontamiento de los problemas, propone a la salud física y psicológica y mejora los efectos adversos del estrés. Es por esto que a continuación se adentrará al lector en algunos aspectos de la familia de la paciente oncológica.

Capítulo 9. La familia de la paciente oncológica

El Hombre es un ser social, que necesariamente afecta y se ve afectado por los “otros” que lo rodean. La palabra cáncer afecta no sólo a la paciente sino también a su entorno, ya sea pareja, hijos, amigos, etc. Cualquiera sea el grado de información que circule entre los involucrados es imposible escapar al impacto que genera el diagnóstico. La psicooncología⁶⁵ debe ocuparse de la persona enferma, como ser humano completo y autónomo. También debe ocuparse de los familiares y de los cuidadores psicosociales. Más aún cuando el “apoyo social”⁶⁶ es esencial para la paciente, y quien sino la familia y los amigos para brindarlo.

9.1 El sistema familiar

La enfermedad ejerce un efecto disruptivo en la familia y determina cambios en su funcionamiento. La tensión que implica enfrentarse al cáncer pone de manifiesto y agrava cualquier disfunción que hubiera existido previa a la enfermedad, y que sin ella podían evitar enfrentarla.

El impacto que implica el diagnóstico de cáncer puede provocar síntomas psico-físicos como ansiedad, trastornos del sueño, fatiga. Así como también, puede provocar cambios relevantes en la dinámica familiar, que consciente o inconscientemente generan diferentes reacciones. Por esto, la familia y cada uno de sus integrantes necesitan atención y colaboración.

Según la posición del miembro enfermo, la disrupción de la enfermedad variará. Así la nueva realidad puede producir alteraciones en las metas del grupo o en las metas individuales, cambios en los roles, en los modelos de comunicación, en el estilo de vida familiar. Esto dependerá de la flexibilidad de la familia para adaptarse a las nuevas demandas de la situación. Es inevitable que la enfermedad de un familiar cercano despierte la conciencia de la propia finitud. Existe la posibilidad de que los mecanismos que cada uno implemente para enfrentar esa realidad dolorosa sean ser nocivos para el paciente enfermo. Así también, las familias pueden actuar de diversas maneras frente al equipo de salud, ya sea colaborando, obstaculizando su trabajo, buscando complicidad y también hay quienes evalúan constantemente su accionar profesional.

64. ACLARACIÓN DE LA AUTORA: En este trabajo no se tomará a la negación en su acepción psicoanalítica.

65. ACLARACIÓN DE LA AUTORA: Se remite al lector al primer capítulo donde se desarrolla ampliamente la importancia de esta disciplina novel.

66. ACLARACIÓN DE LA AUTORA: Se remite al lector al apartado N° 9.4 donde se abordará el concepto de Apoyo Social.

Las mujeres, insertas en la cultura, tienen relaciones importantes que les proporcionan soporte psicológico, que las gratifican emocionalmente y ofrecen ayuda práctica. Los pacientes con apoyo familiar y / o social al sentirse más amparados, suelen instrumentar estrategias de afrontamiento⁶⁷ más adecuadas, (Vidal y Benito, 2002) que ofrecen un mejor pronóstico, o por lo menos, una mejor calidad de vida. Para determinar qué personas son las allegadas a la paciente con cáncer, será necesario indagar al respecto.

Una forma de identificar a las personas más allegadas a la paciente con CM es examinar las tareas que se deben desarrollar durante el curso de la enfermedad y determinar de qué manera cada persona o cada grupo de personas, se responsabilizara de esas labores. Algunas de estas pueden ser (Haber, 2000):

1. **SOPORTE EMOCIONAL:** explorar quién habla con la paciente, quien la escucha. Conocer si la paciente cuenta con quien llamar después de haber visitado al médico.
2. **DECISIONES DEL TRATAMIENTO:** explorar con quién comenta las distintas alternativas de tratamiento, opiniones y reacciones. Y conocer quién está con ella, comparte puntos de vista y puede reflexionar a su lado.
3. **CUIDADOS:** evaluar quiénes ofrecen una ayuda concreta, quién la acompaña, etc.
4. **EXIGENCIAS FAMILIARES:** hay mujeres que esconden sus preocupaciones y necesidades para evitar que la familia sufra con la enfermedad. Es necesario evaluar quién se hará cargo de las tareas cotidianas: cocinar, lavar, etc.
5. **IMPACTO EN LOS MÁS ALLEGADOS:** el impacto depende, en gran parte, de los lazos que existían antes de la enfermedad, y es mayor cuanto más estrecho son estos.
6. **REACCIONES DE LA FAMILIA:** durante la crisis de cáncer algunas familias pueden deteriorarse o mejorar su funcionamiento. Pero sea cual fuere el caso, experimentan una tensión considerable. El impacto es tan grande que se ha llegado a decir que son las familias, y no los individuos que, las que desarrollan la enfermedad, y por lo tanto, es la familia la que ha de ser tratada. Cuando existe una disfuncionalidad en la familia, el psicooncólogo ha de tratar dos cuestiones distintas: la crisis de la enfermedad y los problemas preexistentes de la familia. Siendo consciente de que se pueden desatar: temores, rechazo, evitación, entre otras cuestiones.
7. **PROBLEMAS DE COMUNICACIÓN:** las pacientes con cáncer de mama pueden aludir a una "Conspiración del Silencio", en la que la familia mantiene una actitud forzada de alegría, evitando discusiones o connotaciones negativas, creando una falsa "normalidad" que no permite el encuentro. Esto aísla a la enferma, ya que no tiene libertad para reaccionar de manera espontánea. Cuanta más franca la comunicación entre el paciente y su familia, llevará a beneficios mutuos. A la paciente, le permitirá una importante sensación de alivio al poder verbalizar sus temores y preocupaciones y cotejarlos con la realidad. Y a la familia, le va a permitir la posibilidad de comunicar sus preocupaciones, tomar decisiones en forma compartida, aliviar el sentimiento de culpa que toda enfermedad produce en el entorno familiar y otorgar alivio al no tener que fingir continuamente, disminuyendo el esfuerzo que produce crear y sostener una "realidad ficticia". Cuanto mejor sea la comunicación, se dará un menor grado de confusión y ayudará a la cohesión familiar.
8. **RELACIONES CONYUGALES:** en todos los matrimonios el diagnóstico de cáncer provoca "dificultades y problemas" entre los cónyuges. La disponibilidad de información proporciona una actitud más solícita y colaboradora. Siendo también de importancia el apoyo conyugal, ya que si no es pleno, la adaptación de la paciente a su condición de enferma es generalmente peor. Normalmente las parejas jóvenes sufren de mayor estrés, no solo por ser más probable tener hijos a quien cuidar, sino porque aún no han desarrollado pautas de conducta como una pareja mayor. Los problemas de comunicación se acentúan durante las crisis de la enfermedad.
9. **MARIDOS Y PAREJAS ESTABLES:** inicialmente el psicooncólogo debe estudiar el matrimonio, el historial de problemas y trastornos por los que ha atravesado y las tensiones existentes en el momento del diagnóstico⁶⁸.
10. **IMPACTO EN LOS HIJOS:** la edad y las necesidades de los hijos pequeños afectan de manera importante el estado psicológico de la paciente, ya que pueden incrementar el nivel de exigencia, en energía y tiempo, que requiere la familia.

9.2 Subsistema conyugal

Siendo la mama, un órgano que envuelve no sólo aspectos maternales y femeninos, sino eróticos, y más aún, en una sociedad que vive en función del ideal de belleza propio del siglo XXI, pensar en la posibilidad de perder la mama, o en su desfiguración, despierta muchas fantasías y no sólo en la paciente, sino en su pareja, familia y su contexto. El temor al rechazo, la fantasía de abandono, es muy fuerte, y

67. ACLARACIÓN DE LA AUTORA: Se remite al lector al apartado N° 8.1 donde se amplía esta concepto.

68. ACLARACIÓN DE LA AUTORA: Las reacciones de un pareja al diagnóstico de una paciente con cáncer de mama, serán desarrollados en el apartado N° 9.2

es un punto que se debe abordar en la psicoterapia, y que debe ser conversado en la pareja. Éste miedo es tal, que su contemplación podría contribuir a la adhesión al tratamiento.

Según la psicóloga norteamericana Sandra Haber, los hombres experimentan distrés ante el diagnóstico de su mujer. Esto podría deberse a que la mujer tiende a ser la única confidente del hombre, y la enfermedad cambia esta relación. Las siguientes son algunas de las reacciones emocionales típicas del hombre cuando su pareja tiene cáncer de mama (Haber, 2000):

- Aislamiento Emocional: ante su confidente enferma, experimentan síntomas físicos de ansiedad, falta de concentración, trastornos del sueño o fatiga.
- Inversión de papeles: las nuevas responsabilidades domésticas y el cuidado de su mujer pueden hacer que se sienta incompetente, irritado o abrumado.
- Indiferencia emocional: puede que el marido se sienta incapaz de afrontar las reacciones emocionales de su esposa. En este contexto es importante que el profesional habilite nuevamente al hombre en su papel de esposo, ayudándole a desarrollar un cierto nivel de respuesta a la necesidad de la mujer.
- Tipo de Comunicación: el marido puede esperar que su esposa reaccione de la misma forma que él lo hace. Puede estructurar sus reacciones, ocupándose de sus sentimientos sólo en determinados momentos, y suponer que su mujer hará lo mismo.
- Fantasías sobre la muerte: el marido puede experimentar resentimientos y angustias debido al cambio de circunstancias en su vida. En ocasiones deseará que el problema termine, bien con la curación o muerte de su esposa. Si el hombre no ha tenido anteriormente la oportunidad de analizar y aceptar sus propios sentimientos, estas reacciones pueden hacer que se sienta especialmente mal. Al tratar de negarlas, es probable que se hagan más persistentes, agotando su energía emocional, minando su autoestima y consolidando su represión.

Una esfera de la vida en pareja que se ve afectada frente a un diagnóstico de cáncer de mama, suele ser la sexual. En un primer momento, el miedo al rechazo, al abandono, la pérdida del atractivo, genera mucha angustia en la paciente. A su vez, la pareja debe hacer un trabajo de aceptación frente al nuevo cuerpo de su mujer, y de reconocimiento de los pensamientos de culpa o de rechazo que esto puede despertar en él. Una vez adentrada en el tratamiento, se puede vivenciar una falta de deseo, de energía, de dolor, etc. que modifica la vida sexual de la pareja.

El deseo y la sensación de placer son los aspectos de la respuesta sexual más fuertemente relacionados con el estado anímico, los más vulnerables a sufrir modificaciones frente a perturbaciones externas y/o internas y también los más factibles de recuperación cuando cesan de actuar los agentes agresivos que los produjeron. En algunos casos además, la infertilidad o esterilidad secundarias a la enfermedad, potencian los temores de pérdida del atractivo, inutilidad y posibilidad de abandono por la pareja.

Resulta fundamental para la psicoterapia compartir estos temas con la pareja, aclarar las dudas sobre las posibles secuelas del tratamiento con el médico tratante, darse tiempo, tratar de entender más allá de la problemática específica. Todo proceso de crisis profunda produce un estado de retracción, de ensimismamiento, donde se concentran todas las energías en la propia situación y la persona suele distanciarse de las necesidades de los otros, aún de la propia pareja. Este es un claro proceso de duelo que, como todo proceso, debe ser atravesado. La decisión de contar con asesoramiento o tratamiento específico, en vez de dejar para más adelante puede ser un muy buen punto de partida.

9.3 Subsistema filial

Es inevitable que cualquier madre se preocupe por sus hijos. Más aún, estando enferma, enfrentándose a su vulnerabilidad y finitud. El psicooncólogo puede ayudar a la paciente de cáncer sugiriéndole estrategias para conocer cuales son las necesidades de sus hijos y con las que evitar trastornos de conducta de la familia. La autora Haber, sostiene que el objetivo principal del psicooncólogo es reducir los estados de indefensión, fatalismo y desesperación, y proporcionar a los padres pautas para utilizar con sus hijos.

A continuación, se expondrán algunas estrategias para ayudar a los hijos a sobrellevar la situación.

SIMPLIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD

- Dar la Noticia al niño progresivamente
- Facilitar la información al niño teniendo en cuenta su capacidad para asimilarla
- No extraer conclusiones precipitadas de los mecanismos defensivos del niño
- Apoyar la parcialidad del niño y sus decisiones emocionales y de esta manera, permitirle conocer las actividades de los adultos, así como las soluciones sobre las que se está trabajando.

MANTENIENDO LA CONTINUIDAD

- Mantener la rutina del niño y procurar que las cosas se desenvuelvan en el ámbito de lo previsible, tanto como sea posible.
- Prever y comunicar la ausencia de la madre

Aceptación de las reacciones individuales

La influencia más destacable en las reacciones que tienen los niños es el modo que tienen sus padres de reaccionar y de enfrentarse a los problemas. La edad, el temperamento, el curso de la enfermedad de la madre, los cambios de la vida familiar y la disponibilidad de apoyo para el niño, serán variables a tener en cuenta respecto de la manera que tenga el niño de reaccionar. El psicólogo puede ayudar a los padres a identificar la manera que tiene su hijo de afrontar las dificultades y a recibir los mensajes que aquel esté expresando.

Es de esperar de los niños en edad PREESCOLAR, la necesidad de cuidados y puede requerirse la ayuda de los familiares o de personas contratadas. Los niños pueden llegar a experimentar: ansiedad por la separación en caso de internación para el tratamiento; el cambio de atención por parte de los padres puede ser percibido como falta de amor y verse en el niño como depresión; rechazo al enfermo por su aspecto vendas, olores, etc.; fantasías acerca de la causa de los trastornos en el hogar; enojo por los cambios.

En el período de LATENCIA, los niños pueden experimentar indefensión. Percibir el cambio en la dedicación de sus padres. Sentir culpa por los malos pensamientos. Experimentar dificultad para expresar sus sentimientos o encontrar un adulto que lo escuche. Sentimientos de vergüenza por la enfermedad ante los otros. Miedo por su propia salud (contagio- herencia).

En el caso de los Púberes y adolescentes, aunque más autosuficientes, pueden acarrear mayores problemas debido a los trastorno emocionales. También experimentan conflictos, enfado, culpa, sentimientos de abandono derivados del cambio de control ejercido por los padres, y por el cambio en las responsabilidades que debe asumir en el hogar. Siendo un momento en que el joven busca un distanciamiento de los padres, el tener que focalizar tanto en los padres posiblemente traiga problemas. Así también el retomar la rutina de los lugares ocupados en la familia después de haber asumido lugares de responsabilidad cuando el paciente se recupera, es difícil. Puede dar la impresión que huye o que actúa como si nada estuviera sucediendo. Tal vez teme cometer errores. Es por esto que los adolescentes necesitan asesoramiento de cómo comportarse, alguien con quien hablar.

Los adultos jóvenes son los que probablemente den menos soporte a la madre enferma, debido a que sus reacciones a la enfermedad pueden estar llenas de temor y ser evasivas. Normalmente a esta edad, los hijos se encuentran casados y con poco tiempo y sus propias vidas de las cuales ocuparse para atender a esta situación de crisis. Recién adquirida la independencia de la familia, esta independencia se ve amenazada. También se experimentan sentimientos de culpa por no atender full time a los padres que se encuentran necesitados.

Equilibrio entre atención y distracción

Los niños tienen múltiples inquietudes y necesitan saber qué le sucede al organismo de la madre. Es conveniente intentar relacionar la herida con la consecución de un futuro bienestar físico. Así como también es conveniente intentar distraer al niño y evitar una constante atención en el estado de la madre.

Reconocimiento de la intersubjetividad

Cuando los padres atribuyen al cáncer de mama el carácter de tragedia para el niño, la experiencia lo acaba siendo. Es importante que los padres sepan qué es lo que le están transmitiendo al niño, ya que sus vivencias dependerán de este mensaje. Una de las tareas emocionalmente más duras para las madres, es soportar la responsabilidad de su propia tragedia y no aprovecharse de sus hijos como instrumento de expresión.

Estados afectivos

Los estados afectivos experimentados por el niño son variados, generalmente contradictorios. Algunos de ellos son:

- ANSIEDAD:** el niño se encuentra ansioso por los cambios y por el futuro desconocido e incierto. Para reducir la ansiedad, es bueno que éste tenga acceso a la información y que disponga de ayuda. Es necesario asesorar al niño, y también al adolescente, respecto de qué decirle a su madre y a las demás personas, que regalo llevar al hospital o que tareas puede realizar para ser útil. Es también relevante como padres, prepararse para el momento en que el niño pregunte si la madre morirá. Será importante

mantener las esperanzas realistas en cualquier respuesta que se le de, y que se haga hincapié en el hecho de que toda la familia esta procurando hacer lo mejor y que están trabajando juntos.

