UNIVERSIDAD DE PALERMO
Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales
Carrera de Psicología

Trabajo Final Integrador

Intervenciones del Modelo Integrativo de Psicoterapia para personas con enfermedades físicas

Estudio de Caso único

Alumna: Mariana Marcela Buceta
Tutora: Dra. Gabriela Ramos Mejía

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 28 de mayo de 2020

Índice

1. Introducción 3

2. Objetivo General 4

2.1. Objetivos específicos 4

3. Marco Teórico 4

3.1. Concepto de salud y modelos de salud-enfermedad 4

3.1.1. El modelo bio-psico-social de salud-enfermedad 5

3.2. La psico-oncología 6

3.3. El Modelo Integrativo de Terapia cognitivo-constructivista 7

3.3.1. Fundamentos teóricos del Modelo Integrativo de Terapia cognitivo-constructivista 8

3.3.2. El tratamiento psicológico de personas con enfermedades físicas 11

3.3.2.a) Etapas previas al inicio del tratamiento 11

3.3.2.b) Variables teóricas-clínicas en el diseño del tratamiento 16

3.3.2.c) Intervenciones para mejorar el afrontamiento 18

3.3.2.d) El programa de entrenamiento en Mindfulness 21

4. Metodología 24

4.1. Tipo de estudio 24

4.2. Participantes 24

4.3. Instrumentos 24

4.4. Procedimiento 25

5. Desarrollo 25

5.1. Presentación del caso 25

5.2. Objetivo 1 Analizar los factores que motivan el pedido de ayuda psicoterapéutica por parte de una mujer joven con diagnóstico de cáncer tipo Linfoma de Hodgkin 27

5.3. Objetivo 2 Describir las estrategias de intervención adoptadas por el equipo de profesionales formados en el Modelo Integrativo de Psicoterapia durante el tratamiento psicoterapéutico diseñado para una mujer joven con diagnóstico de cáncer tipo Linfoma de Hodgkin 31

5.3.1. Estrategias orientadas a la regulación emocional 31

5.3.2. Estrategias orientadas a la mejora de las capacidades de afrontamiento 32

5.3.3. Estrategias orientadas a la promoción de mayor autonomía y agencia personal 34

5.4 Objetivo 3 Describir las características del programa de entrenamiento en Mindfulness y sus efectos sobre la regulación emocional y la adherencia al tratamiento médico, en una mujer joven con diagnóstico de cáncer tipo Linfoma de Hodgkin 37

6. Conclusiones 40

7. Referencias Bibliográficas 44

1. Introducción

Los objetivos de este Trabajo Final Integrador (TFI) surgieron en el marco de la Práctica Pre Profesional llevada a cabo en una Fundación ubicada en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. La misión de esta organización consiste en promover acciones en el campo de la salud mental, a través de múltiples y variadas actividades. Con base en el Modelo Integrativo de Terapia cognitivo-constructivista, los programas de la institución se orientan a la asistencia psicoterapéutica, la formación y entrenamiento profesional y la investigación en el campo de la psicoterapia.

Todas las actividades realizadas durante la pasantíacontribuyeron a corroborar el interés hacia el campo de la atención clínica de adultos: la observación de entrevistas de admisión videograbadasy la realización de los informes de síntesis, la colaboración en las tareas de control y sistematización de datos en el Departamento de Investigación, así como la búsqueda y clasificación de investigaciones académicas sobre trastornos, tratamientos y resultados de la psicoterapia.La elección del tema de este TFIsurgió luego de participar en un curso de formación sobre Estrategias de Intervención para Personas con Enfermedades Físicas, dictado por profesionales especializados en esta área clínica. Algunas circunstancias del caso seleccionado para la realización de este trabajo fueron expuestas en dicho curso, y gracias a la disposición de algunos de los profesionales que intervinieron en distintas fases del tratamiento, es que se ha podido ampliar la información y profundizar el análisis. También constituyó un factor de interés adicional, el contacto con profesionales formados en este enfoque que integran a su praxis clínica los resultados de la investigación científica, a la vez que contribuyen a su enriquecimiento sumando los propios esfuerzos para reflexionar sobre su práctica.

Desde una concepción que entiende a la salud como bienestar, en el amplio sentido bio-psico y social, la irrupción de enfermedades como el cáncer enfrenta a las personas que reciben el diagnóstico al desafío de dar respuestas rápidas a un conjunto de situaciones que, en principio, procuran detener el avance y recuperar la salud orgánica. A pesar de los progresos médicos, la experiencia de enfermar de cáncer es compleja. Las circunstancias del tratamiento médico se presentan en un momento en que, simultáneamente, la estructura misma de la identidad se encuentra vulnerada y se altera el rumbo esperable del proyecto vital, en ocasiones de manera definitiva. Las investigaciones demostraron, tal como será analizado más adelante, que los síntomas de ansiedad y depresión son respuestas frecuentes que condicionan la calidad de vida y la adherencia al tratamiento. La asistencia oportuna contribuye a mejorar el estado psicológico, con efectos positivos sobre la recuperación física. Este es el marco de interés que motivó el estudio de las variables teóricas y clínicas que dan fundamento a este enfoque de psicoterapia integrativa, en particular, profundizando en el conocimiento de las diversas intervenciones que propone el modelo para personalizar el tratamiento deaquellas personas que presentan perturbaciones a causa de padeceruna enfermedad crónica, particularmente el cáncer.

Por cuestiones de simplificación en la redacción y de comodidad en la lectura, se haoptado por usar en algunos casos los términos generales *el paciente* o*el individuo* sin que ello implique discriminación de género.

2. Objetivo General

Describir las características de la estrategia de intervención clínica diseñada a partir del modelo integrativo de psicoterapia, para brindar atención psicológica personalizada al caso de una mujer joven con diagnóstico de Linfoma de Hodgkin.

2.1. Objetivos Específicos

Analizar los factores que motivan el pedido de ayuda psicoterapéutica por parte de una mujer joven con diagnóstico de cáncer tipo Linfoma de Hodgkin

Describir las estrategias de intervención adoptadas por el equipo de profesionales formados en el Modelo Integrativo de Psicoterapia durante el tratamiento psicoterapéutico diseñado para una mujer joven con diagnóstico de cáncer tipo Linfoma de Hodgkin.

Describir las características del programa de entrenamiento en Mindfulness y sus efectos sobre la regulación emocional y la adherencia al tratamiento médico, en una mujer joven con diagnóstico de cáncer tipo Linfoma de Hodgkin.

