

Terapia cognitiva para trastornos psicológicos asociados a enfermedades físicas crónicas.

Beatriz Gómez (*)
Fundación AIGLE

Implicancia psicosociales de la enfermedad crónica

Las personas con enfermedades crónicas (EC) enfrentan el desafío de convivir con un problema de por vida, que afecta en diferente medida, múltiples sistemas corporales y una amplia variedad de funciones físicas y sociales. La enfermedad es un proceso dinámico que se desenvuelve a través del tiempo y por lo tanto requiere un importante ajuste psicológico a lo largo de toda su trayectoria. Son muchos los factores que pueden producir sufrimiento en las personas enfermas, porque supone una amenaza a los recursos y características personales valoradas. El malestar incide a su vez en la capacidad de hacer frente a cada uno de estos factores, dando lugar a una sensación de pérdida de control sobre la propia vida.

Existen diferencias importantes entre las distintas enfermedades, tanto en sus características físicas como en sus alcances para la vida, los abordajes médicos y la consideración social que reciben. La mayoría de ellas comparten cinco características biológicas importantes (Leventhal et al., 2004).

- 1) Son sistémicas, es decir, afectan múltiples sistemas corporales y una amplia variedad de funciones físicas y sociales.
- 2) Son problemas de por vida, esto es, se desarrollan a lo largo de muchos años, aunque la mayoría se hace visible clínicamente en una edad tardía.
- 3) Pueden ser controladas, pero pocas pueden curarse.
- 4) Muchas, aunque no todas, tienen un carácter insidioso, esto es, afectan gradualmente una amplia gama de actividades vitales.
- 5) Muchas se caracterizan por ser relativamente silenciosas, alternando fases tónicas con episodios severos y complicaciones dramáticas.

El manejo de la EC se caracteriza habitualmente por una fuerte carga de responsabilidades referidas a los tratamientos, cambios en el estilo de vida y conductas para prevenir complicaciones a largo plazo. A pesar de estos esfuerzos, se instala, casi inevitablemente, un sentimiento de incertidumbre sobre el futuro, incluyendo muchas veces el temor a la muerte, que impacta fuertemente en la autoestima de las personas afectadas.

Para comprender el padecimiento de cada persona es fundamental considerar el significado personal de los síntomas y las consecuencias de la enfermedad. A su vez, estas enfermedades se desenvuelven en un contexto de significados culturales y en estructuras institucionales, En este sentido es necesario tener en cuenta también el grado de acuerdo entre los pacientes y el equipo médico o sus familiares en la representación de la enfermedad y sus tratamientos, como posibles fuentes de conflicto y perturbación.

Bases cognitivas del abordaje psicoterapéutico

Un abordaje cognitivo parte de considerar a los seres humanos como sujetos procesadores de información. Esto significa que las personas codifican, almacenan y recuperan información tanto intelectual, como emocional y valorativamente, con el fin de dar sentido y coherencia al mundo en que viven. La posibilidad de dar sentido a la experiencia equivale a desarrollar una identidad, y ello significa disponer de una serie de recursos que permitan autoorganizar la experiencia, contar con los elementos que faciliten enfrentar las nuevas situaciones, y planear un futuro de acuerdo con el guion de vida personal.

La información que está en juego en los casos de EC es amenazante y compleja, poniendo en crisis los principios básicos acerca del sí mismo, particularmente, los que sostienen un sentimiento de autovaloración, predictibilidad y control del mundo. La información que ingresa al sistema mental suele ser completamente disonante con el programa preexistente, creando una discontinuidad en la historia personal. La vida deja de ser lo que se esperaba y, en esta brecha, se activan emociones negativas. Considerando *que cada persona opera como un experto que investiga la realidad con el ánimo de encontrar la mejor manera de situarse en ella y llevar a cabo el cumplimiento de algún*

proyecto personal (Fernández-Álvarez, 2003, pp. 237), el malestar asociado a la enfermedad crónica será mayor si la enfermedad representa una amenaza para el funcionamiento físico o mental, y para los planes de vida centrales de la persona. La forma en que los pacientes afrontan estas emociones puede afectar no solo la adaptación a la enfermedad, sino contribuir a la instalación de un trastorno emocional. La prevalencia de ansiedad, depresión y otros trastornos psicológicos es entre dos y cuatro veces superior en este grupo que en la población general (Sperry, 2009). Dependiendo del tipo y estadio de la afección, entre 12% y el 40% de los pacientes padecen alguna forma de trastorno emocional asociado a la enfermedad (Hotopf et al., 2002; Jiang & Xiong, 2011).