- ❑ ENOJO: el enojo es una respuesta natural a la frustración al dolor y las pérdidas. En general si el enojo se puede expresar y no se guarda en forma de resentimiento, y si las necesidades que oprimen al niño pueden ser canalizadas, su ánimo se apaciguará. En ocasiones el enojo debe aceptarse, ya que no hay alivio posible a la situación concreta. A menudo, la culpa es una consecuencia del enojo.
- ❑ DOLOR: se experimentan sentimientos de tristeza, indefensión, y regresión que acompañan a las pérdidas significativas, actuales y futuras. La psicoterapia puede ayudar a la madre a que esa indefensión y esa regresión no provoquen un trauma en su hijo. Con la psicoterapia no se tratan sólo elementos depresivos, sino que sirve para que los pares aúnen sus esfuerzos y se ocupen del niño. Sin embargo, la tristeza y el dolor son respuestas naturales y formarán parte de la situación que se vive. El niño puede llegar a envalentonarse si ve a su mamá afrontando el dolor.

9.4 Apoyo social

En el capítulo XII, del libro “Soledad y Aislamiento”, las autoras Eva Muchinick y Susana Seidman, (Muchinick & Seidmann, 1998) se refieren al apoyo social como la ayuda, guía e información que uno recibe de la red social que incluye a la familia, amigos, compañeros de trabajo, vecinos, etc. Entendiendo como red social a la suma de todas las relaciones que un individuo percibe como significativas. El apoyo social facilite el afrontamiento⁶⁹ de los problemas, propone a la salud física y psicológica y mejora los efectos adversos del distrés.

Para la mujer, tiene especial importancia contar con amigos que le puedan ofrecer apoyo emocional y ayuda práctica o instrumental⁷⁰. Contar con amistades mejorará el humor de la mujer, aumentará su autoestima y su sentido de eficacia. La ausencia de amigos plantea dificultades, ya que es bastante difícil crear un entramado de relaciones en el momento que a la paciente le surge la necesidad. Es importante preguntar por qué la paciente no tiene amistades y si eso es producto de su personalidad.

A partir de lo antedicho, se puede decir que el apoyo social, así también como lo sostiene Spiegel, contribuye a una mejor CV⁷¹ de la paciente con CM.

En síntesis, desde una perspectiva biopsicosocial, siendo la paciente con cáncer de mama, parte de un todo que la excede, sus reacciones afectan al sistema, y cada parte afecta a la paciente misma. Es objeto de la Psicooncología poder ofrecer ayuda a las familias en el difícil proceso de ésta enfermedad. Colaborando para fortificar el apoyo social, y desarrollar en los miembros de la familia estrategias de afrontamiento adaptativas. Esta será la tarea del psicooncólogo.

En objetivo del próximo capítulo será desarrollar el constructo de la psicoterapia, la Relación Terapéutica, para a partir de él, enriquecer la relación médico-paciente a partir de la “adecuada” comunicación diagnóstica.

Capítulo 10. La relación terapéutica en psicooncología

En los capítulos precedentes se ha señalado que la comunicación es muchos más que la mera transmisión de un mensaje, ya que implica un compromiso y define a la relación entre los comunicantes. Por ende, al reflexionar sobre el momento de dar la mala noticia, se vuelve imprescindible, detenerse en la relación que media en dicha comunicación. En este sentido, se podría señalar que, una buena comunicación podría establecer las bases para una relación “suficientemente buena”, y si es este el caso, llegar a influir positivamente en el tratamiento y pronóstico de pacientes con cáncer de mama. Este último aspecto fue estudiado por numerosas investigaciones referidas a la temática del cáncer.

Al tomar como eje de análisis el proceso de devolución diagnóstica oncológica, se vuelve imprescindible revisar, la relación entre la paciente y el equipo de salud que se establece a partir del momento de la comunicación diagnóstica. En este sentido, la relación que es objeto de análisis de esta tesina, es la relación médico-paciente. Por lo tanto, es el objetivo de este capítulo, rescatar distinciones, conceptos y dimensiones del constructo psicoterapéutico “Relación Terapéutica” que serán utilizadas para pensar dicha relación. Para ello se tomará el Modelo Genérico de la Relación Terapéutica de Bordin, los aportes al tema realizados por el autor argentino Héctor Fernández Álvarez; la teoría de Donald Winnicott de la relación

69. ACLARACIÓN DE LA AUTORA: se remite al lector a la lectura del capítulo N°8, donde se presenta el concepto de mecanismo de afrontamiento.

70. ACLARACIÓN DE LA AUTORA: una de las funciones del apoyo social, es la ayuda instrumental, es decir, la obtención de los recursos para la satisfacción de necesidades.

71. ACLARACIÓN DE LA AUTORA: se remite al lector al capítulo N ° 3 donde se expone el concepto de Calidad de Vida (CV).

“suficientemente buena”, y los aportes de Rogers al pensar la “relación terapéutica ideal”. Es innegable el hecho de que el estudio de la Relación Terapéutica ha trascendido las barreras del Psicoanálisis y de la Psicoterapia y se ha adentrado en otras disciplinas afines tales como la Medicina⁷².

10. 1 Sobre la relación terapéutica

La importancia y el impacto de la relación entre terapeuta y paciente, como refiere Fusari, en su tesina de grado sobre “La Relación Terapéutica en la Psicoterapia” (Fusari, 2002), fue abordado tempranamente por Sigmund Freud (1912) entre algunos otros autores. El mismo Freud identificó tres aspectos de la Relación Terapéutica a tener en cuenta:

La Transferencia⁷³, es decir, reediciones, recreaciones de las mociones y fantasías (...) pero lo característico de todo el género es la sustitución de una persona anterior por la persona del médico (...) Toda una serie de vivencias psíquicas anteriores no es revivida como algo pasado, sino como vínculo actual con la persona del médico.

La Contratransferencia⁷⁴, como la identificación del terapeuta con el paciente basada en figuras significativas o conflictos irresueltos del pasado, que despiertan sentimientos o reacciones deseables o indeseables. El término es empleado inconsistentemente para referirse a los comportamientos usuales que tiene el terapeuta con los pacientes, a las reacciones recíprocas del terapeuta con la manera habitual de los pacientes a evocar estas reacciones, a los sentimientos únicos del terapeuta hacia ciertos pacientes, o a los tres fenómenos (Norcross, 2001).

El vínculo positivo y amistoso del paciente hacia el terapeuta, basado en relaciones del pasado con figuras benevolentes. Este último aspecto, luego llamado “alianza” ha sido el foco de desarrollos y elaboraciones de diferentes autores (Bachelor & Horvath, 1999). La alianza desde una perspectiva transferencial implicaría que sentimientos y pensamientos asociados con conflictos irresueltos con otros significativos son desplazados o transferidos a la relación con el terapeuta. Freud se refirió, en múltiples ocasiones, a la transferencia positiva sublimada como la portadora del éxito terapéutico. La transferencia positiva sublimada no debía ser analizada, ya que proveía al paciente de la motivación necesaria para colaborar con el analista. Freud reconoció el rol de la conducta amistosa y comprensiva del terapeuta como el vehículo para el tratamiento y describió la situación en donde el analista y el paciente de unen en una especie de “pacto” o “contrato” en contra de los síntomas neuróticos del paciente. Concretamente, el aspecto cordial de la transferencia, que hace que el paciente colabore, la transferencia positiva sublimada, se vuelve esencial para el éxito terapéutico. Es la alianza terapéutica que se construye entre el paciente y el terapeuta, y que es el resultado de la interacción entre tres elementos (Bordín): la relación terapéutica, objetivos-metas y tareas. Para diversos autores como Zetzel (1956) y Bordín, la alianza se considera como uno de los elementos, aunque no el único, que determinará el éxito del tratamiento. Estos aspectos serán desarrollados en los próximos apartados.

10. 2 Aportes “ideales” desde Rogers

Un significativo y diferente punto de vista fue introducido por Carl Rogers en su libro “Terapia Centrada en el Cliente” (Rogers, 1951) donde plantea una “Relación Terapéutica Ideal”, más semejante a un encuentro existencial e identificó las cualidades del terapeuta que harían posible dicha relación “curativa”. Estas cualidades son: empatía, autenticidad, actitud positiva e incondicional, entre otras.

□ Autenticidad: al referirse a la “autenticidad”, Rogers sostiene que los verdaderos terapeutas poseen una entrega sincera. Pueden responder a los pacientes de una manera congruente porque no están sesgados por sus propios estados de ánimo, sentimientos, valores o necesidades. Según Cornier y Cornier, autores a quienes refiere Mesones y Arroyo en su libro “La Psicoterapia y las Psicoterapias” (Mesones Arroyo et al., 2003), la autenticidad se compone de los siguientes cuatro elementos:

1. Comportamiento De Rol: los terapeutas con una entrega auténtica se sienten cómodos en su rol. No utilizan su sabiduría para dominar o situarse emocionalmente distantes del paciente.
2. Congruencia: las palabras y comportamientos no verbales del terapeuta están en consonancia con los sentimientos compartidos con el paciente. Existe una sensación de resonancia ente ambos.
3. Espontaneidad: los terapeutas espontáneos pueden expresarse con naturalidad. Saben como tener tacto sin parecer artificiales.
4. Apertura: el terapeuta está cercano al paciente y abierto a compartir con él su aquí y ahora.

72. ACLARACIÓN DE LA AUTORA: este es un aspecto fundamental para el problema objeto de esta tesina.

73. ACLARACIÓN DE LA AUTORA: Se remite al lector al capítulo N° 5.3 donde se desarrollan los aspectos psicoanalíticos de la relación médico-paciente. Entre ellos la Transferencia y la Contratransferencia.

74. ACLARACIÓN DE LA AUTORA: Se remite al lector al capítulo N° 5.3 donde se desarrollan los aspectos psicoanalíticos de la relación médico-paciente. Entre ellos la Transferencia y la Contratransferencia.

- Empatía: los terapeutas intentan comunicar a los pacientes que no están solos y que son comprendidos, adoptando el marco de referencia del paciente. La empatía significa intentar compartir con sus pacientes sus mundos subjetivos, resonancia emocional. Batchelor, también referido por Mesones y Arroyo (Mesones Arroyo et al., 2003) identifica cuatro formas diferentes mediante las cuales los terapeutas expresan empatía a los pacientes:
 - B. La Empatía Facilitadora: implica una reformulación o interpretación por parte del terapeuta que ayuda a el paciente a adquirir una nueva perceptiva del problema.
 - C. La Empatía Afectiva: proporciona a los pacientes una sensación de comodidad y satisfacción debido a que comunica que el terapeuta comprende los sentimientos del paciente.
 - D. La Empatía Compartida: confirma a los pacientes que no están solos y que ellos y el terapeuta tienen algo en común. De esta manera, se anima a los pacientes a creer que existen soluciones potenciales con los que el terapeuta ha tenido experiencia personal.
 - E. La Empatía Nutritiva: proporciona a los pacientes un apoyo emocional y un sentimiento de seguridad necesario.
- Aceptación positiva e incondicional: cuando existe la aceptación positiva e incondicional, los pacientes parecerían sentir que el terapeuta les dice “yo estoy de tu parte y te valoro como persona”. Es un acontecimiento tan singular que muchas ocasiones supone de por sí una experiencia correctiva.

Así como la empatía, la aceptación positiva e incondicional y la autenticidad son las cualidades que según Rogers debería tener un terapeuta; también es necesario que el paciente sienta confianza, seguridad. Confianza siempre acompañada por la empatía, y la seguridad que va a influir en la colaboración que el terapeuta pueda esperar del paciente.

Los resultados acumulados en distintas pruebas científicas, validan la idea de que una buena relación terapéutica se correlaciona con resultados positivos en psicoterapia. Más aún la evaluación subjetiva del paciente acerca de la relación tiene el mayor impacto en los resultados de la terapia, que el comportamiento mismo del terapeuta. (Horvath, 2000).

10. 3 Modelo genérico de la relación terapéutica

Edward Bordin, en la Conferencia Anual de la Sociedad para la Exploración en Psicoterapia (1975) titulada “La Alianza de Trabajo: Bases para una Teoría General de la Psicoterapia”, presentó una reformulación del concepto de alianza de trabajo que fue acuñada originariamente por el psicoanalista Ralph Greenson en 1967. Reformuló dicho concepto psicodinámico, transformándolo en un molde genérico y un concepto transteórico. Bordin sugirió que la alianza es primariamente una relación consciente “aquí y ahora”, e incluye los Acuerdos y colaboraciones que se logran entre el terapeuta y el paciente. De esta manera, la tradicional relación transferencial (unidireccional: one body psychology)⁷⁵ se transforma en una verdadera relación bidireccional (two bodies psychology). Cabe aclarar que fue Zetzel⁷⁶, la autora original del constructo alianza terapéutica, y que muchas veces este concepto es utilizado indistintamente. Bordin fue quien realizó una condensación de este concepto. Se remite al lector al escrito de Sergi Corbella y Luis Botella, de la Universidad Ramon Llull (Barcelona, España, sobre “La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación”(2003) donde se realiza una descripción más exhaustiva.

Safran y Muran en su libro “The therapeutic alliance in brief psychotherapy” (1998) han realizado un estudio detallado del concepto de Alianza Terapéutica. Los autores consideran que desde los primeros planteos freudianos acerca de la relación terapéutica en la perspectiva analítica, se pueden trazar dos líneas emergentes (Talgham, 2005).

Los primeros desarrollos fueron influenciados por Ferenczi, quien como analista de Balint, Klein y Rickman, sus ideas han tenido un enorme impacto sobre los británicos. Ferenczi fue el primero en sugerir que es esencial para el paciente no sólo recordar sino sanar el pasado problemático y hacerlo a través de la relación terapéutica. También fue el pionero en reconocer el rol de la personalidad del analista y su experiencia en el proceso terapéutico. Fue quien resaltó, asimismo, la idea del analista como persona real y reconoció el impacto que tiene dicha personalidad real en el despliegue de la transferencia-contratransferencia. Sandor Ferenczi, considera a la transferencia como una forma especial de desplazamiento y afirma que los médicos y no sólo los analistas son particularmente susceptibles de volverse objeto de reacciones de transferencia. El autor compara el análisis con otros métodos psicoterapéuticos y dice que en los métodos no analíticos, la transferencia juega también la mayor y probablemente la única parte

75. ACLARACIÓN DE LA AUTORA: Este término fue acuñado por Balint, M. (1982). *La falta básica. Aspectos terapéuticos de la regresión*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

76. ACLARACION DE LA AUTORA: Elizabeth Zetzel (1956, 1966, 1968) fue la primera quien sostuvo que la alianza terapéutica es esencial para la efectividad de cualquier tratamiento. En este sentido, afirma que el analista y el paciente son ambas partes activas en una relación cuya naturaleza y significado constituye la esencia de la situación analítica. El núcleo primitivo de esta relación, que ha llamado “alianza terapéutica”, está dado por la capacidad del paciente para mantener una *relación obejtal bipersonal*.

importante, sólo que en estos, solamente se expresan los sentimientos positivos hacia el médico, porque cuando una transferencia inamistosa hace su aparición el paciente abandona al médico antipático. En este sentido, considera que el principal agente curativo en todos los métodos de tratamiento es la transferencia inconciente. Además, el grado de "simpatía" hacia el médico es una fuente fundamental para la formación de la Alianza Terapéutica (Talgham, 2005).

La segunda línea puede ser identificada como la de la tradición de la Psicología del Yo, que enfatiza la adaptación por parte del Yo hacia la realidad y el ambiente (A. Freud y H. Hartmann). En respuesta a la particular mirada kleiniana de que todas las reacciones significativas del paciente son manifestaciones y que las únicas interpretaciones importantes son las transferenciales, los psicólogos del Yo centraron su atención en los aspectos reales de la relación terapéutica y desarrollaron la noción de Alianza Terapéutica con la finalidad de sacar a la palestra la importancia de la relación paciente-analista. Además, esta tradición se ha permitido la modificación en la técnica analítica clásica (Talgham, 2005).