3. Marco Teórico

3.1. Concepto de Salud y modelos de salud-enfermedad

Los constructos teóricos asociados al binomio salud-enfermedad han evolucionado con el tiempo, a medida que también se desarrollaban las disciplinas científicas y los instrumentos para intervenir en dicho campo (Juarez,2011). La acción de la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha sido insustituible en la consolidación de un nuevo paradigma. En 1946, en el preámbulo de su constitución la salud es definida como el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Esta noción añade a la definición biologicista tradicional, las dimensiones psíquica y social, además de mostrar una concepción positiva de salud. A su tiempo, también, esta definición fue recibiendo críticas que la señalaron como idealista, estática y subjetivista, lo que motivó la consolidación de una perspectiva dinámica, ecológica y dimensional para el análisis del proceso salud-enfermedad (Gavidia & Talavera, 2012). Este avance dio sustento a la idea actual de la salud como un recurso, la capacidad de responder de forma positiva a los problemas del ambiente.

En un estudio publicado en 2011, Juárez analiza la evolución de los significados en torno a la salud y a la enfermedad y reseña el surgimiento de múltiples modelos: el biopsicosocial, el modelo salugénico, el modelo de salud positiva, el modelo holista, entre otros. Estos modelos superan al biomédico tradicional -que se ha centrado en el tratamiento de la salud física- y convergen en proponer concepciones que tienden a presentar estructuras integradas en distintos niveles, las que sirven de orientación a la promoción y cuidado de la salud. Las ideas de interdependencia, adaptación, coherencia, expectativas y ajuste entre el

mundo individual interno -biopsíquico- y el entorno social conforman el tejido conceptual de estos modelos. En su particularidad, cada uno de ellos pone énfasis y articula las dimensiones biológicas heredadas, las dimensiones psicológicas (la personalidad, el estilo de vida y las expectativas, las disposiciones y recursos de afrontamiento, y la gestión emocional) con los elementos estresores y protectores existentes en la comunidad (Juárez, 2011).

3.1.1. El modelo bio-psico-social de salud-enfermedad

El modelo biopsicosocial fue desarrollado porEngel en 1977,quien postulóque en tanto la etiología de los estados de enfermedad era multifactorial, su atención debía realizarse en el marco de acciones integradas y multidisciplinarias incluyendolas cuestiones relativas al rol del médico y del sistema de salud en general (Engel,1977). Borrell-Carrió, Suchman y Epstein (2017) revisaron el modelo y coincidieron en que esta perspectiva multidimensional e interdependiente de carácter sistémicacontribuye a centrarse en la persona del paciente y mejora la descripción de los estados de enfermedad.No obstante, sugirieron la necesidad de considerar que cada factor puede operar con distinta valencia en cada caso y que -al ser analizados de esta manera, estructural- se podrían tomar decisiones pragmáticas respecto a las opciones más adecuadas de tratamiento.

Enun informe publicado por la OMS recientemente (OMS, 2018) se conminó a los gobiernos a intensificar la prevención de muertes prematuras por enfermedades no transmisibles (ENT) entre las cuales se incluyen las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y las enfermedades respiratorias. Las ENT se encuentran asociadas a factores de riesgo producto de estilos de vida poco saludables: el consumo de tabaco, el consumo nocivo de alcohol, las dietas malsanas y el sedentarismo, en particular en niñas, niños y adolescentes. Dadas estas características, el modelo biopsicosocial se presenta como un paradigma capaz de atender estos nuevos modos del enfermar humano, una epidemia responsable de más del 70% de los decesos a nivel global (Nugent&Fottrell, 2019).

Es en esta intersección bio-psico y social que el abordaje de las enfermedades, en particular las ENT, requiere el trabajo colaborativoentre los campos de la medicina y de la psicología para que los cuidados tengan en cuenta los aspectos biológicos, los psicológicos, los sociales (Fernández-Álvarez, 2008; Montiel Castillo & Guerra Morales, 2016) y, por ejemplo, en el caso de personas enfermas de cáncer, también los aspectos espirituales (Cruzado-Rodríguez, 2014; Willig&Wirth, 2018). Como mencionó Gómez (2008; 2016), en el caso de personas con enfermedades físicas (PEF) y especialmente aquellas que padecen cáncer, la labor psicoterapéutica consiste en ayudarlas a encontrar significados y recursos que les permitan afrontar las circunstancias del tratamiento de la enfermedad y las nuevas condiciones de vida. Además, tal como señaló Fernández-Álvarez (1992), es tarea del terapeuta que durante el proceso se pueda mantener viva la esperanza.

3.2. La Psicooncología

En la década de 1970 se ha desarrollado una subespecialidad de la Oncología denominada Psicooncología, la cualen este milenio tal como señaló Holland (2002), se ha expandido a la par del desarrollo de la psiconeuroinmunología.En su campo de estudio específico, la psicooncologíase esforzó por identificar las variables conductuales y actitudinales que impactan en el binomio salud-cáncer, desde los aspectos relativos a la prevención y detección precoz hastalos que operan en los tratamientos y cuidados paliativos del final de vida (Montiel Castillo & Guerra Morales, 2016). También se ha ocupado de desarrollar estrategias para atender al impacto específico que la enfermedad conlleva en la familia del paciente y sobre el equipo médico y asistencial (Cruzado-Rodríguez, 2014).

Diversos estudios han demostrado que los síntomas de ansiedad y depresión son respuestas frecuentes que condicionan la calidad de vida y la adherencia al tratamiento médico en la población oncológica (Bellver-Pérez, Peris-Juan &Santaballa-Beltrán, 2019; Hartung et al., 2017). Se observó que los pacientes con cáncer presentaron cinco veces más probabilidades de estar deprimidos en comparación con la población general (Hartung et al., 2017) ysegún concluyó la investigación llevada a cabo por Salvo et al. (2012), los pacientes jóvenes y las mujeres presentaron los mayores valores de ansiedad. Otros hallazgos señalaron el riesgo de cronificación de los síntomas asociados a estrés postraumático en pacientes supervivientes al cáncer, una vez finalizados los tratamientos (García Torres, Alós& Pérez-Dueñas, 2015). Por su parte, el estudio llevado adelante por Palacios Espinosa y Zani (2014)mostró el hecho de que persistan en la comunidad significados negativos respecto al cáncer. Esto explicaría, en parte, que se mantengan respuestas de ansiedad y sufrimiento en quienes padecen la enfermedad y reciben quimioterapia, a pesar de los avances en los tratamientos y la mejora en los pronósticos de sobrevida. Incluso, el desacuerdo entre pacientes, cuidadores y los profesionales tratantes aparece como fuente de conflicto, desesperanza y perturbación para el paciente (Gómez, 2008; 2016).