La psicoterapia cognitiva se basa en la identificación de metas para la producción de cambios a nivel psicológico y en un diseño riguroso del tratamiento para alcanzar esos objetivos específicos, a través de medios seleccionados en función los recursos ¿Cómo se logran los objetivos? En primer lugar, la terapia cognitiva apunta a producir cambios en las cogniciones, entendida una cognición como una unidad mental que le sirve al ser humano para captar y organizar la realidad. Esto significa que se trabaja con signos que traducen el universo de las representaciones para abordar las creencias y los deseos, es decir los estados mentales que sostienen la experiencia de sufrimiento.

Características de la psicoterapia

Un abordaje cognitivo toma en consideración las complejas interacciones entre pensamientos, emociones y comportamientos y permite establecer una formulación dinámica acerca del problema que experimenta el paciente. Se apoya en una articulación de datos clínicamente relevantes de los tres procesos para establecer cuál será el foco de intervención en cada momento (Horne & Watson, 2011).

En primer lugar el trabajo consiste en establecer una relación terapéutica de confianza y empatía, que permita la construcción de una sólida alianza de trabajo. Sobre esta base la función inicial del terapeuta será comprender lo que le pasa al paciente, y darle forma al modo particular de vivir la enfermedad. El terapeuta *válida* la experiencia del paciente y lo ayuda a expresar sus sentimientos y creencias, es decir favorece las condiciones para

que el consultante “cuente su historia”. Sólo el paciente podrá transmitirle en qué le resulta difícil hacerle frente a su dolencia, qué teme, qué lo desanima o desalienta.

Al mismo tiempo, el profesional necesita saber con qué cuenta el paciente para mejorar su condición a través de un tratamiento psicológico. Esta información le permitirá establecer los alcances y límites de la intervención. Así es que el terapeuta evalúa los recursos de los que dispone el paciente y su contexto. Tanto para comprender el problema como para conocer los recursos, se vale de otros medios tales como las pruebas psicológicas de evaluación o la interconsulta con otros especialistas si lo juzga necesario, tales como asistentes sociales, psiquiatras o terapeutas familiares.

Una vez que ha reunido la información para conocer la situación, el terapeuta dispone de un diagnóstico de situación que le permite establecer un plan dirigido al desarrollo de habilidades de afrontamiento, que sea suficientemente flexible como para adaptarlo a los cambios que puedan suscitarse en función de la enfermedad. En todos los casos acuerda con el paciente tanto los objetivos como los medios para alcanzarlos.

El afrontamiento es el concepto general que describe las estrategias para lidiar con la amenaza. Estas estrategias se activan siempre que existe una brecha entre la extensión de los recursos evaluados por la persona como necesarios para manejar una situación y la de los recursos disponibles (Lazarus & Folkman, 1984). El afrontamiento es evocado cuando esta brecha de recursos es amplia, pero menor que en el caso de la desesperación, frecuentemente caracterizada como desesperanza/indefensión y más que en el caso de un mero desafío, que se experimenta generalmente como “podría manejarlo si lo intento con la fuerza suficiente”. Es importante destacar asimismo que la forma en que los pacientes afrontan sus emociones puede tener efectos adversos respecto de la adherencia al tratamiento y la calidad de vida en general.

La investigación indica que no existe un mecanismo de afrontamiento específico considerado como el mejor, porque la efectividad de la estrategia depende de: a) las características personales y b) la etapa de la enfermedad y los problemas que enfrenta el paciente. Sin embargo, parece justificado asumir que la cantidad y variedad de mecanismos de afrontamiento que una persona tiene a su disposición, constituye una mejor garantía para la adaptación que un mecanismo de afrontamiento específico, más allá de lo eficaz que éste pueda ser (Kreitler, 2003).

Los cinco objetivos más importantes de las intervenciones son: superar la crisis, resolver problemas, psicoeducación para la salud, desarrollar estrategias adaptativas y promover la supervivencia (Kreitler, 2003).