Tanto Elizabeth Zetzel como Ralph Greenson hacen permanente mención al trabajo de Richard Sterba de 1934, llamado "El destino del Yo en la terapia psicoanalítica" como uno de los aportes teóricos que sirvieron como base a los conceptos de Alianza Terapéutica y de Trabajo. Sterba destacó la importancia de la identificación del paciente con su terapeuta para trabajar en la consecución de las tareas terapéuticas comunes establecidas. El autor mencionado con anterioridad plantea que desde el comienzo, se pide al paciente que "coopere" con el analista contra algo que está en su interior. Cada sesión le proporciona al analista diversas oportunidades para utilizar el término "nosotros" para referirse a sí mismo y a la parte del Yo del paciente que está en consonancia con la realidad. Para Sterba, el uso de la palabra "nosotros" significa que el analista está tratando de conquistar esa parte del Yo y de oponerla a la otra parte que, en la transferencia, está cargada o manejada por el inconciente. El término "nosotros" es el instrumento por medio del cual se efectúa la disociación terapéutica del Yo.⁷⁷

En los años sesenta, el psicoanalista americano, Ralph Greenson, influenciado por los trabajos de S. Ferenczi (1909), E. Zetzel (1956), R. Sterba (1934) y L. Stone (1961), desarrolla el concepto de Alianza de Trabajo el que considera derivado del de Alianza Terapéutica. En su libro "Técnica y Práctica del Psicoanálisis" (1967) Greenson, plantea que para que un paciente colabore eficazmente en el análisis es imperativo que establezca y mantenga otro tipo de relación con el psicoanalista, aparte de sus reacciones de transferencia. Para este autor la llamada Alianza de Trabajo merece ser considerada igual y equivalente de la neurosis de transferencia en la relación entre el paciente y terapeuta. Sería el rapport, es decir, un fenómeno de transferencia relativamente racional, desexualizado y desagresivizado que para este autor define la analizabilidad. El núcleo de la alianza lo forma la motivación del paciente para sobreponerse a su mal, su sensación de desvalimiento, su disposición conciente y racional de cooperar con el analista⁷⁸.

Retomando a Bordín, quien sugirió que la alianza es primariamente una relación conciente "aquí y ahora", e incluye los Acuerdos y colaboraciones que se logran entre el terapeuta y el paciente. Y sostiene que la tradicional relación transferencial se transforma en una verdadera relación bidireccional. A continuación se adentrará al lector a los componentes por él propuestos.

El autor mencionado con anterioridad, Bordín, incluyó tres componentes en su definición de la alianza. En primer lugar, Un vínculo interpersonal, referido al apego interpersonal, agrado, confianza. En segundo lugar, la colaboración en las tareas terapéuticas, es decir, los acuerdos y consensos entre el terapeuta y el paciente con respecto a lo que se va a realizar en la terapia y cómo las actividades de la terapia van a contribuir a resolver el problema del paciente; y por último o en tercer, acuerdo en las metas de la terapia, es decir, consenso en las expectativas de resultado a corto y largo plazo entre el terapeuta y el paciente. Por lo tanto, para establecer una buena alianza es importante para el terapeuta negociar estas expectativas y ligarlas con el deseo del paciente para así obtener un duradero alivio para su sufrimiento.

A partir de lo antedicho, se entiende a las tareas, objetivos y vínculo como:

1. TAREAS: responsabilidades asumidas por el terapeuta y el paciente. Deben acordar en sus roles sociales respectivos, de que estos son importantes y merecen la pena (por ejemplo, "mi terapeuta y yo acordamos que tipo de cosas necesitaba hacer en la terapia para ayudar a mejorar mi condición"; "considero que la forma en que estamos trabajando con mi problema es la correcta"). La satisfacción del paciente con las tareas de la alianza de trabajo puede medirse con el inventario de la alianza de trabajo de Horvath y Greenberg de 1986 y 1989.
2. OBJETIVOS: son metas acordadas de antemano y resultados de la terapia. La satisfacción del paciente con los objetivos de la alianza de trabajo puede medirse con afirmaciones del siguiente tipo: "mi terapeuta percibe con precisión cuales son mis metas", "los objetivos de estas sesiones son importantes para mí".

77. ACLARACION DE LA AUTORA: Este es un aspecto clave para el problema objeto de esta tesina.

78. Aclaración de la autora: Este es un aspecto clave para el problema objeto de esta tesina.

3. **VÍNCULOS - RELACIÓN:** representan la cercanía de la relación existente entre terapeuta y paciente e incluyen aspectos como la confianza, aceptación y confianza mutua. (Por ejemplo: “Pienso que mi terapeuta esta verdaderamente interesado en mi bienestar”, “Mi relación con mi terapeuta es muy importante para mí.”) Un número de estudios sobre el impacto en los resultados de la alianza terapéutica temprana, ha establecido claramente que la misma es un predictor significativo de los resultados finales del tratamiento. Estos hallazgos indican que el desarrollo de una relación positiva terapeuta-paciente puede ser crucial en el comienzo de la terapia. Así los terapeutas, o en este caso, los médicos en el momento de la comunicación diagnóstica deberán estar atentos al clima relacional temprano, y resolver cualquier dificultad de la relación (Beutler & Harwood, 2000).

10. 4 Relación terapéutica “suficientemente buena”

El constructo creado por Donald Winnicott (1896-1971), “madre suficientemente buena” (Winnicott, 1994) puede ser trasladado a la Relación Terapéutica, y a su vez, a la relación médico-paciente que daría cuenta del holding⁷⁹ o sostén que implica esta relación en el momento de la vulnerabilidad bio-psico-social producto de la aparición de la enfermedad. Lo mencionado con anterioridad es una “simple” distinción que enriquece e ilustra dicha relación. Esta breve reseña no pretende ser acabada, sino un simple aporte al reconocer la “complejidad” en la que ocurre la devolución diagnóstica.

Winnicott destaca la importancia de la díada madre-bebe para lograr un estado de salud; y al setting analítico como metáfora de la relación madre-bebé. En tal sentido, un desarrollo emocional satisfactorio permite que el bebé alcance una unidad entre la psique y el soma. Mediante las acciones repetitivas de la madre tendientes a la satisfacción de necesidades básicas, se va generando en el bebé una cierta calma que favorece la aparición de la confianza. Esta unidad psique-soma primaria genera un incipiente self que posteriormente, y de acuerdo a otros procesos posteriores, dará vida a la persona total, integrada con su cuerpo y con su medio ambiente. El autor sostiene que la tendencia a la maduración forma parte de lo heredado. El desarrollo depende, en particular al principio, de una aportación del medio circundante “suficientemente bueno”. El medio circundante suficientemente bueno, comienza por un alto grado de adaptación a las necesidades individuales del lactante. Esto es lo que el autor denomina “preocupación materna primaria”. Entre las funciones del cuidado materno, Winnicott le da suma importancia al sostén o holding. (Winnicott, 1996) Funciones que también deberían ser ofrecidas por el médico, y el equipo de salud en general. La adaptación decrece a medida que en el bebé crece la necesidad de experimentar reacciones de frustración. La madre cuando es sana, es capaz de diferir el momento en que no se adaptará hasta que el bebé pueda reaccionar con cólera, en lugar de ser traumatizado por falta de adaptación. La madre irá frustrándolo de manera “gradual”. Esta gradualidad puede ser sinónimo a la hora de comunicar la “verdad gradual y acumulativa”. Siendo el médico capaz de dosar paulatinamente la información en función de cómo cada paciente pueda ir recepcionando lo escuchado y de cómo se vaya desarrollando el proceso de devolución. Winnicott reconoció el valor del mundo externo, del ambiente familiar como facilitador o inhibidor del desarrollo madurativo del niño. Nuevamente aquí, puede realizarse un paralelo con la relación médico-paciente, donde el “ambiente facilitador” será proporcionado no sólo y principalmente por el médico, sino por todo el equipo interdisciplinario que acompañe a la paciente en su proceso de enfermedad. Asimismo, considera que la emergencia del Yo depende al principio casi absolutamente del yo auxiliar provisto por la figura materna y de la falla de la adaptación, cuidadosamente graduada por la madre. Esto forma parte de lo que el autor denominó quehacer materno suficientemente bueno.

Es pertinente volver a lo expuesto anteriormente, en el capítulo N° 5, donde se plantearon diferentes aspectos psicoanalíticos de la relación médico-paciente, donde se expuso lo que sostenía Chevnik respecto del “cuerpo médico”. Para este autor, el Cuerpo enfermo del paciente entra en contacto con otro cuerpo, al que llama Cuerpo médico y que puede funcionar tan patológicamente como aquel. El autor considera que “caer enfermo”, implica no sólo saber desde dónde se cae sino también conocer cuál es el contexto que va a recibir la caída, qué red se va a constituir para darle un soporte (holding) que permita una beneficiosa evolución de su enfermedad... un cuerpo “suficientemente bueno”.

A lo largo de esta tesina se ha sostenido que la comunicación es muchos más que la mera transmisión de un mensaje, ya que implica un compromiso y define una la relación entre los comunicantes. Por lo tanto, al estudiar el momento de “dar la mala noticia”, necesariamente, la relación paciente-equipo de salud, toma un primer plano. En este sentido, se tomaron los aportes que la psicoterapia realizó acerca de la “relación terapéutica” y sus distintas dimensiones, las que sirvieron para enriquecer la conceptualización sobre la relación MÉDICO-PACIENTE, objeto de estudio de esta tesina. En este sentido, se podría afirmar que, una “adecuada” relación terapéutica podría llegar a mejorar la comunicación o viceversa, y si este es el caso, llegar a influir positivamente en le tratamiento y pronóstico de las pacientes con CM.

79. ACLARACIÓN DE LA AUTORA: esto da cuenta del problema objeto de esta tesina.

Asimismo, en el capítulo que acaba de concluir se prestó fundamental atención al concepto de alianza terapéutica - de trabajo, como una de las formas en que se describen los términos de la "relación terapéutica". Diversos estudios demostraron que dicho concepto es predictor del resultado positivo en psicoterapia. En este sentido, se vuelve imprescindible prestar especial atención a las variables descritas con anterioridad, ya que pueden ayudar al médico a construir una relación terapéutica más "eficiente" o adecuada que garantice mejores resultados y por lo tanto, mejore la calidad de vida de la paciente oncológica.

III PARTE. ANÁLISIS DE CASOS

Capítulo 11. Análisis de casos

El objetivo de este capítulo es iluminar la hipótesis de esta tesina que sostiene que "una comunicación diagnóstica oncológica adecuada, en pacientes con cáncer de mama en estadio inicial, favorece una Relación Terapéutica suficientemente buena". Esto se realizará, a través del análisis cualitativo de cuatro entrevistas de devolución.

11.1 Análisis de contenido: hacia las inferencias

Para alcanzar los objetivos de esta tesina se realizará un abordaje exploratorio-descriptiva, no pretendiendo ser exhaustiva. Se llevará a cabo un análisis cualitativo utilizando la técnica del ANÁLISIS DE CONTENIDO.

Se entiende la metodología cualitativa "como una estrategia de investigación fundamentada en una depurada y rigurosa descripción contextual del evento, conducta o situación que garantice la máxima objetividad en la captación de la realidad, siempre compleja, y preserve la espontánea continuidad temporal que le es inherente, con el fin de que la correspondiente recogida sistemática de datos, categóricos por naturaleza, y con independencia de su orientación preferentemente ideográfica y procesual, posibilite un análisis que dé lugar a la obtención de conocimiento válido con suficiente potencia explicativa" (Anguera, 1995). Cuando se requiere buscar mayores detalles relativos al contenido y aplicar variables e indicadores que pongan en evidencia un contenido latente, se podría hablar de una labor propiamente interpretativa y que cobra mayor importancia para este trabajo: un estudio cualitativo.

Se entiende además la investigación cualitativa, como una metodología que intenta acercarse al conocimiento de la realidad social a través de la observación participante de los hechos o del estudio de los discursos. Su objetivo no es centrarse únicamente en el acto de conocer, sino que el centro de interés se desplaza con esta metodología a las formas de intervenir. Así, se obtiene un conocimiento directo de la realidad social, no mediado por definiciones conceptuales u operativas, ni filtrado por instrumentos de medida con alto grado de estructuración. Los métodos cualitativos intentan dar cuenta de la realidad social, comprender cuál es su naturaleza más que explicarla o predecirla.

Krippendorff se refiere al análisis de contenido como al "conjunto de métodos y técnicas de investigación destinados a facilitar la descripción e interpretación sistemática de los componentes semánticos y formales de todo tipo de mensaje, y la formulación de inferencias válidas acerca de los datos reunidos" (Krippendorff, 1990). La necesidad de inferir más allá del contenido manifiesto según el mismo autor, se impone. El análisis de contenido puede ser también definido como la utilización de métodos fiables, fieles y válidos⁸⁰ para hacer las inferencias específicas, a partir del contenido manifiesto. Insinúa que sin el derecho a inferir no se analiza verdaderamente.

La expresión "Análisis De Contenido", tiene unos cincuenta años de antigüedad. Sus orígenes se remontan muy lejos en la historia, hasta el inicio del uso consciente de los símbolos y del lenguaje por parte del ser humano. A partir de los esfuerzos modernos, son características del análisis de contenido:

- La orientación fundamentalmente empírica, explorativa, vinculada a fenómenos reales y de finalidad predictiva.
- El análisis de contenido trasciende las nociones convencionales del contenido como objeto de estudio, y está estrechamente ligado a concepciones más recientes sobre los fenómenos simbólicos.
- El análisis de contenido está desarrollando una metodología propia que permite al investigador programar, comunicar y evaluar críticamente un plan de investigación con independencia de sus resultados.

80. ACLARACIÓN DE LA AUTORA: Se reconocen las limitaciones metodológicas, no alcanzado los estándares de confiabilidad y validez.

Se puede afirmar que el análisis de contenido ha llegado a ser un método científico capaz de ofrecer inferencias a partir de datos esencialmente verbales, simbólicos o comunicativos. Asimismo, el análisis de contenido es una técnica de investigación destinada a formular, a partir de ciertos datos, inferencias reproducibles y válidas, que puedan aplicarse a su determinado contexto. Se encuentra en un punto medio entre técnicas cuantitativas y técnicas cualitativas lo que se hace evidente al considerar las cuatro características fundamentales que esta técnica presenta, que son:

- 1) Objetividad: los resultados pueden ser verificados, por medio de procedimientos de análisis reproducibles, ya que proceden de reglas y consignas suficientemente claras y precisas para que analistas diferentes, obtengan los mismos resultados.
- 2) Sistemática: la fijación de criterios previos permite incluir o excluir categorías. Todo contenido debe ser ordenado e integrado en función a la finalidad perseguida.
- 3) Contenido manifiesto: los contenidos permiten observación directa, sin que perturbe la investigación de los contenidos latentes.
- 4) Capacidad de generalización: permite realizar análisis de datos cuantitativos para probar hipótesis y extraer conclusiones.

Entiende al análisis de contenido como una técnica adecuada para el análisis social, cuando la investigación tiene por objetivo el análisis de símbolos, significados y mensajes, las funciones que estos tienen en el ámbito en que se encuentran, y sus efectos. El citado autor reconoce respecto al mensaje, que nunca hay un solo significado, y que no es necesaria la coincidencia de los significados. El análisis de contenido establece que el objeto de la investigación, es una herramienta y sitúa al investigador en una posición concreta frente a la realidad que analiza⁸¹. La técnica del análisis de contenido tiene una triple finalidad:

- Prescriptiva: guía la conceptualización y el diseño
- Analítica: facilita el examen crítico de los resultados obtenidos por diferentes investigadores
- Metodológica: orienta el desarrollo y perfeccionamiento sistemático del propio método

Es por todo lo antedicho, que se utilizará el análisis de contenido. Será a partir del análisis de cuatro devoluciones diagnósticas que se intentará iluminar la hipótesis de esta tesina.

11. 2 Análisis de las devoluciones diagnósticas

Se tomarán cuatro devoluciones de pacientes con cáncer de mama, que concurren al Hospital Municipal Bernardino Rivadavia, en la Ciudad de Buenos Aires, a una entrevista de información diagnóstica oncológica, denominada devolución diagnóstica conjunta (DCIODPT⁸²). En esta, los médicos junto con la psicóloga comunican a la paciente su diagnóstico y se propone un tratamiento. A estas entrevistas de devolución generalmente también asisten familiares o acompañantes, ya que se les pide a las pacientes que vengan acompañadas. Las devoluciones fueron seleccionadas acorde a los puntos de saturación observados después de una experiencia de trabajo de cuatro meses, sin tener en cuenta la edad ni el nivel cultural, siendo pacientes oncológicas⁸³ en etapa inicial.

Se realizará un análisis de las variables objeto de esta tesina: Comunicación Diagnóstica y Relación Terapéutica. Las dimensiones que van a operacionalizar dichas variables fueron seleccionadas después de haber presenciado varias devoluciones, enriquecidas por el marco teórico de dichas variables y de todo el cuerpo teórico de esta tesina.