La descripción anterior muestra la relevancia de reconocer que los significados, las emociones y las conductas personales, así como las representaciones de la comunidad y las actuaciones de la red cercana -incluido el sistema de salud-, juegan un papel crítico en la generación de condiciones favorables u obstáculos para la adaptación a los cambios físicos y sociales que trae aparejados la enfermedad oncológica (Gómez, 2008; Willig&Wirth, 2018). Es por ello que la ayuda psicológica es un aporte sustantivo para la calidad de vida e incluso para la supervivencia (Gómez, 2011).WilligyWirth (2018) han realizado un metaanálisis sobre la experiencia de vivir con cáncer terminal. En este estudio se concluyó que la experiencia es multidimensional, abarcando cuatro aspectos de la enfermedad: el trauma, la finitud, el aferrarse a la vida y el ser paciente de cáncer. De acuerdo a estos autores, estos aspectos constituyen los desafíos psicológicos particulares ante los cuales cada paciente negocia activamente. También se ha estudiado el beneficio psicológico de la terapia grupal en pacientes con cáncer. La investigación en base a un diseño cuasi experimental con dos grupos terapéuticos, llevada adelante por Bellver-Pérez et al. (2019) confirmó que la terapia grupal

basada en técnicas cognitivo-conductuales es un predictor estadísticamente significativo para lograr la reducción de los niveles de ansiedad y depresión en mujeres con cáncer de mama. Por su parte, el seguimiento realizado a los tres meses de finalizado el tratamiento de seis semanas, corroboró la persistencia de los efectos positivos en el bienestar emocional.

En síntesis, las personas que reciben un diagnóstico de cáncer, se encuentran expuestas a un evento que representa un riesgo para sus vidas y una súbita alteración del rumbo de su plan existencial (Gómez, Vega, Kirszman& Fernández-Álvarez, 2019; Vehling et al., 2011; Viel Sirito et al., 2019; Yalom& Estrada, 2009). En consecuencia, la atención que se brinde a las personas enfermas de cáncer requiere una aproximación integral en la que se tenga en cuenta no sólo los aspectos biológicos o físicos, sino también los aspectos psicológicos, sociales y espirituales.

Estos principios son los que postuló la Psicooncología desde sus inicios y se han extendido a distintos enfoques psicoterapéuticos, generando un marco de variables teóricas y clínicas para la atención de pacientes oncológicos.Por ejemplo, Bellver-Pérez et al. (2019) produjeron evidencia que demostró que la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) desarrolla intervenciones eficaces tanto en abordajes individuales como grupales.

3.3. El Modelo Integrativo de Terapia cognitivo-constructivista

El movimiento de integración en psicoterapia se consolida en la década de 1980, a partir de que se creara la Sociedad para la Exploración de la Integración en Psicoterapiacon el propósito de encontrar nodos conceptuales que, provenientes de distintas fuentes teóricas, permitiesen identificar abordajes e intervenciones que resultasen efectivas, de acuerdo a criterios de validación científica (Fernández-Álvarez &Opazo Castro, 2004). En la intención de superar un proceso de eclecticismo espontáneo, tal como señala Fernández-Álvarez (1992; 2003; 2008; 2016a), un modelo integrativo se construye con aportes de diversos enfoques terapéuticos, los que integrados en un nivel superior configuran una nueva reformulación, completa en cuanto a su estructura teórica como a la praxis clínica. De acuerdo a Beutler, Moleiro y Penela(2004), la investigación sobre psicoterapia contribuyó a determinar los factores comunes entre distintos enfoques y que resultaban asociados a la promoción del cambio psicológico ya la reducción de padecimiento, así como a identificar y difundir tratamientos validados empíricamente.

Un estudio exhaustivo sobre el movimiento de integración en psicoterapia (Fernández-Álvarez, 2003) señaló que algunas propuestas novedosas se han construido como enfoques marcadamente integrativos. Tales son los casos de la Terapia Dialéctico Conductual (DBT) de Linehan para la atención de trastornos severos de personalidad y la Terapia de Desensibilización y Reprocesamiento por medio del movimiento ocular (EMDR) de Norcross y Shapiro, diseñada para el tratamiento del Estrés post traumático.

3.3.1. Fundamentos teóricos del Modelo Integrativo de Terapia cognitivo-constructivista

En nuestro país, Fernández Álvarez presentó en 1992 un modelo que incluyó la perspectiva constructivistaen la base de una integración teórica amplia (Feixas& Botella, 2004) sumando saberes provenientes de las corrientes psicodinámicas, cognitivo-comportamental, sistémica y humanista-existencial. El Modelo Integrativo de Terapia (MIT)sostiene que la experiencia es un proceso constructivo de significados y que, en el tiempo, estas construcciones evolucionan, se organizan jerárquicamente y se hacen más complejas (Fernández-Álvarez, 1992). El MIT presenta una conceptualización de los fenómenos clínicos en clave biopsicosocial desde la cual se propone desarrollar las intervenciones psicológicas, farmacológicas y socio-comunitarias, comprendiendo al ser social de la persona que consulta. Es por ello que implica la personalización del tratamiento para centrarlo en la problemática idiosincrática:la práctica psicoterapéutica se torna flexible dentro de principios sólidos que le dan fundamento a los criterios que la orientan. Además, la selección de estrategias obedece al principio de eficacia probada (Gómez, Vega, Kirszman& Fernández-Álvarez, 2019).

El MIT es aplicado en la atención de problemas clínicos sobre la base de dos ejes: uno vertical (o sincrónico) que involucra la historia personal y uno horizontal (o diacrónico) que tiene en cuenta la interacción individuo-ambiente. El MIT se consolida integrando los cuatro enfoques de psicoterapia tradicionales, cuyos aportes ofrecen variables teóricas y clínicas para atender a los distintos aspectos o dimensiones que explican la conducta y el modo en que generan trastornos psicológicos. Los enfoques psicodinámicos aportan a la comprensión del *eje motivacional histórico*. Ciertas patologías tienen inicio temprano por lo que interesa reconstruir el proceso volitivo. Cuestiones como la transferencia, la interpretación y la capacidad de *insight* del paciente, son elementos que se integran al modelo. (Fernández Álvarez, 1992). Sobre el*eje cognitivo-comportamental* se concentran los esfuerzos por conocer acerca de los procesos de aprendizaje y la modalidad de procesamiento de la información, ya que ambos contribuyen a la persistencia del padecimiento. El MIT integra la Teoría de la Menteque proviene de la psicología cognitiva: concibe a la acción humana como aquella dirigida a captar y organizar la realidad.Y también integra las sinergias obtenidas en la consolidación del modelo cognitivo-comportamental cuyos resultados han sido el desarrollo de manuales de tratamientos que reúnen los modelos psicológicos y las mejores prácticas y técnicas basadas en la investigación empírica (Pagés & Gómez, 2016). Por su parte,sobre el *eje del proyecto vital*, el MIT integra los aportes de los enfoques humanista-existenciales cuya particularidad reside en interesarse acerca de aquello que constituye una *buena vida* humana(Orange, 2012)rescatando el valor de los tres momentos de la continuidad de la experiencia vital: el pasado, el presente y el futuro (Fernández Álvarez, 1992). El MIT coloca su atención sobre el estilo del terapeuta como variable que incide en los resultados de la terapia (Fernández-Álvarez & García, 2019, García, Castañeiras& Fernández-Álvarez, 2008) y para su conceptualización integra elementos que son ampliamente desarrollados por el humanismo: comprensión, presencia, autenticidad, mutualidad, creatividad, esperanza y confianza constituyen la actitud base para generar una relación de apoyo en la cual se despliegue la