Superar la crisis consiste en ayudar al paciente a través de las fases más difíciles de la enfermedad y el proceso del tratamiento. Es una especie de “primeros auxilios psicológicos” y supone aplicar una variedad de procedimientos orientados a resolver la situación de emergencia específica (por ej: el impacto debido a la revelación del diagnóstico o el descubrimiento de la recurrencia de la enfermedad, intentos suicidas, abandono del tratamiento). El estrés, la intensidad emocional de las reacciones, el miedo intenso, la sensación de no poder continuar o sentirse abatido, son algunas de las características de la crisis. La resolución satisfactoria de la crisis puede ayudar a prevenir reacciones de estrés tardías y trastornos de adaptación, trastornos por estrés postraumático y nuevas crisis.

La *resolución de problemas* es diseñada para ayudar al paciente a resolver situaciones típicas de la enfermedad –o del tratamiento- tales como decidir si comunicar ciertas noticias a otros y cómo hacerlo (por ej.:padres, parejas, hijos, colegas del trabajo), o si continuar trabajando durante el tratamiento. Algunos de los problemas de los pacientes pueden existir desde antes de la enfermedad, pero se exacerban durante la misma (por ej.: tensiones familiares vinculadas a conductas de la pareja o finanzas).

La *psicoeducación* para la salud es diseñada para proveer al paciente de información y habilidades que le permitan un óptimo uso de los recursos y servicios médicos y minimizar al mismo tiempo dificultades evitables. También incluye habilidades para obtener y evaluar la información médica, asistencia para clarificar errores de percepción o desinformación y sugerencias para mejorar la comunicación médico-paciente.

Las *estrategias adaptativas* están dirigidas a reducir lo máximo posible el malestar psicológico durante el curso del tratamiento o períodos de remisión, controlando la ansiedad y depresión a largo plazo; reducir sentimientos de soledad, aislamiento y desesperanza; mejorar las habilidades de afrontamiento incrementando el nivel de la calidad de vida y en la medida de lo posible, promover el crecimiento personal.

La *promoción de la supervivencia física* apunta a utilizar los procesos psicológicos para mejorar las posibilidades del paciente de una mayor sobrevida o extender los períodos

libres de enfermedad. Incluye el auto-monitoreo de signos y síntomas para buscar la ayuda adecuada en el momento oportuno y la adhesión a tratamientos. A veces, este objetivo se considera como reforzador del sistema inmunológico del paciente.

Algunas de las técnicas del modelo cognitivo que se aplican en estas condiciones clínicas son: a) el *diálogo socrático*, para alentar al paciente a generar nuevas ideas a través de preguntas tales como: “¿Qué sucedería si...? ¿Me podría contar más cómo fue...?” b) el *automonitoreo de pensamientos y sentimientos*, para identificar distorsión de ideas, tales como evaluar las situaciones en términos de blanco o negro. Por ej.: “Mi familia nunca van a entender mis necesidades” y c) la reorientación de la atención. Cuando ciertos pensamientos dolorosos se instalan en forma de rumiación, se promueve que el paciente pueda dirigir su atención hacia nuevos focos que lo distraigan, para luego retomar esas ideas desde una perspectiva diferente y generar nuevas formas de interpretación y d) la *reatribución*, por la en lugar de autoinculparse por problemas que escapan a su control, los pacientes identifican los diversos factores que contribuyen al problema. Por ej. cuando el paciente dice: “Esta enfermedad se produjo por culpa mía, no debería haber permitido que el estrés afectara tanto mi vida”.

En los últimos años ha surgido un gran interés por el estudio y la aplicación de terapias basadas en la atención plena o Mindfulness en pacientes con enfermedades físicas crónicas. El procedimiento se basa en la necesidad de prestar atención a las interacciones de mente, cuerpo y conducta en los esfuerzos para comprender y tratar la enfermedad. Reúne un conjunto de técnicas dirigidas a la toma de conciencia sin juzgar la experiencia, tanto interna como externa y centrada en el presente. En este proceso, los pensamientos, sentimientos y sensaciones físicas que aparecen en el campo atencional se aceptan tal cual son. Mindfulness aumenta el reconocimiento de los sucesos mentales presentes, una actitud de aceptación de la propia experiencia e introduce un espacio entre la percepción y la respuesta que favorece la reflexión (Lau, 2005). Existen muy diversas formas de meditación, sin embargo, hay un cierto consenso en la distinción de estos dos componentes centrales en Mindfulness: mantener la atención centrada en la experiencia inmediata del presente y una actitud de apertura, sin juicio crítico (Kabat-Zinn, 2004).