Los siguientes cuadros expresan lo antedicho, manifestando los puntos de saturación encontrados.

81. ACLARACION DE LA AUTORA: Este es un punto crucial para esta tesina.

82. ACLARACIÓN DE LA AUTORA: Se remite al lector a la lectura del capítulo N° 7 donde se expone el dispositivo de devolución diagnóstica utilizado en el HMBR.

83. ACLARACIÓN DE LA AUTORA: Se remite al lector al capítulo N° 2, donde se desarrollarán los aspectos médicos del CM.

		DIMENSIÓN	COD.	INDICADOR
RELACIÓN TERAPÉUTICA "Suficientemente Buena"	Z	HOLDING	a. b. c. d. e. f.	Uso del Ud. o vos Ansiedad Angustia Alivio Respuesta a preguntas del paciente Expresión Emocional
	K	ACUERDO	g. h. i. j.	Pautas de tratamiento Visión de Equipo Predisposición a la acción Puntuación de la secuencia de hechos.

		DIMENSIÓN	COD.	INDICADOR
COMUNICACIÓN DIAGNÓSTICA	A	INFORMACIÓN	1 2 3	Información diagnóstica Información terapéutica Uso de Gráficos
	B	MITOS Y CREENCIAS	4 5	Referencias a la enfermedad Fantasías
	C	COMUNICACIÓN NO VERBAL	6 7 8 9 10	Saludo Miradas Posturas Uso de Barreras Uso del espacio

Para la reducción de datos, los mismos fueron volcados a una primera planilla matriz (PLANTILLA Nº 1), donde se dividió la entrevista en el discurso verbal (comunicación verbal), donde se realizó la transcripción textual del diálogo; los aspectos no verbales (comunicación no verbal), y por último las apreciaciones del observador⁸⁴ participante que fueron escritas durante la devolución (observaciones). Los posibles indicadores surgieron a partir de llamativos puntos de saturación.

PLANTILLA Nº 1

COMUNICACIÓN VERBAL	COMUNICACIÓN NO VERBAL	OBSERVACIONES

El cuadro Nº 1, se intentó reducir los datos recolectados a partir de los indicadores seleccionados por cada dimensión en cada variable. A continuación se toma como ejemplo la variable comunicación diagnóstica, y su dimensión: información.

84. ACLARACIÓN DE LA AUTORA: Anguera define a la observación como un procedimiento encaminado a articular una percepción deliberada de la realidad manifiesta con su adecuada interpretación, captado su significación, de forma que mediante el registro objetivo, sistémico y específico de la conducta generada de forma espontánea en un determinado contexto, y una vez que se ha sometido a una adecuada codificación y análisis, nos proporcione resultados válidos dentro de un marco específico de conocimiento.

CUADRO N° 1

VARIABLE: COMUNICACIÓN DIAGNÓSTICA

DIMENSIÓN: INFORMACIÓN

	DIAGNÓSTICA	TERAP – PRONOS	GRÁFICOS
D1			
D2			
D3			
D4			

Continuando con la reducción de datos⁸⁵, en las siguientes tablas (CUADRO N° 2 y CUADRO N3) se intentó comparar en las cuatro devoluciones, los indicadores tomados en cada dimensión para analizar cada una de las variables objeto de esta tesina: Relación Terapéutica y Comunicación Diagnóstica.

CUADRO N° 2

	HOLDING				ACUERDO		
	a	b	c	d	E	f	g
D1							
D2							
D3							
D4							

CUADRO N° 3

	INFORMACION			MITOS Y CREENCIAS			COMUNICACIÓN NO VERBAL					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
D1												
D2												
D3												
D4												

11.3 Análisis de datos

A continuación se realizará un breve análisis de datos, a partir de la reducción de los mismos, trabajada con anterioridad. En primer lugar se analizará la variable Comunicación Diagnóstica y por último la variable Relación Terapéutica.

⁸⁵. ACLARACIÓN DE LA AUTORA: La complejidad de los datos obtenidos generó una mayor dificultad en la reducción de los mismos. No obstante, a partir de ellos se tomaron puntos de saturación.

RELACION TERAPEUTICA										
HOLDING						ACUERDO				
	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j
D1	UD.	PARANOIDE	PRESENTE	PRESENTE	RESPONDE	ABIERTA	PRESCRIPCIÓN MÉDICA	EQUIPO MÉDICO	ACTIVIDAD	RELACIÓN COMPLEMENTARIA
D2	UD. VOS	PARANOIDE CONFUSIONAL	PRESENTE	PRESENTE	RESPONDE	ABIERTA	PRESCRIPCIÓN MÉDICA	EQUIPO MÉDICO - PACIENTE	ACTIVIDAD	RELACIÓN COMPLEMENTARIA
D3	VOS	PARANOIDE DEPRESIVA	PRESENTE	PRESENTE	RESPONDE	INTERMITENTE	PRESCRIPCIÓN MÉDICA	EQUIPO MÉDICO	ACTIVIDAD	RELACIÓN COMPLEMENTARIA
D4	VOS	PARANOIDE - HUIDA	PRESENTE	AUSENTE	NO HAY PREGUNTAS	CERRADA	PRESCRIPCIÓN MÉDICA	EQUIPO MÉDICO	PASIVIDAD	RELACIÓN COMPLEMENTARIA

Referencias

- a: Uso del Usted o Vos b: Ansiedad c: Angustia d: Alivio e: Respuestas a las preguntas del paciente
 f: Expresión Emocional g: Pautas de tratamiento h: Visión de Equipo i: Predisposición a la acción
 j: Puntuación de la secuencia de hechos

COMUNICACIÓN DIAGNOSTICA									
INFORMACION			MITOS Y CREENCIAS		COMUNICACIÓN NO VERBAL				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
D1	FORMULA TRATAMIENTO CONTROL	FORMULA	ALGO ENFERMEDAD CANCER	ENFERMEDAD REPETICION QUIMIOTERAPIA METASTASIS MUERTE	INC: HAY CC FIN: HAY CC	CONTACTO VISUAL FLUCTUANTE	RIGIDA ALERTA	RECEIARIO ORDENES MEDICAS	CIRCULAR
D2	FORMULA TECNISISMO	FORMULA	CANCER	MUERTE ORIGEN DESCUIDO	INC: NO CC FIN: HAY CC	CONTACTO VISUAL FLUCTUANTE	RIGIDA ALERTA	LLAVES RECEIARIO	CIRCULAR
D3	FORMULA TECNISISMO	FORMULA	ALGO ENFERMEDAD CANCER	MUERTE TUMOR OCULTAMIENTO "VERDUGO"	INC: NO CC FIN: HAY CC	CONTACTO VISUAL FLUCTUANTE	ALERTA ANSIOSA	RECEIARIO ORDENES MEDICAS	CIRCULAR
D4	FORMULA TRATAMIENTO	FORMULA	ALGO NODULITO	OCULTAMIENTO DESCUIDO	INC: NO CC FIN: NO CC	CONTACTO VISUAL FLUCTUANTE		HIJO RECEIARIO ORDENES MEDICAS	CIRCULAR

REFERENCIAS

- 1: Información Diagnóstica 2: Información Terapéutica 3: Uso de Gráficos 4: Referencias a la enfermedad 5: Fantasías
 6: Saludo 7: Mirada 8: Posturas 9: Uso de Barreras 10: Uso del Espacio

❑ Comunicación diagnóstica

INFORMACIÓN

- El manejo de la información diagnóstica propiamente dicha, realizada por el médico presenta el uso de fórmulas y de tecnicismos.
- La información terapéutica provista por el médico, parecería intentar controlar la situación y la actuación de las pacientes.
- El uso de gráficos parecería ser utilizado también como una fórmula tranquilizadora.
- La presencia de la psicóloga colabora en la regulación del flujo de información.

MITOS Y CREENCIAS

- La referencia a la enfermedad que se presentó en su mayoría fue “Cáncer”(3), seguido de “Algo” y “Enfermedad”(2). Podría llegar a ser reflejo de la ideología institucional de nombrar la palabra “cáncer”, contrario al ocultamiento, o a las conspiraciones de silencio. Llama la atención como en la devolución que no se nombra la palabra “cáncer”, la paciente termina con anticipación la entrevista.
- Las fantasías que se reflejan propias del paciente: de enfermedad, de metástasis, de repetición, origen, descuido, engaño y muerte. Propias del médico: de muerte y de “verdugo”.

COMUNICACIÓN NO VERBAL

- El saludo también reflejó el proceso de la devolución. En casos donde el saludo inicial careció de contacto corporal, finalizó con él, pudiéndose percibir un acercamiento. Esto se dio en dos devoluciones. En la primera en los dos momentos hubo contacto, y en la última en ningún momento. Una vez más podríamos pensar que la falta del mismo, colaboró a la “huida” de la paciente.
- El contacto visual en todos los casos fue fluctuante, intermitente. La mirada se escondía entre gráficos y órdenes médicas.
- Las posturas de las pacientes fueron rígidas y en posición de alerta, observándose cambios hacia el final. Una vez más, en actitud defensiva y paranoide.
- El uso de barreras se reflejó en la utilización del recetario y órdenes médicas, uso de las llaves, y de los hijos en la falda y brazos.
- La disposición que se mantuvo en todas las devoluciones fue circular, sin obstáculos físicos en el medio.

❑ RELACIÓN TERAPÉUTICA

HOLDING

- El uso del Vos fue mayoritario, podría pensarse como intento de acortar la distancia emocional para sostener a la paciente. El Ud. fue utilizado en presencia de personas mayores, y el Vos con personas jóvenes. Teniendo en cuenta a su vez, la edad de los acompañantes.
- La ansiedad fue vivida como proceso. En su mayoría un claro pasaje de ansiedad confusional y paranoide, arribando a un alivio al finalizar la devolución. En la devolución N° 4 se observó una ansiedad paranoide y de huída.
- La angustia fue una emoción presente en todas las devoluciones, propio de lo que despierta recibir “una mala noticia”.
- El dispositivo, en los tres primeros casos permitió que se desplieguen distintas emociones, permitiendo a las pacientes y acompañantes retirarse aliviadas. Esto no fue así en la última devolución, ya que la paciente no se fue aliviada.
- La respuesta del médico a las preguntas de las pacientes fue buena en tres de los casos, ya que se escuchó y contestó a los pacientes y familiares. En el último caso no hubo preguntas. Esta escucha fue oscilante con la figura de la psicóloga, quien abría preguntas facilitando el despliegue emocional.
- La expresión emocional fue abierta en las dos primeras devoluciones. En la tercera, hubo expresión emocional, aunque no fue en su máxima expresión (intermitente). Y en la última devolución, no hubo ningún tipo de expresividad, es decir, esta estuvo bloqueada.

ACUERDO

- El establecimiento de las pautas de tratamiento fue claramente prescriptiva. Fue el médico quien sostuvo su “oferta”, propia de la ideología médica que se comparte en dicha institución.
- La visión de equipo estuvo presente en todos los casos como equipo médico. Llamativamente, en una sola devolución la visión fue la de equipo médico-paciente.

- En las tres primeras devoluciones, se observó una actitud activa de las pacientes. No así en la última.
- Las definiciones de rol médico-paciente, convencionadas culturalmente, fueron aceptadas como una relación complementaria. En presencia de otros hombres, se observó cierta lucha por el poder, no así con las pacientes.

11.4 Conclusiones generales

En función del análisis precedente, y respondiendo al problema objeto de esta tesina, se podría arribar a las conclusiones expuestas a continuación.

En primer lugar, podría decirse que, la comunicación es algo más que una mera transmisión de mensajes, implicando un compromiso que determina la relación. Y a su vez, la naturaleza de una relación, en este caso la relación médico-paciente depende de la puntuación de la secuencia de comunicación entre los participantes (Watzlawick et al., 1997). Parecería que la relación que se establece, sostenida por los roles que comparten estas convenciones de puntuación, es de tipo complementaria. Se podría inferir que este acuerdo de roles, en algún punto protege a quienes se comunican. De qué los protege yace en la singularidad de cada participante y su historia personal. Por un lado, se observa al médico, quién se mantiene en un “lugar del saber” con cierta distancia emocional protectora; y la paciente, quién deposita toda su confianza en él, demostrando su “aceptación” ante las prescripciones del médico.

Respecto del manejo de la información diagnóstica, parecería ser entregada por el médico en forma defensiva. Esta actitud de defensa se refleja en la utilización de fórmulas y tecnicismos, que parecerían aliviar al médico. A su vez, el manejo de la información alivia a la paciente, si bien esta información puede llegar a ser excesiva, en algunos casos. Siendo evidente la importancia del manejo “gradual y acumulativo” de la información, respetando la singularidad de cada paciente. La presencia de la psicóloga en el momento de la devolución diagnóstica, posibilita la regulación del flujo de información, alivia al médico, y a su vez, posibilita el despliegue de ansiedades de la paciente y sus acompañantes, en este momento de quiebre. Sin embargo, en algunos casos se observó que fue la depositaria de aspectos transferenciales negativos.

La presencia de mitos, creencias y fantasías, reflejaría el intento de responder a las necesidades emocionales profundas y primitivas del ser humano (Schávelzon, 1992). Frente a las cuales, éste crea diferentes formas de explicar y elabora distintas teorías del mundo que los rodea,... “Mitos”. Pero como toda construcción de significados es social, ésta debe ser legitimada por su contexto. Se observa la presencia de mitos respecto del origen de la enfermedad, siendo muy común el temor por lo heredado. La sensación de ocultamiento está presente, más allá de que se les ofrezca un dispositivo especial para el momento de la “verdad diagnóstica”. El cáncer mismo trae fantasías propias de metástasis, de repetición inesperada y descontrol. ¿Y qué es la muerte sino la representación del “descontrol”? Las fantasías de Muerte, propias a la confrontación con la finitud están presentes tanto en las pacientes, como en el médico comunicante. Siendo propio también del médico la fantasía del verdugo. No en vano, se dice que una de las tareas más difíciles a las que se enfrenta el médico es la de tener que comunicar a una persona una enfermedad, más aún el cáncer, tan cargada de significaciones en este siglo.

Desde la comunicación no verbal, podría decirse que a pesar de que el dispositivo ofrezca una disposición circular espacial, sin obstáculos físicos que se interpongan entre los participantes, éstos existen, pero de otra índole. La sensación amenazante y estresante propia de la situación, muchas veces es interpretada como frialdad y distancia del profesional, contrario a la presencia del contacto corporal que acorta distancias interpersonales. Esta percepción inquietante de la situación, se refleja en las posturas rígidas en alerta, en la incapacidad de sostener las miradas, y el uso de las barreras que se encontraban al alcance de cada participante. En el caso del médico, sus gráficos y uso del recetario y confección de órdenes médicas. Y por parte de los pacientes, el uso de llaves y las grandes cantidades de órdenes y estudios médicos (muchas veces reflejo de las burocracias institucionales, en éste caso particular, la hospitalaria). Esto podría entenderse como distintos intentos de protección y defensa ante la amenaza.

Retomando la puntuación de las secuencias comunicacionales, podría agregarse que cuando existe la presencia de otro masculino, el diálogo es compartido entre hombres, no dando lugar a la paciente. Parecerían reflejar aspectos machistas, también en cierta medida, legitimados socialmente. Esto también suele darse con la presencia de la psicóloga, a quien muchas veces no se le da lugar. Y es la psicóloga la que muchas veces sostiene el diálogo con la paciente cuando su acompañante es un hombre. Es decir, existe un “diálogo” entre géneros.

En segundo lugar, el constructo “madre suficientemente buena” (Winnicott, 1994), trasladado a la relación médico-paciente, daría cuenta del holding o sostén que implica esta relación en el momento de la vulnerabilidad bio-psico-social producto de la aparición de la enfermedad. El contexto que va a recibir

la caída de un cuerpo enfermo o el tejido conectivo (Chevnik, 1991) que desarrolla la función de holding constituye un gran soporte que permite una beneficiosa evolución de la enfermedad. El uso del “vos”, generalmente utilizado con personas jóvenes, podría considerarse como un intento de acortar las distancias emocionales intentando sostener a la paciente. Así también la presencia de la psicóloga y de la figura del “acompañante”, colaboran a este sentimiento de sostén que beneficia al proceso terapéutico. Siendo la psicóloga una figura de sostén no sólo para la paciente y su contexto, sino también para el médico. Este dispositivo, intenta facilitar la expresión emocional, dando lugar al procesamiento de ansiedades con la intención de alcanzar algún alivio en la paciente, a pesar de la “mala noticia” recibida. Este alivio anhelado es un claro resultado de la capacidad del holding propia de esta relación suficientemente buena. Igualmente, es inevitable, que se vivencie angustia, y que la expresividad emocional pueda bloquearse por el “impacto” del momento. Pero cuando ésta se despliega, una vez más se da cuenta de la capacidad de holding. La capacidad del profesional de dar respuestas a las preguntas de la paciente y sus acompañantes, contribuye a la confirmación de este sentimiento de sostén y al alivio correspondiente. Se insiste una vez más, en la importancia del caso a caso, ya que las estrategias de afrontamiento de cada paciente son diferentes, como lo es también su capacidad resiliente y su historia. Por todo lo antedicho, podría llegar a pensarse en la existencia de un equipo de “holding”, ya que no sólo se percibe la capacidad de sostén del médico, sino también de la psicóloga.