verdad que trae el consultante, además de conceptualizar a la resistencia como una modalidad de protección del *self*(Corbella, 2019; Orange, 2012; Rogers, 1993; Yalom, 1980;Yontef, 2009). El cuarto enfoque que contribuye a la fundamentación teórica de la praxis integrativa es el de la terapia sistémica, para dar cuenta de la incidencia de los factores del ambiente. De este enfoque toma el concepto de síntoma como variable expresiva de una disfunción del sistema vincular y la necesidad de observar la red y la modalidad interaccional del paciente, ampliando el campo de intervención a la familia (Kelmanowicz, 2016; Serebrinsky&Rodriguez, 2014).

Con el aporte de los enfoques teóricos antes reseñados, el MIT se inserta en la corriente constructivista relativa (Fernández-Álvarez, 1992) porque reconoce que las relaciones del individuo con el ambiente son un factor de gran influencia en la labor constructiva de su realidad. Esta tarea de búsqueda de significado para ir dando sentido y organización al self, evoluciona en forma espiralada y progresa a través de los años, si las condiciones son favorables. Fernández-Álvarez (1992) postuló que el *guion* parental constituye la primera construcción de la realidad: al dar origen a la existencia misma marca los límites de las experiencias en su doble mandato social y biológico. Si bien el proceso es continuo, la pubertad constituye el momento cuando la persona se encaminará de manera más firme a construir su *proyecto personal* y las estructuras de significados se darán una organización y jerarquía propias. Estas estructuras constituyen moldes para la acción y a la vez, son fuente de nuevos significados, de allí el carácter jerárquico del proceso constructivo (Coppo, Maristany& Martínez, 2008). Para que la estructura adquiera progresiva solidez y otorgue madurez al self, cada nueva construcción debe apoyarse en las anteriores, teniendo en cuenta que esta complejidad deviene como respuesta a las exigencias evolutivas o bien, de procesos que se desencadenan a partir de sucesos que irrumpen dramáticamente el statu quo (Fernández-Álvarez, 1992), comoes el caso de una enfermedad grave o un evento traumático.

Esta idea de guion lleva a pensar en que el proceso constructivo se desarrolla en base a un argumento-misión que el individuo procurará alcanzar pasando por situaciones que, a la manera de episodios de la trama principal, se consideran no sólo válidos sino requeridos para arribar al objetivo. Además, los personajes de esta trama -incluido el propio artífice del guion- se constituyen en testigos del recorrido y férreos jueces del cumplimiento del mismo. Como señaló Gómez (2016) y se desarrollará en extenso más adelante, en la praxis terapéutica con PEF, el objetivo es crear significados que les permitan mantener un sentido de continuidad del guion propio -entre el pasado y el futuro- y que les permita realizar cambios progresivos para integrar la novedad de la enfermedad en una estructura más compleja.

En síntesis, desde la perspectiva cognitiva-constructivista adoptada por el MIT, se sostiene que las experiencias son fuente de nuevas y variadas informaciones y que las personas se encuentran obligadas a procesar y organizarlas en construcciones de significados cada vez más complejas (Fernández-Álvarez, 1992; 2008; 2016). Si el proceso se desarrolla de modo funcional, la novedad será asimilada a estructuras previas lo cual va dotando de estabilidad y solidez al modo en que se organiza la experiencia y se modela el self. Durante este proceso, las distintas dimensiones de significados se hallan mediatizadas por

representaciones producidas en el intercambio del cuerpo, la naturaleza y los objetos artificiales producidos por la actividad humana (Fernández-Álvarez, 1992), constituyendo *esquemas* sobre los que se elaboran los dos principales planos del *mapa cognitivo* y van a determinar su funcionalidad, el de las *características intrínsecas* y el *plano de los roles*. Las características intrínsecas determinan la cualidad de control y potencia que la persona cree tener y en función de ellas, basa la representación de sí misma. Por su importancia para el objetivo del presente trabajo, interesa tomar la definición de imagen o *esquema corporal* a la que adscribe el MIT: "conjunto de constructos relativos a la forma y disposición básicas de nuestro organismo biológico, y su articulación en el conjunto de conductas en que se proyecta su despliegue en el contexto de una cultura específica" (Fernández-Álvarez, 1992, p.174). Estos significados se organizan en dos categorías, ambas atravesadas por el patrón cultural imperante: los significados de *orden constitucional* refieren a la percepción de, por ejemplo, proporcionalidad, completud o atrofia mientras que los que corresponden al *orden disposicional*, señalan los esquemas de preparación funcional para la acción, por ejemplo, la capacidad funcional de respirar o la tonicidad muscular. Estos esquemas, se ven confrontados permanentemente con los resultados de la conducta, es decir con la percepción del cuerpo en funcionamiento en situaciones concretas e implican intercambios con los órdenes que organizan las experiencias de percepción, contacto y manipulación del ambiente. Respecto al plano de los roles interpersonales, los resultados obtenidos en su ejercicio pueden evaluarse como satisfactorios o insuficientes. La naturaleza sintónica de la estructura de significados, estará signada por el cumplimiento de las expectativas del guion personal, plan que se elabora en el entrecruzamiento de estos dos planos descriptos anteriormente.

A este conjunto fundamental de significaciones estables que informan y permiten actuar respecto de sí mismo, los otros y el mundo, se lo denomina *identidad*. Como será analizado en la viñeta clínica, con los marcos representacionales y los recursos de procesamiento disponibles las personas con diagnóstico de cáncer, por lo común, no disponen de los signos suficientes para procesar la novedad y, por ende, experimentan la amenaza de ruptura o disolución de su identidad. Gómez (2008) señaló que este malestar proviene de dos vías: la sensación de estar siendo traicionado/a por el propio cuerpo y la percepción de que se es enteramente responsable de recuperar la salud, aun cuando se carezca de recursos para afrontar tamaña exigencia.