En el campo de las enfermedades físicas es especialmente útil para la reducción del estrés al combatir la lucha con los propios sentimientos. El objetivo no es lograr un estado

de relajación aunque puede ser un efecto de la misma, sino promover la comprensión de sí mismo (Kabat-Zinn, 2004) y una actitud de auto-aceptación. Se ha investigado en una variedad de afecciones tales como cáncer, enfermedades cardiovasculares, diabetes fibromialgia, psoriasis, y también en el dolor crónico (Payne, 2011).

Al mismo tiempo que busca aliviar su malestar y lograr una mejor adaptación a la enfermedad, el paciente tendrá el desafío de desarrollar tareas de índole *existencial* (Gómez, 2011), destinadas a la creación de significados que preserven lo máximo posible un sentido de competencia personal, le permitan hacer el duelo por la pérdida de la identidad previa a la enfermedad, y mantener un sentido de continuidad entre el pasado y el futuro. En esta búsqueda, el terapeuta favorecerá la exploración de nuevas perspectivas y posibilidades, lo que lleva muchas veces a rencauzar o poner en marcha proyectos de vida. Esta alternativa supone que la persona confíe en que puede disponer de los recursos personales y sociales para desplegarlos, es decir, de la fuerza para emprender el cambio que se desprende de una nueva visión de las cosas (Fernández-Álvarez, 1992).

La tarea planteada es uno de los mayores desafíos de la enfermedad y se apoya en la inagotable capacidad de la imaginación humana, que permite reorganizar los comportamientos, descubrir valores, y sentirse capaz de liberarse del determinismo de la situación.

Presentación de un caso clínico de enfermedad oncológica

Ernesto, un paciente de 63 años, consultó con marcados síntomas de depresión, después de un diagnóstico de cáncer de próstata. Relataba que en los últimos años, su vida había sido muy difícil porque lo desvincularon de la empresa donde tenía un cargo jerárquico, a raíz de una fusión de empresas. Esto afectó su situación económica considerablemente, incidiendo sobre sus costumbres y actividades, tales como viajar. Le generó adicionalmente una preocupación por su futuro. La relación con su esposa, que nunca había sido muy satisfactoria, desmejoró considerablemente desde entonces. Sus dos hijos ya no vivían con ellos, el mayor residía temporariamente en Brasil por su trabajo y el paciente refería tener una relación más bien distante con el menor, más “aliado” con la

madre. Sus padres habían fallecido, el padre como producto de un cáncer de páncreas. Tenía una hermana menor con quien mantenía una buena relación, aunque poco frecuente.

El diagnóstico le resultaba muy difícil de tolerar. Lo inscribía dentro de una vida en que todo parecía ir mal. Sentía haber envejecido repentinamente y vislumbraba un final a corto plazo, con mucho sufrimiento. Estos pensamientos que se habían vuelto rumiativos sólo empeoraban su estado de ánimo y aislamiento social. Dentro de este contexto, el médico le había indicado dos tratamientos posibles y debía optar por uno de ellos: cirugía o radioterapia. Para cualquiera de los dos, le advirtió que los síntomas secundarios podían ser la incontinencia y la impotencia. Frente a este panorama y con una personalidad con rasgos pasivo dependientes y un estado depresivo co-ocurrente, Ernesto se encontraba desmoralizado y falto de fuerzas para decidir. Cualquiera opción lo conducía al “cadalso”, a la “ignominia” de ser un “enurético impotente”. ¿Cómo elegir en estas condiciones?

Sin embargo, el paciente no parecía haber perdido las ganas de luchar por su salud, aunque se quejaba de su mala suerte y atribuía la enfermedad no sólo a la genética sino también a su malestar en los últimos años, a “no haber vivido bien”. Este estado mental dificultaba el proceso de toma de decisión, ya que se veía envuelto en un círculo de pensamientos negativos. Así es que se veía a sí mismo como “un fracaso”, un “atractor de cosas negativas”. Todo lo cual reforzaba un círculo disfuncional depresivo.