En cuanto al establecimiento de una relación, resulta fundamental la formación de un acuerdo basado en la cooperación entre los participantes para la consecución de los distintos tratamientos médicos (Talgham, 2005). Así como es necesaria la explicitación de lo que cada uno espera del otro dentro del campo donde se desarrolla la relación. En estos casos, la relación resultó ser asimétrica, complementaria, contrario a lo que actualmente se propone. Ya que hoy, se intenta lograr una “simetría” involucrando cada vez más al paciente en la toma de decisiones, respetando su autonomía. Podría decirse que en la Argentina, las convenciones sociales, continúan sosteniendo el lugar del saber y de poder, propia de la figura del médico. Más aún, como país latino, tendiente a caer en paternalismos protectores que retroalimenta esta relación complementaria. Ahora bien, esta convención en la puntuación de roles médico-paciente, parecerían haber logrado aceptación en las pautas de tratamiento, tal así fue que se observó una clara prescripción médica acatada por las pacientes.

Respecto de la visión de equipo, podría decirse que, para el médico, la posibilidad de verse respaldado por un equipo le ofrece una gran seguridad, así también a la paciente, ya que cuatro ojos médicos ven siempre más que dos. La visión de equipo, entendiéndolo como equipo a la relación médico-paciente, aún no está instalada, resultante de esta relación complementaria observada.

Por todo lo expuesto, es necesario no perder las esperanzas que el espíritu del dispositivo es válido y sirve. Pero los cambios exigen tiempo. No es tarea fácil volcar al trabajo de campo la teoría, más aún cuando hay tantas variables personales en juego. Ahora fue claramente plasmado en estas páginas la necesidad de la formación de los profesionales de la salud en las habilidades comunicacionales y todo lo que ello implica. No es sólo una necesidad a nivel académico, sino propia de la esencia humana. Ya que aprender a comunicarse puede ser la lección más compleja. Más aún cuando hay que lidiar con noticias no agradables ni para quien las da ni para quien las recibe.

Conclusión final

El objetivo de esta tesina fue indagar acerca de cómo influye la comunicación diagnóstica oncológica “adecuada” en el establecimiento de una Relación Terapéutica “suficientemente buena”, en pacientes con cáncer de mama. Intentando afirmar que una comunicación diagnóstica oncológica “adecuada” favorecería dicha relación.

Se ha expuesto a lo largo de estas páginas que uno de los momentos más duros para el médico es el de “dar la mala noticia” a su paciente, en este caso, dar a conocer un diagnóstico de cáncer de mama. Acción que enfrenta al profesional, a sentimientos de culpabilidad, creyéndose un “verdugo”. Es innegable también, la implicancia de esta enfermedad para una mujer dentro del siglo XXI, más aún, al haber expuesto su significación antropológica y social. Es la Psicooncología, quién intenta ofrecer un cuidado psicosocial de la misma, con el objetivo de coadyuvar con el equipo médico-oncológico en el abordaje y manejo de los aspectos psicosociales que puedan afectar a la paciente con cáncer y su familia.

La comunidad científica y el mundo médico parecerían promover un modelo de comunicación médico-paciente en el que se estimula una forma de relación más simétrica, animando al paciente a tomar una posición activa en la toma de decisiones, respetando su autonomía como ser humano. Ahora bien, el camino de la teoría a la práctica, no es tan cercano. Podría decirse que aún hoy, las convenciones sociales,

continúan sosteniendo el lugar del saber y de poder, propia de la figura del médico. Más aún, como país latino, tendiente a caer en paternalismos protectores que retroalimentan esta relación complementaria.

La literatura es basta en cómo informar, qué decir, cuánto, dónde, entre otros... pero estos interrogantes fueron aunados en distintas manualizaciones, que esconden la singularidad de cada paciente, y cada equipo de salud. Existe un esfuerzo consciente en a la hora de comunicar, evitando tecnicismos, y ofreciendo un diagnóstico completo a cada paciente. Pero no existe la consciencia de una comunicación entendida como relación.

Si se entiende a la comunicación como algo más que una mera transmisión de mensaje, implicando un compromiso que determina la relación, dar un diagnóstico oncológico es mucho más que transmitir la "verdad médica". Implica el establecimiento de una relación entre paciente - médico - equipo de salud, de vital importancia para la calidad de vida de la paciente. Respecto de la comunicación "adecuada", a partir de este trabajo se podría concluir que lo adecuado va a estar netamente referido a la singularidad de cada paciente y cada médico, es decir, según cada relación. Pero saltan a la vista puntos de saturación que pueden ser utilizados a la hora de actuar en una situación como la aquí presentada. Estos lineamientos no sólo beneficiarían al médico, sino también a la paciente, su familia y entorno. Asimismo, un mayor conocimiento, o conscientización respecto de este tema enriquece el trabajo en equipos interdisciplinarios.

Los cambios exigen tiempo. No es tarea fácil volcar al trabajo de campo la teoría, más aún cuando hay tantas variables personales en juego. Ahora fue claramente plasmado en estas páginas la necesidad de la formación de los profesionales de la salud en las habilidades comunicacionales y todo lo que ello implica. No es sólo una necesidad a nivel académico, sino propia de la esencia humana. Ya que aprender a comunicarse puede ser la lección más compleja. Más aún cuando hay que lidiar con noticias no agradables ni para quien las da ni para quien las recibe.

¿Cómo no promover a que los profesionales de la salud sean conscientes que la significación de la enfermedad es producto de la construcción en interacción en la Relación Terapéutica entre ellos y el paciente? ¿Cómo no advertirlos de que sus formas, verbales y no verbales, que su historia personal, creencias y fantasías, afectan la Relación Terapéutica? ¿Cómo no dar a conocer la importancia de su compromiso y capacidad de empatía para la relación?

Seres humanos que comunican a seres humanos.

Todo un compromiso, un desafío que guarda en sí mismo la posibilidad de ofrecer a la paciente una mejor calidad de vida...

Bibliografía

- Almanza-Munoz, J. (2001). Psicooncología: El abordaje psicosocial integral del paciente con cáncer. *Revista de Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, Número Especial 1994-2001, 35-43
- American Cancer Society. (fecha de acceso: 25/05/2005). What is Breast Cancer? [En red]. Disponible en: http://www.cancer.org/docroot/CRI/content/CRI_2_4_1X_What_is_breast_cancer_5.asp?sitearea=
- American Cancer Society. (fecha de acceso: 25/05/2005). What are the risk factors for breast cancer? [En red]. Disponible en: http://www.cancer.org/docroot/CRI/content/CRI_2_4_2X_What_are_the_risk_factors_for_breast_cancer_5.asp?sitearea=
- American Cancer Society. (fecha de acceso: 25/05/2005). Breast Cancer Facts and figures [En red]. Disponible en: <http://www.cancer.org/downloads/STT/CAFF2005BrF.pdf>
- American Cancer Society. (fecha de acceso: 25/05/2005). How is Breast Cancer Treated [En red]. Disponible en: http://www.cancer.org/docroot/CRI/content/CRI_2_4_4X_How_Is_Breast_Cancer_Treated_5.asp?sitearea=
- Anguera, M.T., Arnau, J., Ato, M., Martínez, R., Pascual, J. & Vallejo, G. (1995). *Métodos de Investigación en Psicología*. Madrid, España: Síntesis-Psicología.
- Ariès P. (2000) [1975]. *Morir en Occidente, desde la Edad Media hasta la actualidad*. Buenos Aires, Argentina: Adriana Hidalgo Editora.
- Arrarás, J.I, Dueñas, T., Meiriño, R., Prujá, E., Villafranca, E. & Valerdi, J.J. (1998) *La Calidad de Vida en el paciente oncológico: estudios del Servicio de Oncología del Hospital de Navarra en el Grupo de Calidad de Vida de la EORTC Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 21 (1), 10-22.
- Bachelor, A & Horvath, A. (1999) *The therapeutic relationship*. En: Hubble, M.; Duncan, B. & Millar, S. (eds.) *The heart & Soul of Change. What Works in therapy*. Washington, DC, USA: American Psychological Association, 133-178.
- Baeza Villarroel, J.C (2001) *Clínica de la Ansiedad* (En Red) Disponible en: <http://www.clinicadeansie->

- dad.com/documentos.asp?doc=29&rec=25 ISBN: 84-490-0131-5
- Balint, M. (1961). El médico, el paciente y su enfermedad. Buenos Aires, Argentina: Editorial Libros básicos. Tomos I y II. 275-276
 - Beutler, L. E. & Harwood, T. M. (2000) Prescriptive psychotherapy: A practical guide to systematic treatment selection. New York, USA: Oxford University Press, 55-73
 - Buckman, R. (2002). Communications and emotions: Skills and effort are key. (Comunicaciones y Emociones: Aptitudes y Esfuerzo son clave) BMJ, 325, 672.
 - Buckman, R. (2005). S-P-I-K-E-S Makes Breaking Bad News Easier. En Conversations in Care (En Red) Disponible en: http://www.conversationsincare.com/web_book/chapter05.html
 - Chevnick, M. (1991) La interconsulta medico psicológica. Entre la medicina y el psicoanálisis, una mediación posible. En Lecturas de lo Psicossomático. Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial
 - Cyrulnik, B. (2001): La maravilla del dolor. El sentido de la resiliencia. Barcelona, España: Granica. Pag 15.
 - Espinoza, B & Calvo, A. (2004) Psicooncología del Cáncer de Mama. Tesina de grado no publicada, Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Psicología. Santiago de Chile, Chile.
 - Feixas, G., & Miró, Ma. T., (1993) Aproximaciones a la Psicoterapia, una introducción a los tratamientos psicológicos. Barcelona, España: Paidós
 - Font, A. (1994) Cáncer y Calidad de Vida. Anuario de Psicología. Nº 61, 41-50.
 - Freud, S. (1989) (1910 [1909]). Cinco conferencias sobre Psicoanálisis. Bs. As., Argentina: Amorrortu Ed. XI.
 - Fusari, G. (2002) La Relación Terapéutica en la Psicoterapia. Tesina de grado no publicada, Universidad de Belgrano, Buenos Aires, Argentina.
 - Ganz, P., Kwan, L., Stanton, A., Janice L., Krupnick, J., Rowland, H., Beth E., Meyerowitz, E., Julienne E. & Thomas R. (1999) Quality of Life at the End of Primary Treatment of Breast Cancer: First Results From the Moving Beyond Cancer Randomized Trial (Calidad de Vida al término del tratamiento primario en Cáncer de Mama) Journal of the National Cancer Institute, 96 (5), 376-387.
 - Gómez Sancho, M. (1998). Medicina paliativa. La respuesta a una necesidad. Madrid, España: Arán.
 - Gómez, B. (2004) Filminas de Clase. Cátedra Métodos y Técnicas Terapéuticas. Módulo Enfermedades Médicas. Buenos Aires, Argentina
 - Guinzburg, M. & Talgham, C. (2004, Octubre). Acerca de la relación médico-paciente en Oncología: dar la mala noticia. Trabajo presentado en las XX Jornadas Anuales: Psicoanálisis de las configuraciones vinculares. Buenos Aires, Argentina.
 - Gurrucharri, C., Costa, I., Barbarelli, G., Grois, M., Guinzburg, M., Talgham, C., Tropp, A., Varchevker, D., Scarano, D., Lowenthal, M., Sprovieri, O. & Soma, E., (2003, MAyo) Acerca del diagnóstico de cáncer un abordaje interdisciplinario. Artículo presentado en el II Congreso Latinoamericano de Psicoanálisis y Psicoterapia (FLAPPSIP); Buenos Aires, Argentina.
 - Gurrucharri, C., Talgham, C. & Lowenthal, M. (1997, Septiembre). Conflictos en Mastología: abordaje interdisciplinario. INTERNATIONAL CONGRESS OF THE INTERNATIONAL SOCIETY OF PSYCOSOMATIC OBSTETRICS & GINECOLOGY. "WOMEN IN THE 21TH CENTUARY"
 - Gurrucharri, C., Talgham, C. & Lowenthal, M. (2002) Menor deserción a los tratamientos indicados por patología oncológica del tracto genital inferior gracias a una nueva forma de comunicación interdisciplinaria de los diagnósticos. Revista de SOGIBA, 81, 173-184.
 - Haber, S. (2000). Cáncer de Mama: Manual de Tratamiento Psicológico. Barcelona, España: Ediciones Paidós Ibérica S.A.
 - Heinmann P. (1949); Acerca de la contratransferencia. Traducido de "The international Journal of Psycho-analysis; Tomo XXI, Nº 1-2
 - Holland J, Almanza-Muñoz, J. (1998). Psycho-oncology in the proximity of the new millennium. (Psicooncología en las proximidades del Nuevo milenio) Oncología Clínica, 3, 77-80.
 - Horvath, A. (2000) The therapeutic relationship: from transference to alliance. JCPL in session: Psychotherapy in practice, 56 (2), 163-173.
 - Katz, P & Bender, T. (1976), Self-Help Groups in Western Society: History and Prospects Journal of Applied Behavioral Science, 12, 265-282.
 - Krippendorff, K. (1990) Metodología de análisis de contenido. Barcelona, España: Paidós Ibérica.
 - Kübler-Ross, E. (1998) Preguntas y respuestas a la muerte de un ser querido. Barcelona, España: Ed. Martínez Roca.
 - Laplanche, J. & Pontalis, J. B. (1981). Diccionario de Psicoanálisis. Buenos Aires, Argentina: Editorial

- Labor. 439-446
- Lazarus, R. S & Folkman, S. (1980) *Estrés Y Procesos Cognitivos*. Madrid, España: Martínez Roca
 - Melillo, A. & Suárez Ojeda, N. (2001): *Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
 - Mesones Arroyo, H., Insua, J. & Capnetto, M. (2003) *La Psicoterapia y las Psicoterapias*. Buenos Aires, Argentina: Ed. Ananké
 - Muchinick, E & Seidmann, S. (1998) *Aislamiento y Soledad*. Buenos Aires, Argentina: Eudeba
 - Nacional Cancer Institute. (fecha de acceso: 25/05/2005). Breast Cancer [En red]. Disponible en: <http://www.cancer.gov/cancertopics/types/breast>
 - Norcross, J. C. (2001) Introduction: In search of the meaning and utility of countertransference. *JCLP In session: Psychotherapy in Practice*, 57 (8), 981-982.
 - Oiz, B. (fecha de acceso: 02-04-05) *Reconstrucción mamaria y beneficio psicológico*. Hospital San Juan de Dios. Pamplona, España. (En Red) Disponible en: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol28/sup2/suple3a.html>
 - Ojeda Martín, M. & Gómez Sancho, M. (2004) *Cómo transmitir las malas noticias*. *Biocáncer* (1), 1-13.
 - Organización Panamericana de la Salud (fecha de acceso: 27-10-04) (2003) *Cuidados paliativos. Guías para el manejo clínico*. (2º ed.) Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/APC/NC/palliatice-care-09.pdf> el día 27-10-2004.
 - Rodríguez, R., Buch, E., Muñoz, M., Ibáñez, A., Galán, A. & Roig, J. (Fecha de acceso: 30/06/05) *Cuatro años de cirugía oncológica mamaria. Estudio de calidad de vida*. *Revista Valenciana de Cirugía*, 10. (En Red) Disponible en: <http://www.svcir.org/svc/revistas/10/art-2>
 - Rogers, C. (1951) *Client-centered therapy*. Boston, USA: Houghton Mifflin
 - Rowland J. & Holland J., (1989) *Sexual dysfunction in cancer patients: issues in evaluation and treatment*. (Disfunciones sexuales en pacientes con cáncer: tópicos en evaluación y tratamiento) *Handbook of Psychooncology: Psychological Care of the Patient With Cancer*. New York, USA: Oxford University Press, 383-413.
 - Royo, E. (fecha de acceso 03-04-05) (1997) *La psicooncología*. *Boletín Oncológico Hospital General de Teruel Obispo Polanco*. (En Red) Disponible en: www.opolanco.es/apat/psicooncologia.html
 - Schávelzon, J. (1992). *Psique-Cancerología*. Buenos Aires, Argentina.: Científica Interamericana S.A.
 - Seifert, C. & Rial, B. (fecha de acceso 26-08-05) (2002) *Efectos psicológicos en la paciente con cáncer ginecológico* (En Red) Disponible en http://www.psicooncologia.org/articulos/articulos_detalle.cfm?estado=ver&id=55&x=84&y=5
 - Spiegel, D. (2001) *Mind matters. Group therapy and survival in breast cancer*. (La Mente importa. Terapia de Grupo y sobrevida en cáncer de mama) *New England Journal of Medicine* 345: 1767-68.
 - Talgham, C. (2005). *Beneficios de la aplicación de la dcidopt en pacientes oncológicos en el marco de una propuesta psicoanalítica: sobre alianzas y transferencias*. Tesis de Maestría no publicada, Universidad Nacional de la Matanza y de la Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados, Buenos Aires, Argentina.
 - Tropp, A. (1989, Mayo) *Consideraciones Psicológicas en Patología Mamaria*. Ateneo Interno del Servicio de Ginecología del Hospital Municipal Bernardino Rivadavia. Buenos Aires, Argentina.
 - Vaño, A. (fecha de acceso 27-10-2004) (2005) *Estrés Y Adaptación. Estrés Y Trastornos Psicofisiológicos*. (En Red) Disponible en: http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_psicolog_salud_6.htm
 - Varela, F (fecha de acceso 19-09-05) (2005). *La Resiliencia como esperanza humana: ¿cuál es el origen del concepto?* (En Red) Disponible en: http://sepiensa.org.mx/contenidos/2005/resiliencia/resi_2.html
 - Vidal y Benito, M. (2002). *Acerca de la buena comunicación en medicina*. Buenos Aires, Argentina: Instituto Universitario CEMIC.
 - Viollaz, N. (2004) *Influencia del estrés y la personalidad en la etiología del cáncer: formas de prevenirlo*. Tesina de Grado. Universidad de Belgrano. Facultad de Humanidades. Carrera de Licenciatura en Psicología. Buenos Aires, Argentina.
 - Watzlawick, P., Beavin, J., Jackson, D. (1997). *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona, España: Herder.
 - Winnicott, D. (1996) [1965]. *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Estudios para una teoría del desarrollo emocional*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós.
 - Winnicott, D. (1994) [1971]. *Realidad y juego*. Barcelona, España: Editorial Gedisa.
 - Y-Me Nacional Breast Cancer Organization (En Red) (fecha de acceso 02-07-2005) *Side Effects*