Recopilando lo dicho hasta el momento, el MIT produjo un modo particular de integración teórica que permite abordar el padecimiento psicológico considerando los distintos factores internos y ambientales que ejercen influencia en el devenir continuo de la experiencia vital de quien solicita ayuda. El diseño del tratamiento tendrá en cuenta este núcleo integrado por los cuatro enfoques teóricos tradicionales -además del constructivismo- sirviéndose de sus herramientas tanto para explicar diferentes modalidades de trastornos de salud mental y padecimientos psicológicos, clasificados en el DSM-5, como para diseñar intervenciones que atiendan al carácter biopsicosocial de los mismos, incluyendo -si el paciente lo requiriese- la asistencia psicológica para su desarrollo personal.

3.3.2. El tratamiento psicológico de personas con enfermedades físicas

Gómez (2004; 2008; 2011;2016) postuló que el diseño del tratamiento y las intervenciones que se realizan para PEF son diferentes según el tipo de enfermedad, el tratamiento médico y las circunstancias psico-socialesasociadas. En el caso de la asistencia psicológica de pacientes con enfermedades crónicas, como el cáncer, el propósito general del tratamiento psicológico consiste en ayudarlos a lidiar con el riesgo o la pérdida concreta de recursos en tres niveles: el cuerpo, el estilo de vida y las relaciones cercanas -en las que se incluye tratar con elsistema de salud, que también es fuente de estrés. Como ha sido señalado anteriormente, los síntomas de ansiedad, depresión y la desesperanza son respuestas frecuentes a la exigencia de adaptación a la enfermedad, a las circunstancias de su tratamiento y a los efectos colaterales transitorios o permanentes que puedan derivarse. El proceso conlleva acompañar al paciente para que integre lasnuevas vivencias, pueda desaprender hábitos y construya otros para esta nueva etapa, maneje las situaciones de estrés, acepte las pérdidas y vislumbre la posibilidad de dotar de un nuevo sentido a su existencia. En definitiva, se trata de que pueda continuar su proyecto personal de la manera más armónica y consistente posible.

En este marco, se destaca que el diseño del tratamiento para PEF, no es diferente en cuanto a los principios sustentados por el MIT y los fundamentos aportados por la terapia cognitiva. Tanto es así que la primera labor en el diseño del tratamiento consiste en el análisis cognitivo del pedido de ayuda. Al respecto, Fernández-Álvarez (1992) sostuvo que el primer análisis debía orientarse a confirmar que el pedido pudieraresponderse desde la psicoterapia: el padecimiento debía percibirse como un sufrimiento gratuito, para el cual -además- el paciente se sintiera incapaz para operar algún tipo de cambio interno que podría modificar su estado. En el caso de PEF, previo a consulta, debieron haberse distinguidolos factores netamente orgánicos y procurarse una atención médica apropiada. Luego, podrán ser consideradas las dimensiones subjetivas del malestar y -de hecho- es de esperar que la mejoría en el estado psicológico mejore la adherencia al tratamiento, genere un efecto favorable sobre la evolución de la enfermedad y facilite la aceptación de las secuelas incapacitantes, si las hubiera(Gómez, 2004).

3.3.2.a) Etapas previas al inicio del tratamiento: admisión y evaluación psicológica.

En este modelo asistencial, la admisión constituye la primera de las tareas terapéuticas y –en la atención llevada adelante en la sede institucional de la Fundación-, la realizan profesionales que integran el equipo de Admisión Central. Tal como describieron Fernández-Álvarez, Pérez y Fraga Míguez (2008),el sistema de pre-admisión se inicia con la primera consulta telefónica: se identifica la urgencia y la severidad del caso a atender y se brindan orientaciones generales.

En la entrevista personal de admisión se investiga acerca de las causas del malestar, la magnitud y área del padecimiento,el modo en que ha evolucionado la demanda y las representaciones acerca del tipo de cambio que espera el consultante (Fernández-Álvarez,

1992; 2008). Estos elementos, además de brindar claves para conocer las condiciones subjetivas del malestar, permiten evaluar si podrá sostenerse el esfuerzo que implica el trabajo terapéutico.

En relación al análisis de la declaración del pedido de ayuda, el análisis del *modo de atribución* predominante comprende la tarea de identificar la o las circunstancias disfuncionales que el paciente relaciona con su malestar y asocia con la interrupción de su proyecto vital y permite -a su vez- evaluar la motivación para el cambio(Fernández-Álvarez et al., 2008). Para ello el MIT aplica las categorías de la teoría de la Atribución de la Emoción y Motivación, en las tres dimensiones:la localización o *locus*; la *estabilidad* y el *grado de control* (Weiner,1985). La primera de las dimensiones explica las causas según su procedencia, pudiendo ser internas (correspondientes a la persona) o externas (correspondientes a la situación/ambiente). La segunda dimensión, la de la estabilidad, se refiere a la permanencia de las causas y estas serán permanentes (o estables) o temporales (o inestables). Por último, la dimensión que refiere al control, permite analizar el grado en que el individuo percibe su agencia, su capacidad de influir en el curso de los sucesos, modificando el estado a través de su conducta. La atribución de que las causas son controlables, implicará -de acuerdo a la teoría- respuestas emocionales que apoyan una acción motivada de tipo activa y autónoma. Por el contrario,y tal como ha sido analizado por Beck, Rush, Shaw yEmery (1979), en los cuadros depresivos las personas sostienen un patrón cognitivo negativo, distorsionado,por el cual el paciente se percibe inútil o incapaz para el esfuerzo que le imponen las exigencias del ambiente, anticipando un resultado fallido. Esta composición cognitiva que los autores denominan *tríada cognitiva de la depresión*, sostiene un patrón relacional de tipo dependiente, con disposición a buscar ayuda y seguridad en otros.

El MIT también se interesa por identificar la *intensidad del estado del malestar*, es decir la medida de la magnitud de las sensaciones expresadas y profundizar en las zonas sobre las que está impactando el padecimiento, además de conocer el grado de urgencia con que la persona vive la situación. En el caso de PEF, la *zona corporal* se hará figura en el campo de la experiencia de padecimiento, cuestión que no le resta importancia al análisis del impacto del malestar en la *zona de la actividad* (estudio, sexualidad, trabajo, etc.) y también se pondrán en juego – de manera más distante o crítica- las construcciones en torno a la dimensión de la *capacidad para enfrentar la propia muerte*.