Plan de tratamiento

Dada la situación crítica en el momento de la consulta, por la necesidad de tomar la decisión entre dos tratamientos médicos alternativos, el abordaje psicológico se planificó en dos etapas con objetivos de diferente alcance:

- ✓ *Primera etapa:* El afrontamiento de las consecuencias de la enfermedad y el tratamiento.
- ✓ *Segunda etapa:* La construcción de metas para un período de la vida, que se caracterizaba por un balance de insatisfacción ligado a la desocupación, pérdida económica y problemas de relación con su mujer e hijos.

Para la primera etapa, la duración de la terapia abarcaría el proceso de la toma de decisión y la instrumentación del tratamiento médico. Para la segunda etapa se acordó realizar una nueva evaluación conjunta en función de: a) los resultados de la intervención médica y b) la disposición del paciente en ese momento a continuar la terapia con un nuevo objetivo.

Primera etapa del tratamiento psicológico:

Se describirán las metas e intervenciones centrales de las primeras 6 sesiones del tratamiento hasta la toma de decisión.

El tratamiento apuntó a mejorar el estado de ánimo del paciente para que se sintiera más autoeficaz en la toma de decisión (Bandura, 1977) y contribuir lo máximo posible a la prevención de efectos secundarios del tratamiento médico.

Para Snyder, Irving & Anderson (1991), una evaluación realista y esperanzadora de la amenaza de la enfermedad y la creencia de la habilidad que las personas tienen para afrontar la enfermedad con ayuda de recursos externos (profesionales médicos, otros significativos o información apropiada), están relacionadas con una mejor adaptación social y emocional. Por otra parte, la auto-culpabilización caracterológica y la creencia que los resultados futuros están fuera de control, están relacionados con una pobre adaptación.

Existe abundante evidencia empírica en apoyo de la conveniencia de promover expectativas positivas en los pacientes en estas circunstancias. Así por ejemplo se llevó a cabo una investigación en una clínica en Queensland, Australia. El estudio se publicó bajo el título: *Dispositional optimism as a predictor of men's decision-related distress after localized prostate cancer* (Optimismo disposicional como predictor del malestar en los hombres relacionado con decisiones ligadas al cáncer de próstata localizado) (Steginga y Occhipinti, 2006). Los autores investigaron prospectivamente la relación entre optimismo, la evaluación de la amenaza, búsqueda de apoyo e información, evitación cognitiva y efectos secundarios del tratamiento físico y malestar, relacionado con la decisión acerca del tipo de tratamiento. Se estudiaron 111 hombres con cáncer de próstata localizado. Los pacientes fueron evaluados en el momento del diagnóstico, y a los 2 y 12 meses después del tratamiento. El malestar ligado a la decisión predijo malestar a los 2 y 12 meses y en

cuanto a los efectos secundarios, los síntomas urinarios se asociaron al malestar relacionado con las decisiones 2 meses después del tratamiento. Por otro lado, el optimismo fue un predictor prospectivo significativo de mayor nivel de bienestar. Los autores concluyeron en que es necesario identificar a los hombres con altos niveles de malestar relacionado con decisiones, para la derivación a un apoyo psicológico en el proceso de toma de decisión. Las expectativas de los resultados del tratamiento médico pueden convertirse en un objetivo de la terapia.

Es fundamental ayudar a los paciente a desarrollar esperanza, pero cuidando no favorecer que se sientan “culpables de desesperanza”, es decir, sin descalificar su experiencia de padecimiento. La ayuda consiste en abrir visiones alternativas, ya que fomentar la movilización de los recursos para mejorar la calidad de vida otorga una mayor sensación de dominio.

Las primeras 6 sesiones se desarrollaron de la siguiente manera:

Sesión No. 1:

- Acuerdo de objetivos y plan de la psicoterapia
- Establecimiento de la alianza terapéutica (AT) a través de tres formas de intervención:

a) Validación de la experiencia subjetiva del paciente: malestar, temor, enojo

b) Intervenciones psicoeducativas para normalizar la experiencia de malestar

c) Infundir esperanza en las propias capacidades para afrontar la situación, apelando a recursos implementados en otros momentos críticos de la vida y apuntalando su iniciativa de buscar ayuda psicológica en las circunstancias actuales

- Tarea intersesión: averiguar con su médico de cuánto tiempo disponía para tomar la decisión

Sesión No. 2:

Ernesto lleva a sesión la información que puede esperar el tiempo que necesite para tomar la decisión, apuntando a que sea lo antes posible.