(Efectos secundarios) Disponible en:

http://www.y-me.org/espanol/informacion/tratamientos/side_effects/quimioterapia.php

- Zukerfeld, R. (Mayo, 2002) (En Red) (fecha de acceso: 27-10-04) PSICOANÁLISIS, VULNERABILIDAD SOMÁTICA Y RESILIENCIA CONGRESO ARGENTINO DE PSICOANÁLISIS "Desafíos y recursos actuales en Psicoanálisis. Disponible en: <http://campopsi.com.ar/Congreso2002/trabajos/10.htm>

Apéndice

FIGURA 1

Se distinguen:

- La piel o tegumento mamario
 - Aereola o zona areolar
 - Pezón, mamila o mamelón
- El tejido céluo adiposo subcutáneo
 - Lámina céluo adiposa anterior preglandular.
 - Lámina céluo adiposa posterior, retromamaria o retroglandular.
- El parénquima glandular o mama Propiamente dicha

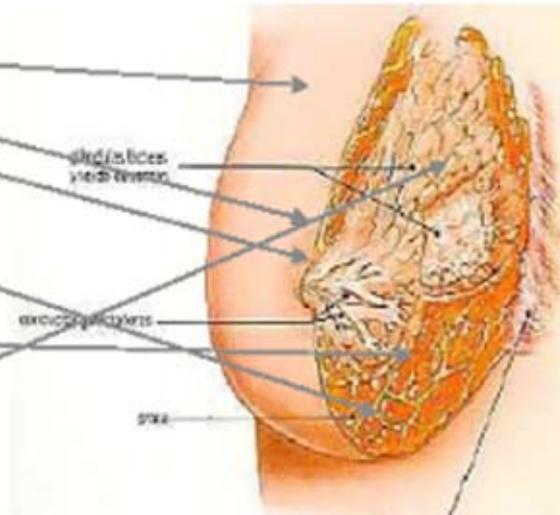


FIGURA 2

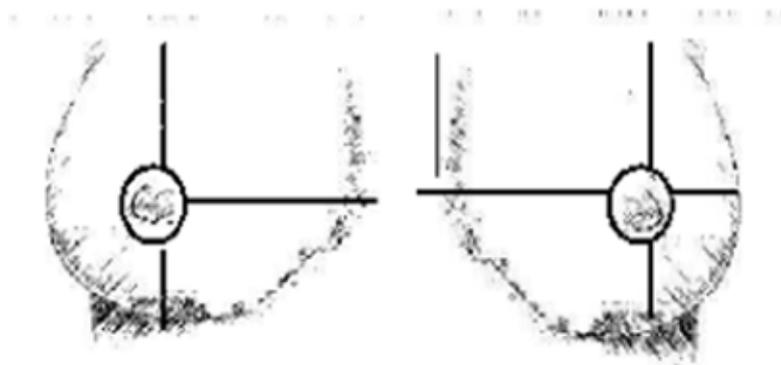


FIGURA 3

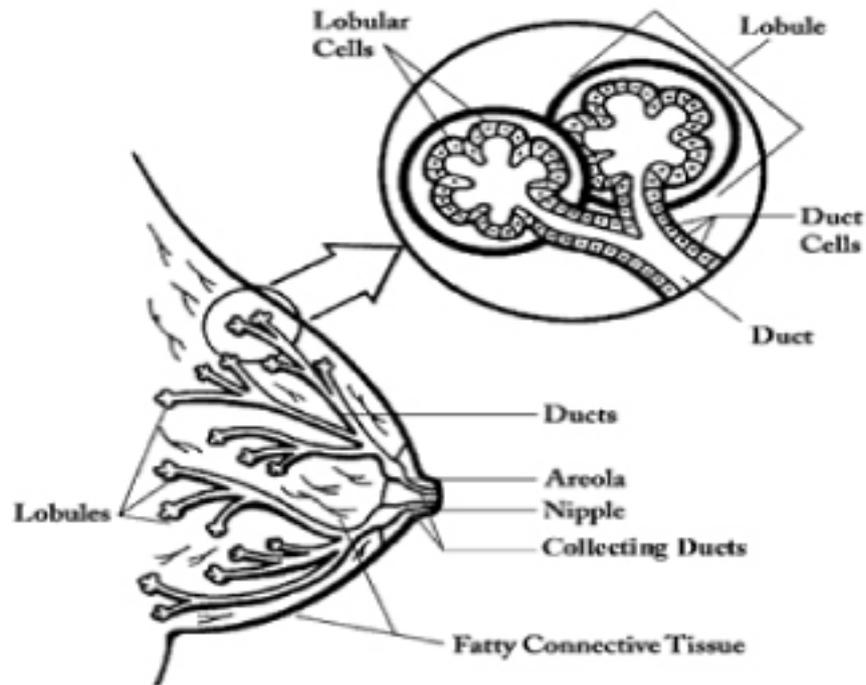


FIGURA 4



1º DEVOLUCIÓN

Paciente de 35 años; Diagnóstico: cáncer de mama. Tratamiento: Mastetomía. Concorre con su marido.

COMUNICACIÓN VERBAL	COMUNICACIÓN NO VERBAL	OBSERVADOR
<p>Referencias: P: paciente F: familiar Ps: psicóloga D: doctor</p> <p>P: ¡Qué tall! Ps.: Hola F: Buenos días... Ps.: el señor es.... F: el marido D: Bueno señora, si la llamamos es porque algo no anda bien... Ps.: sí... D: Nosotros sabemos que la enfermedad recorre una escalerita, donde aquí abajo implica estar sano, y aquí arriba, el cáncer... P: ¿Tengo cáncer? D: Lo que usted tiene se llama cáncer de mama... en fin, si escucha algún nombre que nunca escuchó, es su enfermedad. Pero así como hay muchos nombres, hay muchos tratamientos...Por ejemplo, este es la mama, y lo que usted tiene es un tumor. Pero puede haber enfermedad en otra parte, como los ganglios, por eso hay que hacer un estudio más...Lo que le vamos a proponer se llama mastectomía. En este procedimiento le sacamos esta parte de la mama. Esto tiene un inconveniente...la enfermedad puede repetirse. F: ¿aún sacando toda la mama puede repetirse? D: exacto...generalmente es suficiente, pero por eso hay que controlarse permanentemente después de la intervención. Es decir, lo que nosotros le proponemos es el tratamiento junto con el control. Si no hay control, esto no sirve. F: y ¿Cada cuánto? D: nosotros vamos a ir diciéndole cada cuanto se tiene que controlar. F: ¿no va a hacer quimioterapia? mire doctor, con todo el respeto a su investidura porque yo no estoy formado... como constructor uno cuando tiene un problema en las bases del edificio tiene que suplantear la viga o facilitar la ruptura de la viga...no sé si soy claro D: si, es muy claro... F: extirpar una parte para no dejar que se despierte el cáncer D: en parte usted tiene razón...pero en la medicina no es todo tan previsible...no es que la enfermedad se despierta o se duerme... F: estoy hablando metafóricamente D: mire, aunque reforcemos la viga, puede ceder...así pongamos 10 vigas, puede ceder, es una característica de la enfermedad....de todos modos, yo no le estoy diciendo que esto va a suceder, le estoy diciendo qué se tiene que hacer. F: ¿Cuándo se empiezan los tratamientos? D: pronto, suponiendo que los estudios que le voy</p>	<p>La paciente ingresa junto a una persona del sexo masculino, quien resultó ser su marido. Se sienta en la punta del sillón, enfrentada diagonalmente al doctor y enfrente a la psicóloga. El hombre se sienta enfrente del médico y en diagonal a la psicóloga. Se forma una disposición circular. No hay elementos (escritorios) en el medio.</p> <p>El médico comienza a hablar y presenta a la psicóloga. Se da un apretón de manos entre el médico y el marido de la paciente. El médico no mira a nadie.</p> <p>El médico toma un recetario y comienza a dibujar una escalerita. No mira a nadie. La paciente y su marido miran lo que el médico dibuja.</p> <p>La paciente escucha con suma atención, no dice nada. Está cruzada de brazos. El marido escucha con atención. Está sentado en la punta del sillón. No dice nada.</p> <p>El médico saca nuevamente un papel y dibuja un gráfico circular que reproduce la mama.</p> <p>El médico no mira a la paciente, mira la hoja. La psicóloga no interviene. El marido mira con atención.</p> <p>Se percibe en el médico cierto ofuscamiento.</p> <p>La paciente está callada y con los brazos cruzados. No inter-</p>	<p>La actitud de la paciente es de tensión y nerviosismo.</p> <p>Al médico se lo percibe tenso, no así a la psicóloga. Se percibe cierta tensión tanto en la paciente como en su marido.</p> <p>Se percibe en la paciente y su marido una cierta tensión por lo que están escuchando.</p>

<p>a pedir salgan bien, se hace inmediatamente F: mandamos a hacer estudios en un sanatorio y los trajimos, pero por poco nos mandan de vuelta a casa. Yo pregunto...si dos más dos es cuatro, aquí o allá... Ps: ¿dónde hicieron los estudios? P: en una clínica privada...acá tardaban 30 días, por eso los mandamos a hacer en una clínica D: es que nosotros necesitamos ver la imagen que sale ahí, con nuestros propios ojos...desconfiamos de los otros médicos, queremos ver todo con nuestros propios ojos. F: doctor, yo hago hincapié, sin pasar por su investidura...si podemos hacer los estudios en la clínica D: los estudios nuestros tienen que ser acá. P: ojalá que esté todo bien, dios quiera... Ps.: ¿"x", entendiste todo lo que el médico explicó?; ¿Querés preguntar algo, decir algo? P: sí, sí, fue muy explícito el doctor D: a mí me da miedo parecer pedante, pero acá sabemos lo que hacemos Ps: a lo mejor toda esta información, es mucho de golpe F: doctora, la verdad es que nosotros esperábamos algo peor Ps: ¿peor cómo? F: y...creíamos que esto era cáncer terminal, que nos iban a decir algo peor Ps: lo importante es que sepan que cada caso es muy diferente, cada paciente es distinto al otro F: el cáncer es como un tabú, que cuando se despierta es como una erupción volcánica...Yo tengo el ejemplo de mis padres, mi papá murió de cáncer de esófago. Nosotros somos del Paraguay y allá hace mucho calor...a mí papá lo habían bañado y cuando le prendieron el ventilador se enfrió y murió de neumonía. D: hay cánceres más agresivos y menos agresivos. Lo que usted tiene que tener en cuenta es que hay "cánceres de".... De todos modos, yo sé que le estamos dando una mala noticia, y que usted esperaba que le dijéramos que está todo bien y salir a festejar, pero le estamos diciendo, hay un tratamiento, hagamos algo.... F: en realidad es una fiesta D: y esto porque usted vino, si usted hace el tratamiento va a curarse... F: si, la verdad es que después de 18 años de casados nos vinimos del Paraguay, estamos muy agradecidos. Ambos estamos muy agradecidos con la Argentina, con la tecnología argentina y con el factor humano. A pesar de cómo está la Argentina, está muy bien en todo esto P: yo me siento más segura acá en la Argentina F: vamos a cumplir con todos los controles a raja tabla. Doctor, ¿puedo hacer una acotación? D: sí, por supuesto F: ¿podemos ayudar en algo? ¿Hacer estudios en forma privada? D: yo ya le voy a pedir ayuda para que compre el material descartable Ps: "X"...cómo se siente ahora... P: me siento más tranquila ahora. La semana pasada cuando me dijeron que tenía que venir acompañada, esos días no podía dormir, me sentía intranquila, muy preocupada. Pensé que iba a ser algo más, algo más grave... Ps: sabés que hay algo para hacer D: yo le pido que se haga estos estudios. Le pongo la fecha de la semana para la cirugía, aunque es mentira, para que le hagan más rápido los estudios...no me venda. P: no doctor D: una vez que tenga todo, yo le pido que venga y si me ve en el pasillo me cuente quién es usted...puede que yo esté en mil cosas, pero usted insista hasta que yo me</p>	<p>viene. La psicóloga no interviene. El diálogo sigue siendo entre el marido y el doctor. El marido mira para abajo. El marido en tono crítico hace referencia a cuando trajo los estudios que su mujer se hizo de manera particular. El médico parece incómodo e intenta justificar la situación. El marido nuevamente hace mención a la investidura del médico. El médico se refiere con aire paternalista. La paciente sólo emite frases cortas. La psicóloga que casi no intervino se dirige a la paciente. La psicóloga nuevamente insiste y se dirige a la Paciente. Responde el marido. El médico se dirige a la paciente directamente ¿La seguridad del equipo de salud?¿Alianza? Nuevamente se puede inferir aquí que el marido está ansioso por comenzar con el tratamiento... ¿Temor a la progresión de la enfermedad si pasa el tiempo?La psicóloga insiste en escuchar la voz de la paciente. El doctor interrumpe el diálogo entre la paciente y la psicóloga. La paciente se ríe.</p>	
--	--	--

<p>acuerde. Dígame la palabra clave, me vengo a hacer una mastectomía. P: bueno doctor... D: quiero que venga para hacerle el estudio que está faltando Ps: ustedes se preguntarán para qué está la psicóloga ¿no? P: sí, sí F: mire, puede que yo sea necio, para mí, la Psicología es fútil. Uno se abre con el trabajo. La psicología, no digo que no sea una ciencia, pero la veo muy superficial, bueno, eso dentro de mi ignorancia. Todos los psicólogos tendrían que decir las cosas crudamente. Si a uno le duele el canino, atacan el molar...El psicólogo tendría que decir las cosas como son. Estamos muy contentos por lo que dijo el doctor y yo la noto a mi mujer contenida por ustedes...y la verdad es que yo estaba muy preocupado. P: estuvieron muy simpáticos y muy claros, en lo que sea, vamos a ayudar Ps: de todas maneras, parece que se está preocupando por algo más P: a veces me siento como si me faltara el aire... Ps.: es que todo esto genera mucha ansiedad P: sí, yo estaba muy nerviosa Ps: mire "x", si usted siente todo esto y quiere hablar, ser escuchada, nuestro equipo le ofrece la posibilidad de tener entrevista con una psicóloga. Esto es voluntario...yo le dejo mis datos. Si usted alguna vez necesita, no dude en venir al primer piso, ahí tiene mi nombre P: bueno gracias, lo voy a pensar</p>	<p>La psicóloga interviene ofreciendo terapia</p> <p>¿Alianza?</p> <p>La psicóloga se dirige a la paciente y le da un papel con sus datos.</p> <p>El médico le entrega a la señora todos sus papeles y se levanta de su asiento. Da por terminada la entrevista. Inmediatamente lo siguen la paciente, su marido y la psicóloga. Se despiden con un apretón de manos. Las mujeres con un beso.</p>	
--	--	--

2º DEVOLUCIÓN

Paciente de 33 años; Diagnóstico: CM en estadio inicial. Concorre con su tío.