Además de profundizar en las características del padecimiento (la intensidad, el tipo de motivo que lleva a la consulta y la atribución de causas) en la entrevista de admisión se lleva a cabo la labor de comprender el modo en que se presenta la *evolución de la demanda*, es decir detectar las circunstancias que incidieron para que la persona decida pedir ayuda en ese momento en particular. En relación a esto, Fernández-Álvarez (1992; 2008) identificó dos posiciones extremas:de inicio repentino o de evolución gradual. En PEF puede darse en distintos puntos de este continuo: cuando el malestar se manifiesta de manera brusca, la enfermedad irrumpe como nueva experiencia que constituye una novedad -en términos del caudal de información- que el sistema no está en condiciones de procesar. Si bien hasta el

momento la tarea constructiva pudo haber solventado el desarrollo del proyecto personal y se mantuvo en parámetros de funcionalidad, es decir con estructuras sintónicas, armónicas y coherentes, la nueva experiencia impone un cambio de estado drástico, se presenta como una crisis vital, desorganizando los esquemas de acción y pone en estado de alerta la propia estructura del self. Además,por lo general requiere afrontar la pérdida del funcionamiento corporal, de las relaciones interpersonales y de otros valores apreciados por el paciente (Gómez, 2004; 2016). Como es el caso que se trabajará más adelante, personas que reciben de manera inesperada el diagnóstico de cáncer, deben asimilar rápidamente la novedad para poder operar con eficiencia en un contexto complejo que impone tomar decisiones, lo que aumenta la presión (Gómez, 2004). Si en estos casos de inicio brusco, la evolución es corta y es probable que no se hayan realizado demasiados intentos de solución previos, en las demandas que evolucionan de manera más lenta y progresiva, el recorrido pudo haber oscilado entre sensaciones de pérdida y de recupero del bienestar emocional, según la incidencia de los tratamientos farmacológicos y/o psicológicos recibidos.Considerando el caso de enfermedades crónicas que conllevan una incapacidad progresiva - por ejemplo, en la enfermedad de Parkinson o en la diabetes- la demanda presenta una evolución más lenta(Fernández-Álvarez,1992).

Otros elementos que se consideran en la entrevista de admisión y que tendrán un lugar importante en el diseño del tratamiento, son el nivel de *resistencia*y las *variables situacionales*. En el MIT la resistencia se conceptualiza como un fenómeno relacional al servicio de la protección del self, en el mismo sentido que los enfoques humanistas, al tiempo que las variables situacionales se encuentran relacionadas con las condiciones de posibilidad para alcanzar los objetivos acordados, en términos de recursos de afrontamiento. Esto lleva a considerar en el caso de la asistencia de PEF, la cantidad y modalidad de los recursos disponibles no sólo en términos de los que ponga a disposición el paciente (disposición para el cambio, capacidad de auto-observación, capacidad de esfuerzo y motivación, tiempo, solvencia económica de sí y de la red familiar, entre otros) sino también los recursos personales del terapeuta, en especial su empatía y creatividad, ya que con estas competencias, podrá crear oportunidades para que se mantenga abierto el sendero de la esperanza(Fernández-Álvarez,1992; 2008; Gómez, 2016).

Para concluir con esta breve descripción de la tarea de admisión, es importante señalar que la institución ha desarrollado un dispositivo de apoyo que consiste en la video-grabación de cada entrevista de admisión y la transcripción de los cinco primeros minutos, material que luego se archiva en la historia clínica. Se ha identificado que en ese primer momento de la primera entrevista personal se obtiene información valiosa sobre las dimensiones analizadas más arriba: cómo se rotula el malestar, a qué se lo atribuye y qué tipo de alivio busca quien consulta(Fernández-Álvarez et al., 2008). Este dispositivo, además, permite la acción del observador –otro rol dentro del equipo de Admisión Central- que colabora con el entrevistador en construir las primeras *hipótesis de trabajo* y en proponer al profesional tratante. Como fue puntualizado por García et al. (2008), la investigación ha demostrado que el estilo personal del

terapeuta facilita u obstaculiza la sincronía en la alianza, es decir que constituye un factor modulador de los resultados de las acciones terapéuticas; por eso en el área especializada en la atención de PEF se desempeñan profesionales con variados estilos. El constructo *Estilo Personal del Terapeuta* (ETP) se propuso como un agregado conceptual que incluye las variables socio-demográficas, las características personológicas, los factores cognitivo-afectivos y los aspectos ligados a su experticia profesional, que constituyen "un estado objetivo específico de la terapia" (Fernández-Álvarez & García, 2019, p. 15) que incide en el modo en que el terapeuta cumple con las distintas funciones. Estas funciones refieren a diferentes conductas que se ponen en juego en el acto terapéutico de manera integrada. García et al. (2008) han derivado de las funciones la operacionalización del constructo ETP proponiendo para su medición una modalidad de variación dimensional: (a) Instruccional (flexible-rígido), que refiere al modo en que el terapeuta establece y regula el encuadre del dispositivo terapéutico; (b) Expresiva (distante - próximo), que alude al modo en que el terapeuta se posiciona en el intercambio emocional con el paciente; (c) de Involucración (baja - alta), que considera el nivel de compromiso que el terapeuta está dispuesto a asumir en relación a su desempeño profesional y a los pacientes que asiste; (d) Atencional (abierta - focalizada) que toma en cuenta la amplitud de la capacidad receptiva que intencionalmente aplica el terapeuta y su disposición para escuchar y preguntar y por último la función (e) Operativa (espontáneo - pautado): en esta categoría se incluyen las maneras de influencia y la preferencia respecto al tipo de técnicas e intervenciones que elige para dirigir el proceso terapéutico.

El proceso de admisión también incluye la realización de un set de pruebas psicológicas. Según señalaron Maristany y Fernández-Álvarez (2008) el Departamento de Evaluación Psicológica tiene el objetivo de proporcionar al admisor un informe que contribuye al diseño del tratamiento y a la elección de las estrategias de intervención más ajustadas al grado de resistencia observado, los recursos y las fortalezas detectadas. En términos generales, las baterías incluyen la evaluación de la personalidad y la detección de síntomas psicopatológicos. En cuanto a la evaluación de la personalidad se procura identificar los rasgos más estables para distinguirlos de aquellos estados asociados a la perturbación por la cual se consulta, conocer el patrón de afrontamiento y el modo idiosincrático en que despliega las relaciones interpersonales. Al finalizar la primera entrevista de admisión se le requiere al consultante que realice por internet la Evaluación dimensional de la patología de la personalidad-Cuestionario Básico (DAPP-BQ; Livesley, Jackson & Schroeder, 1992), la cual se encuentra traducida y validada para la población española clínica y no clínica por Gutiérrez-Zotes et al. (2008).Según señalaron estos autores, se trata de un cuestionario de autoinforme compuesto por 290 ítems que mide la estructura de personalidad patológica en 18 dimensiones agrupadas en 4 factores de orden superior: desregulación emocional, conducta disocial, inhibición y conducta compulsiva, los que desde una perspectiva teórica han mostrado consistencia con modelos de personalidad normal y con los desórdenes identificados en el DSM-5. Evalúa las siguientes dimensiones: sumisión, labilidad afectiva, ansiedad, apego inseguro, distorsión cognitiva, problemas de identidad, evitación social, oposición, narcisismo,

búsqueda de estímulos, insensibilidad, rechazo, problemas de conducta, expresión restringida, problemas de intimidad, compulsividad, sospecha y autolesión.