- Fortalecimiento de la AT en el acuerdo de medios: tarea intersesión de escritura
- Fortalecimiento de la autoestima del paciente al compartir con el terapeuta sus habilidades y gusto por la escritura.

- Tarea intersesión: registrar todos los días al final de la jornada, 3 actividades positivas que hubieran tenido lugar durante el día. Se especifica que las cosas positivas pueden ser de diversa índole, tanto pequeñas como grandes, estables como circunstanciales, ligadas a sí mismo o externas, etc. y se le solicita que lleve el registro semanal a la sesión siguiente.

Sesión No. 3:

- Procesamiento de la tarea realizada e intervenciones de resignificación.

A modo de ejemplo, Ernesto escribe uno de los días de la primera semana:

- 1) Salí a comprar el diario y me senté en un café a mimarme con un café y una medialuna
- 2) Me llamó un amigo para ir a tomar un café y otro para cenar la semana que viene. ¿Será verdad que estoy tan solo?
- 3) No dormí la siesta y me sentí mejor

- Análisis de los ítems. Estudio de la índole de las situaciones positivas, focalizando en la propia capacidad de generarlas.
- Continúa tarea intersesión de registrar a la noche actividades positivas.

Sesión No. 4:

- Las reflexiones sobre lo escrito permiten disminuir la tendencia a la generalización. Identifica que no todo “lo malo que le pasa” es de la misma índole ni significa que “él es un fracaso”. Se trabaja en la detección de pensamientos automáticos: “esto es típico de viejo acabado”, “otra cosa más en que me va mal”, “seguro que todo sigue peor”.
- Se trabaja con la tendencia al aislamiento, que Ernesto justifica diciendo: “a nadie le interesa lo que me pasa”. Toma de conciencia de emociones negativas, que lo llevan a alejarse de los demás y concluir que son los otros quienes no se interesan por él.
- Continúa tarea intersesión de registrar a la noche actividades positivas.

Sesión No. 5:

- Registro de mejoría en el estado de ánimo atribuible al esfuerzo del paciente.
- Se trabaja con los registros intersesión y detección de aspectos positivos de la vida, análisis de su propensión a focalizar a la atención en aspectos negativos. Búsqueda de un nuevo balance.

- Resignificación de la enfermedad tendiente a disminuir su cualidad “avergonzante”.
- Reevaluación positiva de sus propios recursos, con un impacto positivo en su autoestima y en la visión del futuro.

Sesión No. 6:

- Ernesto ha mejorado su estado de ánimo y puede focalizar el trabajo en la toma de decisión, evaluando aspectos negativos y positivos de cada opción, lo que da lugar a la elección del tratamiento de radioterapia.
- Detección y trabajo de posibles obstáculos durante el tratamiento médico. Procesamiento del dolor que implica verse a sí mismo como físicamente vulnerable, lo que favorece el trabajo de aceptación de posibles consecuencias negativas.

Síntesis del proceso ulterior de la psicoterapia:

En las sesiones siguientes Ernesto afianzó su decisión y se preparó para el tratamiento de radioterapia. En el tramo siguiente recibió el tratamiento sin consecuencias físicas negativas. Durante este período la psicoterapia estuvo dirigida a brindar sostén, al desarrollo de habilidades de afrontamiento, y a la preparación para el segundo tramo de tratamiento psicológico.

A partir de ese momento, el trabajo terapéutico estuvo dirigido al logro del segundo objetivo acordado con el paciente: la relaboración reflexiva del plan de vida, basado en la premisa que *el trabajo de la mente es una incesante obra de crear significado con el fin de encontrar un sentido a su existencia, enmarcado por las condiciones del orden natural e histórico donde transcurre el vivir* (Fernández-Álvarez, 2003). La terapia estuvo dirigida a promover mayor agencia personal y esto se verificó en la consecución de nuevas metas laborales, que ampliaron su horizonte existencial, angostado por las vivencias de “cierre, de finalización”, que coloreaban los distintos planos de su vida.

Durante este trayecto se realizaron dos entrevistas de Ernesto con su esposa para abordar problemas de la comunicación, pero no hubo acuerdo para realizar una intervención de pareja con un terapeuta especializado.