COMUNICACIÓN VERBAL	COMUNICACIÓN NO VERBAL	OBSERVACIONES
<p>Referencias: P: paciente F: familiar Ps: psicóloga D: doctor</p> <p>D: Buenos días. Yo soy el Dr. X...la Licenciada C... P: ¡Qué tal! Ps.: Hola F: Buenos días... D: Ud. es.... F: El tío D: Tenés hijos? P: Si dos, soy madre soltera D: Bueno, si estamos acá es porque algo pasa... ¿Este es el único estudio que te hiciste? P: Sí... D: Bueno, algo pasa. P: Ya me imaginaba. D: Si dibujamos una escalerita, y en la base esta la salud y al final está el cáncer... la escalerita ya la comencé a recorrer.... D: Lo que usted tiene lo puede escuchar con dis-</p>	<p>La paciente luego de retardarse buscando a su acompañante, ingresa junto a una persona del sexo masculino, quien resultó ser su tío. Se sienta en la punta del sillón, enfrentada al doctor y enfrente diagonalmente a la psicóloga. El hombre se sienta diagonalmente al médico y en frente a la psicóloga. Se forma una disposición circular. No hay elementos (escritorios) en el medio.</p> <p>El médico comienza a hablar y presenta a la psicóloga. No hay contacto corporal.</p> <p>El médico busca entre sus papeles</p> <p>El médico toma un recetario y comienza a dibujar una escalerita. No mira a nadie. La paciente y su tío</p>	<p>Su actitud es de tensión y nerviosismo. Al médico se lo percibe tenso (no mira a nadie), no así a la psicóloga.</p> <p>Se percibe cierta tensión tanto en la paciente como en su tío. La paciente se ve angustiada y su tío serio.</p> <p>Se percibe en la paciente y su tío una cierta tensión por lo que están escuchando. Se sonríe al escuchar que no es cáncer</p>

<p>tintos nombres, carcinoma ductal, cáncer de mama...</p> <p>Ps: ¿Hasta ahora bien?</p> <p>D: Nosotros podemos hacer algo... Nosotros hemos observado, si este es la mama, con sus conductos, que en ellos tiene algunos nódulos en ellos. Hay varias formas de tratar esto, nosotros te vamos a ofrecer ahora una mastectomía... Con este procedimiento le sacamos los nódulos.</p> <p>F: Dr. Perdón...</p> <p>P: Esto puede ser porque dormía boca abajo y me dolía...</p> <p>D: puede ser... a veces tiene síntomas y otras no, lo que te pasaba puede tener que ver. Ahora, ningún procedimiento asegura la curación. Vas a tener que realizar controles toda tu vida. Primero cada tres meses, después cada cuatro y después cada seis.</p> <p>P: Dr. Es como que soy propensa a...</p> <p>D: Estas condenada a controlarte por el resto de tu vida.</p> <p>P: ¿Cuándo es?</p> <p>D: Primero hay toda una serie de pasos a realizar...</p> <p>P: Bueno Doc. ¿Qué pasos vamos a seguir?</p> <p>D: Primero hay que hacer unos análisis de sangre, y si todo esta bien, le voy a pedir que consiga material descartable. Y ahí fijamos una fecha.</p> <p>F: ¿si ya tiene el material le da la fecha?</p> <p>Ps: ¿Pregunta por algún temor?</p> <p>F: ... es joven... ¿se va a morir? ... la mamá está en Perú.</p> <p>D: No se va a morir, o por lo menos no tiene por qué morirse de esto.</p> <p>F: ¿Por qué se ocasiona esta enfermedad?</p> <p>D: son células malignas que comienzan a reproducirse desmedidamente...</p> <p>P: Es hereditario, de familia...</p> <p>D: No, no es hereditario... pero puede ser un gran factor de riesgo...</p> <p>Ps: ¿Por qué pregunta?</p> <p>F: Porque una tía y una abuela se murieron de cáncer de mama, y todo por no ir al médico</p> <p>Ps: ¿vos vivís acá?</p> <p>P: Sí, pero me quería ir a ver a mi hijo, que esta en Perú... pero ahora con el tratamiento no me puedo ir.</p> <p>D: no se quede embarazada...</p> <p>P: yo quiero ligarme, no tener mas hijos</p> <p>D: eso es ilegal acá... ¿por qué ligarse si hay métodos anticonceptivos?</p> <p>Ps: Acá hay un servicio de información para métodos anticonceptivos, que se llama planificación familiar</p> <p>P: si, vengo de ahí, ya lo conozco.</p> <p>D: Por favor no se embarace.</p> <p>Ps: ¿Cómo te sentís?</p> <p>P: yo sabía que algo estaba mal, lo charle con mi tío...</p> <p>Ps: ¿Alguna pregunta el tío?</p> <p>F: Primero la salud, que tu mama traiga a tu hijo y listo</p> <p>D: ¿Qué pasa si no te tratas?</p> <p>P: Me voy a morir por cáncer</p> <p>F: yo la agarro de los pelos y la traigo.</p> <p>D: y cuando te curas, ¿qué pasa?</p> <p>P: esperar...</p> <p>D: NO, controlarse.</p> <p>F: Sí, cuantas mujeres se mueren por cáncer por descuido.</p>	<p>se acercan para poder ver. La paciente y su tío asienten.</p> <p>La paciente escucha con suma atención, no dice nada. Tiene entre las manos un juego de llaves. El tío está cruzado de brazos, sentado en la punta del sillón, sin decir nada. El médico saca nuevamente un papel y dibuja un gráfico circular que reproduce la mama con sus nódulos.</p> <p>El médico no escucha al tío. Continúa hablando sin respiro.El médico no mira a la paciente, mira la hoja. La psicóloga no interviene. El tío mira con atención.</p> <p>La paciente baja por segundos la cabeza.</p> <p>El tío sonríe con alivio.</p> <p>La paciente no responde, se ríe...</p> <p>La paciente se ve aliviada.</p> <p>En un tono risueño...Todos se ríen, y el médico entrega los papeles a la paciente. Se pone de pie, estira la mano al tío. Y se saluda con la paciente. Ambos saludan a la psicóloga con un apretón de manos.</p>	<p>El médico contesta en un tono paternalista y casi agresivo.</p>
---	---	--

<p>P: A veces tienen miedo de venir a médico. F: Es mejor saber qué pasa... Puede tomar cerveza? D: Si se cuida después... F: Pero tampoco picada... picante... D: Estuve bien, ¿no?... D: Quedamos amigos, ¿no?</p>		
---	--	--

3º DEVOLUCIÓN

Paciente de 28 años; Diagnóstico: CM inflamatorio. Concurre con madre, hermana, cuñado y sobrina.

COMUNICACIÓN VERBAL	COMUNICACIÓN NO VERBAL	OBSERVACIONES
<p>Referencias: P: paciente Ps: psicóloga D: doctor Ma: Madre C: Cuñado Ha: Hermana</p> <p>D: Hola. Yo soy el Dr. X...la Licenciada M... P: ¡Qué tal! Ma: Buenos días Ps.: Hola, ¿quienes son? P: Mi mama, mi hermana, mi cuñado... Ps: ¿Y ella? P: Mi sobrinita D: ¿Tenés hijos? P: Si cuatro y tengo novio. D: Y tu pareja no pudo venir P: No, vió como son los hombres... D: Bueno, si estamos acá es porque algo pasa... Ps.: sí... D: Bueno, algo pasa. Si dibujamos una escalera, y abajo esta la salud y al final está el cáncer... la escalerita ya la comenzo a recorrer... P: Ya me imaginaba. Ma: ¿Hay un tratamiento? D: Nosotros podemos hacer algo... Lo que vos tenés lo podes escuchar con distintos nombres, cáncer de mama, cáncer de mama inflamatorio... no me pongas esa carita... Nosotros hemos observado, si este es la mama que esta inflamada y roja, que en los ganglios de las axilas también tenés enfermedad. Hay varias formas de tratar esto, nosotros te vamos a ofrecer ahora una cirugía, una mastectomía... Es con anestesia. Ps: ¿Hasta ahora bien? D: Nada asegura que no se repita. Vas a tener que controlarte toda la vida. Y si vos no venís, nosotros no vamos a tu casa buscarte. P: Si obvio,... una enfermedad hace pensar en los hijos. Yo soy dependiente pero no les quería decir. Tengo que trabajar, yo soy la que mantiene mi casa. Tengo que tratarme por mis hijos y por mi... que sea lo que Dios quiera... D: Sí pero a Dios hay que ayudarlo. Ma: Veníamos esperando lo peor... Ps: ¿Como viniste? P: Vine a planificación familiar, y comenté que me dolía la mama... en un primer momento pensé que estaba mas pechugona...y me mandaron a hacerme una mamografía. D: ¿Qué pasa si no te tratas?</p>	<p>La paciente se sienta en la punta del sillón, enfrente al doctor y enfrentada diagonalmente a la psicóloga. El cuñado, la hermana y sobrina se sientan diagonalmente al médico y a la psicóloga. La madre se sienta alado de la psicóloga, enfrentada diagonalmente al médico. Se forma una disposición circular. No hay elementos (escritorios) en el medio.</p> <p>El médico comienza a hablar y presenta a la psicóloga. No hay contacto corporal</p> <p>La paciente esta angustiada.</p> <p>El médico toma un recetario y comienza a dibujar una escalerita. No mira a nadie. La paciente y sus familiares escuchan atentamente, pero sin mirar al doctor. Al escuchar que es cáncer los familiares comienzan a mirar al médico.</p> <p>La paciente al escuchar los nombres hace caras como que no entiende esos nombres. El doctor comienza a dibujar el pecho femenino. El médico no mira a la paciente, mira la hoja. La paciente se sienta más en el borde del sillón. La paciente llora.</p> <p>La paciente sonríe.</p> <p>La paciente habla entre lágrimas, dirigiéndose a la psicóloga.</p> <p>La paciente no puede decir la palabra cáncer.</p>	<p>Se percibe una gran angustia y tensión en el ambiente.</p> <p>El médico no da lugar a la psicóloga</p> <p>La familia esta inquieta.</p>

<p>P: Me interno,... me agarra cáncer terminal... D: Si, les dimos una mala noticia, pero igual tenés que festejar... nosotros lo sabemos tratar... P: ¿Quién es el médico tratante? D: Trabajamos en equipo, si yo no estoy va a estar la doctora Y, o el doctor Z... Ps: Alguien tiene alguna duda, algo que comentar... D: Bueno, acá tenes las recetas para hacerte los análisis... no me vendas, puse la fecha antes así te los hacen mas rápido... también vas a necesitar entre 50 y 100 pesos para comprar el material descartable, que después te vamos a decir donde...Por falta de dinero no vas a dejar de operarte, no te preocupes... cuando llegue el momento nos avisas y vemos como hacemos. P: Los anticonceptivos, ¿tengo que tomarlos? D: Te lo voy a decir así, no te embaraces. Ps: Bueno, algo más quieren preguntar, o decir.. P: Sinceramente odio a las psicólogos, yo siempre digo que un amigo te escucha y te aconseja igual que un psicólogo Ps: es respetable... pero porque hayas tenido un mal novio no quiere decir que todos los hombres sean malos... ¿alguna otra cosa más? C: Tumor no existe, ¿no? Porque una amiga de las chicas dijo que todas las mujeres tienen tumores, que ella tiene uno y no pasa nada. D: Mmm... hay gente que entiende un tumor como cáncer, otra que por tumor entiende fibroma, que es benigno.... hay que ver de que se esta hablando. Cualquier moretón es un tumor, porque todo lo que ocupa espacio es un tumor... no se a que se refiere.... H: No hay que escuchar a los de afuera... Ps: Claro, no hay que prestar atención a lo que la gente puede decir. Cada caso es único y especial, y no todo se aplica a todo el mundo. Hay que escuchar lo que dice el médico y después preguntar todo lo que se quiera a él... D: Nosotros sabemos lo que hacemos y te podemos curar... ahora si te veo en el pasillo no me digas soy tal, porque no me voy acordar de vos, decime la palabra clave, vengo a hacerme una mastectomía... Bueno entonces ¿qué pasa si no te tratas? P: Soy consciente, tengo 4 hijos. Tengo que seguir tratándome y hacerme los controles. Ma: Gracias por todo...</p>	<p>El médico comienza a escribir las órdenes médicas, no atendiendo a las posibles preguntas.</p> <p>La paciente se toma la cabeza.</p> <p>La paciente sonríe...</p> <p>El cuñado se pone de pie, y se acerca al médico.</p> <p>La madre también se para.</p> <p>La sobrinita llora en brazos de su madre.</p> <p>El médico entrega los papeles de pie. Todos se retiran con un "adiós". La madre saluda con un beso.</p>	<p>La paciente se vuelve a angustiarse.</p>
--	---	---

4º DEVOLUCIÓN

Paciente de 18 años; Diagnóstico: Nódulo de Mama - CM . Concorre con su hijo y una señora del hogar donde vive.

COMUNICACIÓN VERBAL	COMUNICACIÓN NO VERBAL	
<p>Referencias: P: paciente Ps: psicóloga D: doctor H: Hogar</p> <p>D: Hola "X"... tardaste en entrar porque llegaste tarde y habían otros pacientes... P: ¡Qué tal! H: Buenos días D: Bueno, si estamos acá es porque algo pasa... Si dibujamos una escalerita, con algunos escaloncitos... y en la base esta la salud y al final está el cáncer...la escalerita ya la empezaste a recorrer...</p>	<p>Se forma una disposición circular. No hay elementos (escritorios) en el medio.</p> <p>El médico comienza a hablar y no presenta a la psicóloga. No hay contacto corporal. La paciente se sonríe. Coloca a su hijo siempre en su falda, como "barrera". El médico lee los papeles.El médico toma un recetario y comienza a dibujar una escalerita. No mira a nadie. La paciente no mira...La acompañante toma nota.</p>	

<p>P: A los 15 me dijeron que tenía un nódulito, pero me dijeron que no era nada...</p> <p>D: El nódulito hay que sacarlo... así no avanza pero el inconveniente es que puede volver a aparecer... Te tenemos que hacer una cirugía conservadora y evaluar los ganglios de la axila. La enfermedad esta en una zona donde no podemos tener muchos resultados estéticos. Hay que tomar un poco de piel para ver si tiene que ver con el nódulo. Si o si hay que hacer rayos, la molestia de venir todos los días, en el aparato estas dos minutos. Vos por suerte tenés la opción operable. Hay que sacar el nódulo y piel de alrededor. El principal tratamiento es el quirúrgico.</p> <p>H: No se termina de curar del todo...</p> <p>D: Por eso hay que controlarse...</p> <p>P: Bueno vemos...</p> <p>D: Qué vemos?... P: yo me voy a Santiago... y ya me llega la plata para los pasajes, y si no los saco, me gasto la plata...</p> <p>Ps: Bueno, pero en el hogar seguro te la pueden guardar...</p> <p>D: a mi me enseñaron a cuidar tus problemas de salud, no los del bolsillo, o los de familia...</p> <p>Ps: ¿quién te espera en Santiago?</p> <p>P: Mi familia..</p> <p>Ps: Y acá?</p> <p>P: Vine a los 15 con mi viejo, por una pelea con mi mamá... pero al año de estar acá me agarró el juzgado, me junte con mi pareja y fui al hogar...</p> <p>D: y tu pareja?</p> <p>P: Viene conmigo...</p> <p>H: El había tenido una enfermedad importante....</p> <p>P: yo quiero irme curada... si no, no se...</p> <p>D: Que pasa sino te tratas?</p> <p>P: ... me voy a enfermar...</p>	<p>La paciente mira para abajo o juega con su niño. La acompañante la mira. No contesta.</p> <p>La acompañante asiente.</p> <p>El medico se coloca en actitud paternalista.</p> <p>La paciente juega con su hijo...</p> <p>El medico comienza con el papeleo. La paciente se levanta para irse, se pone la mochila....</p> <p>El médico suspira... se dicen adiós y se van del consultorio. No hay contacto corporal. La acompañante no se despiden.</p>	
--	--	--