Gómez y Mazulla (2008) señalaron que para el diseño adecuado de un tratamiento para PEFresultaba preciso distinguir entre “la enfermedad como obstáculo para la continuidad de un guion y la dificultad en el desarrollo del guion mismo” (p.402) en la medida que,si no se alcanzara cierto cambio en los factores vulnerablesde personalidad, la disfuncionalidad continuaría afectando las dimensiones psicosociales y, en consecuencia, a la salud misma. Por eso, la evaluación psicológica se completa en un encuentro personal durante el cual, por lo general, se administra alguna de las técnicas de evaluación de personalidad no patológica como esel Inventario de estilos de Personalidad de Millon(MIPS; Millon, 1997) adaptado al medio local por Casullo y Castro Solano en 2000.De este instrumento se obtiene un estilo idiosincrático de la personalidad (Fernández Liporace, 2015). El inventario se encuentra estructurado a través de tres vectores que agrupan rasgos subyacentes a los mismos:(1)Metas motivacionales (apertura-perseveración, modificación-acomodación e individualismo-protección); (2) Modos Cognitivos (extravertido-introvertido, sensitivo-intuitivo, reflexivo-afectivo y sistematizador-innovador), y(3)Conductas Interpersonales (retraimiento-comunicatividad, duda-inseguridad, discrepancia-conformidad, sometimiento-control e insatisfacción-concordancia). También, de ser necesario, se administra alguna de las múltiples técnicas de monorrasgo para profundizar algún aspecto clínico más específico. Es el caso del Inventario de Depresión (BDI-II; Beck, 1996) que ha sido traducido y validado localmente por Brenllay Rodríguez en 2006.Se trata de un instrumento de autoinforme que mide el grado de severidad del trastorno depresivo en adultos, presenta 21 ítems que representan síntomas y actitudes típicos de trastornos severos (tristeza, pesimismo, fracaso, etc.) los que se encuentran asociados en una dimensión cognitiva afectiva y otra dimensión somática(Beck, Steer& Brown, 2006).

Las pruebas psicológicas se complementan –según los casos- con estudios neurobiológicos o con una evaluación social a los fines de incluir al paciente en el programa de asistencia comunitaria(Fernández-Álvarez et al., 2008). En el caso de las perturbaciones asociadas a las enfermedades físicas, también pueden requerirse interconsultas con otros profesionales como ser psiquiatras o terapeutas vinculares (Fernández-Álvarez, 1992; Gómez, 2016).La fase de evaluación psicológica se completa a través de un informe que recibe el admisor en el cual constan las pruebas administradas, las puntuaciones e interpretaciones ajustadas a cada protocolo y una síntesis que aporta información integrada e incluso, como se mencionó anteriormente, recomendaciones sobre el tipo de intervención más conveniente (Maristany& Fernández-Álvarez, 2008).

Por último, en la fase final del proceso el admisor comparte con el consultante el diagnóstico y el pronóstico al cual ha arribado el equipo. Esta comunicación tiene efectos positivos porque sienta las bases de una buena alianza, y tal como postularon Fernández-Álvarez et al. (2008), puede operar hasta como una primera intervención terapéutica, brindando

sostén y alivio. Además, constituye el primer paso para formular los objetivos terapéuticos que, como se verá más adelante, son la piedra angular del trabajo de la dupla paciente-terapeuta.

3.3.3.b) Variables teóricas-clínicas en el diseño del tratamiento

Al inicio del tratamiento, el diagnóstico constituye una hipótesis de trabajo (Fernández-Álvarez, 1992; 2008) en la cual el terapeuta reúne diversas variables teóricas y clínicas tales como el tipo de trastorno o padecimiento psicológico, la profundidad de las construcciones personales y el nivel del procesamiento en el que debiera operar el cambio. A partir de estas dimensiones, serán identificados las modalidades y los encuadres de abordaje terapéutico que han mostrado evidencia de mayor efectividad.

Comenzando con los aspectos nosológicos, en la clasificación de trastornos psíquicos aportada por Fernández-Álvarez (1992) los trastornos asociados a perturbaciones físicas constituyen un grupo específico -denominado Grupo III. En este grupo también están incluidos los trastornos psíquicos en situaciones límites y aquellos asociados a perturbaciones sociales. La particularidad de este grupo de perturbaciones está dada, tal como señalaron Gómez y Mazzulla (2008) en relación a PEF, que el padecimiento psicológico producto del evento se integra a otros hitos de una historia de vida:el cuerpo, la mente y el ambiente social forman una trama particular en cada paciente. Por eso,para PEF el MIT actúa promoviendo intervenciones multidisciplinarias y el trabajo colaborativo entre los profesionales del sistema médico y los psicoterapeutas, con el propósito de aportar respuestas más eficaces (Fernández-Álvarez, 1992; Gómez, 2016).El diseño del tratamiento tendrá en cuenta las características de la enfermedad, las exigencias y la respuesta al tratamiento médico, dado que estos factoresimpactan no sólo en la vida de la persona enferma sino,también, en la de su entorno familiar y laboral más cercano (Gómez, 2004; 2008; 2016).

Por su parte, Fernández-Álvarez (1992; 2008) señaló que el sentimiento de identidad personal se traduce en una vivencia de satisfacción respecto a la gratificación corporal, a la capacidad de participar en la distribución del poder y respecto al estado de resolución para enfrentar la propia muerte. Por eso, se hace necesario comprender el modo idiosincrático con el cual el paciente organiza su experiencia porque es, a partir de allí, que puede diseñarse una estrategia asistencial personalizada (Gómez, 2011). En los casos en que la enfermedad irrumpe, en particular si se trata de un cáncer, las estructuras de significados por lo general se alteran en los tres niveles antes mencionados. En consecuencia, la labor terapéutica implica descubrir cuál es el significado de la enfermedad para quien la padece, el lugar que ocupa en esa historia de vida, la expectativa de evolución y cómo se integra el pronóstico médico. Estos significados incidirán en la percepción de la autoeficacia para lidiar con las exigencias que impone la enfermedad, así como con sus consecuencias (Gómez, 2008; 2016; Gómez &Mazzulla, 2008).