La terapia finalizó un año y medio después con el cumplimiento satisfactorio de los objetivos y muy buena evolución de la enfermedad. Los logros se mantenían al año de seguimiento.

Conclusiones

La viñeta ilustra una forma de ayuda que la psicoterapia puede brindar a personas con enfermedad, apuntando a resolver problemas, disminuir el malestar emocional, adherir a prescripciones médicas, cambiar hábitos de vida y relaborar el guion de vida, a la luz de las nuevas circunstancias.

Para cada caso es fundamental identificar el estadio de la enfermedad: aguda, crónica o terminal y poder dar una respuesta terapéutica ajustada a cada situación –problema. En la etapa aguda por la que atravesaba Ernesto, la mayoría de los componentes o procesos utilizados suelen dirigirse a disminuir el afecto negativo, lograr el mayor control posible sobre los síntomas, compartir la experiencia con otros, obtener apoyo social (por ej: familiares, profesionales de la salud), desarrollar habilidades de afrontamiento, enfrentar los propios temores (incluyendo el temor al sufrimiento, al dolor, a la muerte), sobreponerse a la desesperación y fortalecer la esperanza. En cada tratamiento se evalúa el peso relativo de estos elementos.

El significado que la persona le da a la enfermedad influye directamente en sus reacciones emocionales y comportamentales, especialmente en sus intentos de afrontamiento. Vivir con una afección física y vivir bien son los objetivos de la adaptación, apuntando a una sobrevida con la mejor calidad posible.

La experiencia de padecer una enfermedad no es completamente negativa. Muchos pacientes lograrán eventualmente tener éxito en la adaptación a los cambios impuestos por la EC, especialmente si pueden reconocer y hacer frente a las demandas y reajustes necesarios a largo plazo. Generalmente las personas pueden extraer consecuencias positivas, tales como una mayor apreciación de la vida, cambios en las prioridades vitales y mejorías en sus relaciones personales. Sin embargo es necesario ser muy cautelosos. La adaptación psicológica no puede ser forzada. Las intervenciones que infunden esperanzas poco realistas, pueden conducir a una mala adaptación, al sobrestimar las posibilidades del paciente o negar las limitaciones impuestas por la enfermedad. El terapeuta tendrá la función de ayudar a los pacientes a encontrar el mejor balance posible (Gómez, 2010).

Como señalara Frank (1961), *la tarea principal de la psicoterapia es transformar las historias de desesperanza en historias de esperanza*, lo que se caracteriza por la búsqueda de caminos para responder a las demandas de la situación, aun en las condiciones más difíciles.

Referencias:

Bandura, A. (1987). *Pensamiento y Acción. Fundamentos Sociales*. Barcelona: Marínez Roca.

De Ridder, D., Geenen, R., Ku Jer, R. & van Middendorp, H. (2008). Psychological adjustment to chronic disease. *The Lancet*, 372, 246-255.

Fernández-Alvarez, H. (1994): Abordaje cognitivo de los trastornos psicosomáticos. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 3, 33-46.

Fernández-Álvarez, H. (2003): Claves para la unificación de la psicoterapia. (Más allá de la integración). *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 12, 229-246.

Fernández-Álvarez, H. (1992). *Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia*. Buenos Aires: Paidós.

Frank, J. D. & Frank, J. B. (1961). *Persuasion and Healing: A Comparative Study of Psychotherapy*. Baltimore: The John Hopkins University Press.

Gómez, B. (2011). Contribuciones de la Psicología Clínica al campo de las enfermedades físicas crónicas. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 20, 197-200.

Gómez, B. (2011). Abordaje de perturbaciones asociadas a enfermedades físicas crónicas. En: H. Fernández-Álvarez (comp.). Paisajes de la Psicoterapia. *Modelos, procedimientos y aplicaciones*. (pp.240-266). Buenos Aires: Polemos.

Gómez, B. (2010). Abordaje integrativo de perturbaciones asociadas a enfermedades físicas. *Revista de la Sociedad Ecuatoriana de Asesoramiento y Psicoterapia Integrativa*, 3, 13-18.

Gómez, B. (2004). Abordaje terapéutico de trastornos psicológicos asociados a enfermedades físicas crónicas. En: H. Fernández-Alvarez y R. Opazo (Comps.). *La integración en psicoterapia. Manual práctico*. Barcelona: Paidós.