CUADRO: HOLDING

	UD. – VOS (a)	ANSIEDAD (b)	ANGUSTIA (c)	ALIVIO (d)	RTAS A PREGUNTAS DEL P (e)	EXPRESIÓN EMOCIONAL (f)
D1	D: Bueno señora, si la llamamos F: doctor, yo hago hincapié, sin pasar por su inversión...	F: y...creíamos que esto era cáncer terminal, que nos iban a decir algo peor F: ¿podemos ayudar en algo? ¿Hacer estudios en forma privada? F: Todos los psicólogos tendrían que decir las cosas crudamente. Si a uno le duele el canino, atacan el molar.... El psicólogo tendría que decir las cosas como son. Estamos muy contentos por lo que dijo el doctor y yo la noto a mi mujer contenida por ustedes...y la verdad es que yo estaba muy preocupado. P: estuvieron muy simpáticos y muy claros, en lo que sea, vamos a ayudar P: sí, yo estaba muy nerviosa	P: La semana pasada cuando me dijeron que tenía que venir acompañada, esos días no podía dormir, me sentía intranquila, muy preocupada. Pensé que iba a ser algo más, algo más grave... P: a veces me siento como si me faltara el aire... Ps.: es que todo esto genera mucha ansiedad P: sí, yo estaba muy nerviosa	Ps: ¿Cómo se siente ahora... P: me siento más tranquila ahora.	P: ¿Tengo cáncer? D: Lo que usted tiene se llama cáncer de mama F: ¿aún sacando toda la mama puede repetirse? D: exacto...generalmente es suficiente, F: Doctor, ¿puedo hacer una acotación? D: sí, por supuesto	D: a mi me da miedo parecer pedante, pero acá sabemos lo que hacemos P: a veces me siento como si me faltara el aire... P: sí, yo estaba muy nerviosa
D2	D: Ud. es.... D: ¿Tenés hijos? D: Lo que usted tiene...	P: yo sabía que algo estaba mal, lo charle con mi tío... P: A veces tienen miedo de venir a médico.	D: Bueno, algo pasa. P: Ya me imaginaba. La paciente no responde, se ríe... P: yo sabía que algo estaba mal, lo charle con mi tío...	El tío sonríe con alivio	El médico no escucha al tío. Continúa hablando sin respiro.	F: ... es joven... ¿se va a morir? ... la mamá está en Perú.
D3	D: Tenés hijos? D: no me pongas esa carita...	P: Ya me imaginaba. P: Si obvio... una enfermedad hace pensar en los hijos. Yo soy dependiente pero no les quería decir. Tengo que trabajar, yo soy la que mantiene mi casa. Tengo que tratarme por mis hijos y por mí... que sea lo que Dios quiera... D: Sí pero a Dios hay que ayudarlo. Ma: Veníamos esperando lo peor...	Ma: Veníamos esperando lo peor... La paciente habla entre lágrimas D: ...no me pongas esa carita... La paciente llora. La paciente se toma la cabeza	Ma: Gracias por todo... La paciente sonríe.	Ma: ¿Hay un tratamiento? D: Nosotros podemos hacer algo... P: Los anticonceptivos, ¿tengo que tomarlos? D: Te lo voy a decir así, no te embaraces.	P: No, vio como son los hombres... P: Sinceramente odio a las psicólogas...
D4	D: la escalerita ya la empezaste a recorrer...	P: Bueno vemos... D: ¿Qué vemos?... P: yo quiero irme curada... si no, no se...	La paciente mira para abajo o juega con su niño. La acompañante la mira. No contesta La paciente se sonríe. La acompañante asiente.		No hay preguntas por parte de la paciente o de su acompañante.	P: Bueno vemos... D: ¿Qué vemos?... D: ¿Qué vemos?...

CUADRO: ACUERDO

	PAUTAS DE TRATAMIENTO (g)	VISION DE EQUIPO (h)	PREDISPOSICIÓN/AACCIÓN (i)	PUNTUACION (j)
D1	F: y ¿Cada cuánto? D: nosotros vamos a ir diciéndole cada cuanto se tiene que controlar. D: quiero que venga para hacerle el estudio que está faltando	D: Bueno señora, si la llamamos es porque algo no anda bien...	F: vamos a cumplir con todos los controles a raja tabla. Doctor, ¿puedo hacer una acotación? D: sí, por supuesto F: ¿podemos ayudar en algo? ¿Hacer estudios en forma privada? P: estuvieron muy simpáticos y muy claros, en lo que sea, vamos a ayudar	D: Buenos días. Yo soy el Dr. X...la Licenciada M... F: doctor, yo hago hincapié, sin pasar por su investidura...
D2	D: ¿Que pasa si no te tratas? P: Me voy a morir por cáncer F: yo la agarro de los pelos y la traigo. D: y cuando te curas que pasa? P: esperar... D: NO, controlarse. F: Sí, cuantas mujeres se mueren por cáncer por descuido. P: A veces tienen miedo de venir a médico.	D: Nosotros podemos hacer algo... Nosotros hemos observado P: Bueno Doc. ¿Qué pasos vamos a seguir?	P: Bueno Doc. ¿Qué pasos vamos a seguir? D: Primero hay que hacer unos análisis de sangre, y si todo esta bien, le voy a pedir que consiga material descartable. Y ahí fijamos una fecha. F: ¿si ya tiene el material le da la fecha?	D: Buenos días. Yo soy el Dr. X...la Licenciada C... El médico no escucha al tío.
D3	D: Nada asegura que no se repita. Vas a tener que controlarte toda la vida. Y si vos no venís, nosotros no vamos a tu casa buscarte. P: Los anticonceptivos, ¿tengo que tomarlos? D: Te lo voy a decir así, no te embaraces. P: Soy consciente, tengo 4 hijos. Tengo que seguir tratándome y hacerme los controles. Ma: Gracias por todo...	D: Nosotros podemos hacer algo... D: Hay varias formas de tratar esto, nosotros te vamos a ofrecer ahora una cirugía, una mastectomía... D: ... nosotros lo sabemos tratar... D: D: Trabajamos en equipo, si yo no estoy va a estar la doctora Y, o el doctor Z...	Ma: ¿Hay un tratamiento? D: Bueno, acá tenés las recetas para hacerte los análisis... no me vendas, puse la fecha antes así te los hacen mas rápido... también vas a necesitar entre 50 y 100 pesos para comprar el material descartable, que después te vamos a decir donde...	D: Hola. Yo soy el Dr. X...la Licenciada M... La paciente habla entre lágrimas, dirigiéndose a la psicóloga. El médico entrega los papeles de pie.
D4	P: Bueno vemos... D: ¿Qué vemos?... P: yo quieroirme curada... si no, no se...	D: Te tenemos que hacer una cirugía conservadora	D: Vos por suerte tenés la opción operable. Hay que sacar el nódulo y piel de alrededor. El principal tratamiento es el quirúrgico. H: No se termina de curar del todo... D: Por eso hay que controlarse... P: Bueno vemos... P: yo quieroirme curada... si no, no se...	D: Hola "X"... tardaste en entrar porque llegaste tarde. El no presenta a la psicóloga.

CUADRO: INFORMACIÓN

	INFORMACION DIAGNOSTICA (1)	INFORMACION TERAPEUTICA (2)	GRAFICOS (3)
D1	D: Nosotros sabemos que la enfermedad recorre una escalerita, donde aquí abajo implica estar sano, y aquí arriba, el cáncer... D: Lo que usted tiene se llama cáncer de mama...en fin, si escucha algún nombre que nunca escuchó, es su enfermedad. Pero así como hay muchos nombres, hay muchos tratamientos...	D: que le vamos a proponer se llama mastectomía. En este procedimiento le sacamos esta parte de la mama. Esto tiene un inconveniente...la enfermedad puede repetirse. D: generalmente es suficiente, pero por eso hay que controlarse permanentemente después de la intervención. Es decir, lo que nosotros le proponemos es el tratamiento junto con el control. D: nosotros vamos a ir diciéndole cada cuanto se tiene que controlar.	El médico toma un recetario y comienza a dibujar una escalerita. El médico saca nuevamente un papel y dibuja un gráfico circular que reproduce la mama.
D2	D: Si dibujamos una escalerita, y en la base esta la salud y al final está el cáncer... la escalerita ya la comenzó a recorrer... D: Lo que usted tiene lo puede escuchar con distintos nombres, carcinoma ductal, cáncer de mama...	D: Nosotros podemos hacer algo... Nosotros hemos observado, si este es la mama, con sus conductos, que en ellos tiene algunos nódulos en ellos. Hay varias formas de tratar esto, nosotros te vamos a ofrecer ahora una mastectomía... Con este procedimiento le sacamos los nódulos. D: Primero hay que hacer unos análisis de sangre, y si todo esta bien, le voy a pedir que consiga material descartable. Y ahí fijamos una fecha.	El médico toma un recetario y comienza a dibujar una escalerita. El médico saca nuevamente un papel y dibuja un gráfico circular que reproduce la mama con sus nódulos.
D3	D: Bueno, algo pasa. Si dibujamos una escalera y abajo esta la salud y al final está el cáncer... la escalerita ya la comenzó a recorrer... D: Nosotros podemos hacer algo... Lo que vos tenés lo podes escuchar con distintos nombres, cáncer de mama, cáncer de mama inflamatorio... no me pongas esa carita... Nosotros hemos observado, si este es la mama que esta inflamada y roja, que en los ganglios de las axilas también tenés enfermedad.	D: Hay varias formas de tratar esto, nosotros te vamos a ofrecer ahora una cirugía, una mastectomía... Es con anestesia. D: Nada asegura que no se repita. Vas a tener que controlarte toda la vida. Y si vos no venís, nosotros no vamos a tu casa buscarte.	El médico toma un recetario y comienza a dibujar una escalerita. El doctor comienza a dibujar el pecho femenino.
D4	D: Bueno, si estamos acá es porque algo pasa...Si dibujamos una escalerita, con algunos escaloncitos... y en la base esta la salud y al final está el cáncer...la escalerita ya la empezaste a recorrer...	D: El nodulito hay que sacarlo... así no avanza pero el inconveniente es que puede volver a aparecer... te tenemos que hacer una cirugía conservadora y evaluar los ganglios de la axila. La enfermedad esta en una zona donde no podemos tener muchos resultados estéticos. Hay que tomar un poco de piel para ver si tiene que ver con el nódulo. Si o si hay que hacer rayos, la molestia de venir todos los días, en el aparato estas dos minutos. Vos por suerte tenés la opción operable. Hay que sacar el nódulo y piel de alrededor. El principal tratamiento es el quirúrgico.	El médico toma un recetario y comienza a dibujar una escalerita.

CUADRO: MITOS Y CREENCIAS

	REF. A LA ENFERMEDAD (4)	FANTASIAS (5)
D1	<p>D: Bueno señora, si la llamamos es porque algo no anda bien...</p> <p>D: Nosotros sabemos que la enfermedad recorre una escalerita, donde aquí abajo implica estar sano, y aquí arriba, el cáncer...</p> <p>P: ¿Tengo cáncer?</p> <p>D: Lo que usted tiene se llama cáncer de mama...en fin, si escucha algún nombre que nunca escuchó, es su enfermedad.</p> <p>F: doctora, la verdad es que nosotros esperábamos algo peor</p>	<p>P: ¿Tengo cáncer?</p> <p>F: ¿aún sacando toda la mama puede repetirse?</p> <p>F: ¿no va a hacer quimioterapia?</p> <p>F: como constructor uno cuando tiene un problema en las bases del edificio tiene que suplantar la viga o facilitar la ruptura de la viga...no sé si soy claro</p> <p>F: extirpar una parte para no dejar que se despierte el cáncer</p> <p>F: y...creíamos que esto era cáncer terminal, que nos iban a decir algo peor</p> <p>F: el cáncer es como un tabú, que cuando se despierta es como una erupción volcánica... Yo tengo el ejemplo de mis padres, mi papá murió de cáncer de esófago.</p>
D2	<p>D: Lo que usted tiene lo puede escuchar con distintos nombres, carcinoma ductal, cáncer de mama...</p> <p>P: Me voy a morir por cáncer</p>	<p>F: ... es joven... ¿se va a morir? ... la mamá está en Perú.</p> <p>F: ¿Por qué se ocasiona esta enfermedad?</p> <p>P: Es hereditario, de familia...</p> <p>F: Sí, cuantas mujeres se mueren por cáncer por descuido.</p>
D3	<p>D: Bueno, si estamos acá es porque algo pasa...</p> <p>D: Lo que vos tenés lo puedes escuchar con distintos nombres, cáncer de mama, cáncer de mama inflamatorio...</p> <p>P: Si obvio,... una enfermedad hace pensar</p> <p>P: Me interno,... me agarra cáncer terminal...</p>	<p>Ma: Veníamos esperando lo peor...</p> <p>C: Tumor no existe, ¿no? Porque una amiga de las chicas dijo que todas las mujeres tienen tumores, que ella tiene uno y no pasa nada.</p> <p>D:... no me pongas esa carita...</p>
D4	<p>D: Bueno, si estamos acá es porque algo pasa</p> <p>D: El nodulito hay que sacarlo...</p>	<p>P: A los 15 me dijeron que tenía un nodulito, pero me dijeron que no era nada...</p>

CUADRO: COMUNICACIÓN NO VERBAL

	SALUDO (6)	MIRADAS (7)	POSTURAS (8)	USO DE BARRERAS (9)	USO DEL ESPACIO (10)
D1	<p>Se da un apretón de manos entre el médico y el marido de la paciente.</p> <p>Se despiden con un apretón de manos.</p> <p>Las mujeres con un beso.</p>	<p>El médico no mira a nadie</p> <p>El médico no mira a la paciente, mira la hoja.</p> <p>El marido mira para abajo.</p>	<p>Se sienta en la punta del sillón, enfrentada diagonalmente al doctor y enfrente a la psicóloga.</p> <p>La paciente está cruzada de brazos. El marido está sentado en la punta del sillón.</p>	<p>El médico saca nuevamente un papel y dibuja un gráfico circular que reproduce la mama.</p>	<p>Se sienta en la punta del sillón, enfrentada diagonalmente al doctor y enfrente a la psicóloga.</p> <p>El hombre se sienta enfrente del médico y en diagonal a la psicóloga.</p> <p>Se forma una disposición circular. No hay elementos (escritorios) en el medio.</p>
D2	<p>No hay contacto corporal.</p> <p>Ambos saludan a la psicóloga con un apretón de manos.</p>	<p>El médico no mira a nadie</p> <p>El médico no mira a la paciente, mira la hoja.</p>	<p>Se sienta en la punta del sillón,</p> <p>El tío está cruzado de brazos, sentado en la punta del sillón.</p>	<p>Tiene entre las manos un juego de llaves.</p> <p>El médico toma un recetario y comienza a dibujar una escalerita.</p>	<p>Se sienta en la punta del sillón, enfrentada al doctor y enfrente diagonalmente a la psicóloga.</p> <p>El hombre se sienta diagonalmente al médico y en frente a la psicóloga.</p> <p>Se forma una disposición circular. No hay elementos (escritorios) en el medio.</p>
D3	<p>No hay contacto corporal.</p>	<p>El médico no mira a nadie.</p> <p>La paciente y sus familiares escuchan atentamente, pero sin mirar al doctor.</p> <p>Al escuchar que es cáncer los familiares comienzan a mirar al médico.</p>	<p>La paciente se sienta más en el borde del sillón</p> <p>El cuñado se pone de pie, y se acerca al médico.</p> <p>La madre también se para.</p>	<p>El médico comienza a escribir las órdenes médicas.</p>	<p>La paciente se sienta en la punta del sillón, enfrente al doctor y enfrentada diagonalmente a la psicóloga.</p> <p>El cuñado, la hermana y sobrina se sientan diagonalmente al médico y a la psicóloga.</p> <p>La madre se sienta alado de la psicóloga, enfrentada diagonalmente al médico.</p> <p>Se forma una disposición circular. No hay elementos (escritorios) en el medio.</p>
D4	<p>El médico suspira... se dicen adiós y se van del consultorio.</p> <p>No hay contacto corporal. La acompañante no se despiden.</p>	<p>No mira a nadie. La paciente no mira...</p> <p>La paciente mira para abajo o juega con su niño. La acompañante la mira.</p>		<p>Coloca a su hijo siempre en su falda, como "barrera". El médico lee los papeles.</p>	<p>Se forma una disposición circular. No hay elementos (escritorios) en el medio.</p>