Gómez, B. (2008). Psicoterapia y Cáncer. En Héctor Fernández-Álvarez (Comp.) *Integración y Salud Mental. El proyecto Aigle 1977-2008*, 423-452. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Horne, D. & Watson, M. (2011). Cognitive-behavioural therapies in cancer care. En: M.Watson & D.Kissane (Eds.). *Handbook of Psychotherapy in Cancer Care* (pp15-26). New York: Wiley.

Hotopf, M., Chidgey, J., Addington-Hall, J. & Li, K.L.(2002). Depression in advanced disease: a systemic review. Part 1.Prevalence and case finding. *Palliative Medicine*, 16, 81-87.

Jiang, W. & Xiong, G.L. (2011). Epidemiology of the comorbidity between depression and heart disease. En: A.Glassman, M.M. Maj & N.Sartorius (Eds.) *Depression and Heart Disease* (pp.1-38). New York: John Wiley & Sons.

Kabat-Zinn, J. (2004). *Vivir con plenitud las crisis: Cómo utilizar la sabiduría del cuerpo y la mente para afrontar el estrés, el dolor y la enfermedad*. Barcelona: Kairós.

Kreitler, S. (2003). *The health psychology handbook*. London: SAGE Publications.

Lau, M. (2005). Terapia cognitiva basada en la conciencia plena: Integrando la Conciencia plena, la meditación y la terapia cognitiva para reducir el riesgo de recaída en la depresión. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 13, 7-15.

Lazarus, F.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.

Leventhal, H.,Halm, E., Horowitz, C., Leventhal, E.A. & Ozakinci, G. (2004). Living with chronic illness: a contextualized, self-regulation approach. In: S. Sutton, A. Baum & M. Johnston. *The SAGE Handbook of Health Psychology*, 197-240. London: SAGE publications.

Nezu, A. M.,Nezu, C. M., Friedman, S. H., Faddis, S., & Houts, P. S. (1998). *Helping cancer patients cope: A problem-solving approach*. Washington, D.C.: American Psychological Association.

Payne, D. (2011). Mindfulness interventions for cancer patients. En: M.Watson & D.Kissane (Eds.). *Handbook of Psychotherapy in Cancer Care* (pp.39-47). New York: Wiley.

Rodriguez Vera, Priede, A., Maeso, A., Arranz, H. y Palao, A. (2011). Cambios psicológicos e intervenciones basadas en Mindfulness para los supervivientes de cáncer. *Psicooncología*, 8, 7-20.

Safren, S.,González, J.& Soroudi, N. (2008). *Coping with chronic illness*. New York: Oxford University Press.

Snyder, C.R., Irving, L., & Anderson, J.R. (1991). Hope and Health: Measuring the will and the ways. En: C.R. Snyder & D.R. Forsyth (Eds.). *Handbook of social and clinical psychology: The health perspective* (pp.285-305). New York: Pergamon Press.

Sperry, L. (2009). *Chronic Medical Conditions*. Washington: American Psychological Association.

Stanton, A. L., Revenson, T. A. & Tennen, H. (2007). Health Psychology: Psychological Adjustment to Chronic Disease. *Annual Review of Psychology*, 58, 562-92.

Steginga, S.K. & Occhipinti, S. (2006). Dispositional optimism as a predictor of men's decision-related distress after localized prostate cancer. *Health Psychology*, 25, 135-143.

(*)

Beatriz Gómez

Integrante de la Comisión Directiva de la Fundación Aiglé

Psicoterapeuta especialista en trastornos psicológicos asociados a enfermedades físicas crónicas

Docente de la Carrera de Especialización en Psicoterapia Cognitiva individual, grupal, vincular y familiar, Fundación Aiglé-Universidad Nacional de Mar del Plata

Docente de la Carrera de Especialización en Psicoterapia Individual y Grupal, Fundación Aiglé -Universidad Maimónides

Docente del Master de Intervención Multidisciplinaria para Trastornos de la Conducta Alimentaria, Trastornos de la Personalidad y Trastornos Emocionales, Fundación Aiglé-Universidad de Valencia.

Coordinadora de la Maestría en Clínica Psicológica Cognitiva, Universidad de Belgrano