En padecimientos asociados a trastornos orgánicos o situaciones críticas, incluidos en el Grupo III antes mencionado, es esperable que se constate la percepción de la interrupción del decurso funcional y satisfactorio del guion personal. En estas condiciones, según

Fernández-Álvarez (1992), sería suficiente un abordaje breve y focalizado de hasta un máximo de 6 meses. No obstante, esto no reduce la complejidad del diseño, dado que una característica de este tipo de padecimiento es la de interpelar las creencias que sostienen los sentimientos de autovaloración, predictibilidad y control del mundo (Gómez, 2004; Gómez &Mazzulla, 2008), aspectos todos relacionados con la estructura de personalidad del consultante, la cual habrá sido evaluada mediante alguna técnica psicométrica durante el proceso de Admisión (Maristany& Fernández-Álvarez, 2008)

En vista de ello es que se requiere la indagación en profundidad del nivel de procesamiento de la información, para completar las variables a tener en cuenta en el diseño personalizado del tratamiento. Desde la perspectiva de la psicología cognitiva, el cambio psicológico se produce aplicando estrategias destinadas a producir transformaciones de modo progresivo y gradual (Pagés & Gómez, 2016). Son cinco los *niveles de intervención*, los primeros más relacionados al inicio del procesamiento, y más vinculados con esquemas nucleares los últimos: *atención, datos ingresados, clasificación de archivos, esquemas nucleares, estructura global del sistema*. Fernández-Álvarez (1992) sostuvo que en las terapias breves los objetivos se orientan a producir cambios en los dos primeros niveles:al nivel de la refocalización de la atención y en la redefinición de los datos ingresados. En particular en casos de PEF, se trata de crear significados que les permitan mantener un sentido de continuidad entre el pasado y el futuro (Gómez, 2016), adaptarse a la enfermedad e integrarla en la vida, es decir poder producir cambios progresivos que integren la novedad de la enfermedad y sus circunstancias en una estructura más compleja de significados (Gómez, 2004; Gómez &Mazzulla, 2008).

En este sentido, la reorientación de la atención (nivel 1) contribuye a ampliarla a otras zonas de la experiencia y, como se verá más adelante, los programas de entrenamiento en*Mindfulness*son recursos de eficacia probada para reducir el estrés, al dar cabida al ingreso deseñales de seguridad y sensaciones de tranquilidad y armonía. En cuanto a la redefinición de datos (nivel 2), la labor terapéutica procurará una modificación de los esquemas perceptuales -en cuanto a sí mismo y los otros. Beck et al. (1979) señalaron la existencia de errores sistemáticos en el procesamiento de la información, los que constituyen un conjunto de distorsiones que mantienen las creencias disfuncionales: (a) Inferencia arbitraria, mediante la cual se anticipa una conclusión antes de contar con evidencias de apoyo; (b) abstracción selectiva, que implica validar solamente un fragmento atencional y se lo extrae de un contexto mayor; (c) generalización excesiva, que opera cuando el individuo elabora una regla general a partir de hechos aislados e inconexos; (d) maximización y minimización, que refieren a juicios que amplifican o reducen la implicancia de los hechos, y por último (e) la personalización, distorsión que consiste en la disposición del individuo para atribuirse a sí mismo los fenómenos externos, aunque no exista fundamento para tal operación. Considerando que en el caso de PEF, la psicoterapia interviene sobre estos niveles del procesamiento de información, el revalúo de los pensamientos automáticos está orientado a generar estados mentales positivos que contribuyan al despliegue de un modo activo de afrontamiento. Una modalidad de mayor

eficacia, generará respuestas que -a su vez- mejoran la percepción de control de la situación y la expectativa de resultados positivos, logrando el mayor bienestar posible (Gómez, 2004; 2011; 2016), a la vez que facilitan la labor que implican los desafíos psicológicos del enfermo de cáncer (Willig&Wirth, 2018).

En las consideraciones acerca de los objetivos de un plan de intervención, el trabajo sobre las distorsiones cognitivas constituye una de las principales *tareas de tipo operativo*, es decir aquellasfocalizadas en "encontrar el mejor modo de llevar adelante el tratamiento médico y la relación con el equipo asistencial" (Gómez, 2016; pag.249) y -por ello- se concentran en desarrollar pautas de resolución y la motivación para hacer el esfuerzo. Para llevar a cabo estas tareas se requiere cierto acuerdo para trabajar en la evaluación del balance entre el dominio personal y el recibir ayuda, superar la vergüenza y el estigma asociado a la enfermedad oncológica y prepararse para las pérdidas aparejadas. En este sentido, Pérez, González, Mieles y Rodríguez (2017) informaron que, en el caso de pacientes oncológicos, el apoyo social se encuentra asociado a las estrategias de afrontamiento activo y es beneficioso en tanto aumenta la sensación de control y dominio. El constructo *apoyo social*, se despliega en varias dimensiones: emocional-ser cuidado y protegido-, de valoración-recibir refuerzos positivos por los logros-, informacional -contar con información o consejo experto- e instrumental, por ejemplo, al recibir ayuda en tareas de la vida cotidiana como asearse o alimentarse (Andrés, Remesal&Torrico, 2009).

En la psicoterapia con PEF -en particular en casos crónicos y severos- el foco también se coloca en las*tareas de tipo existencial*. A través de estas se tratará de crear significados que reparen el quiebre, preserven un sentido de autoeficacia para proveer de continuidad al proyecto vital y que dé lugar para el duelo de las pérdidas.Para cada grupo de tareas -operativas y existenciales- el terapeuta diseña intervenciones cuyas fuentes, como se ha mencionado, provienen de los distintos enfoques terapéuticos que se han integrado al modelo, por caso, para las de tipo operativo muestran mayor eficacia las técnicas cognitivo-conductuales mientras que para las de corte existencial, el terapeuta tendrá que dominar las técnicas orientadas al insight (Gómez & Pérez, 2016).

3.3.3.c) Intervenciones para mejorar el afrontamiento

En el caso de las personas que solicitan ayuda por padecer enfermedades físicas, las intervenciones terapéuticas se orientan a mejorar las habilidades de afrontamientoen el triple dominio cognitivo, emocional y conductual (Gómez, 2008). Esto se logra ampliando el conocimiento acerca de los recursos personales y sociales disponibles,aumentandola confianza en la capacidad de aplicarlos con eficacia y dando refuerzo a la motivación. Lograr mantener el esfuerzo y la esperanza en un nivel apropiado no es tarea sencilla ya que en general el paciente se encuentra débil, con dolor físico y emocionalmente vulnerable.Para estos pacientes, los cambios a promover mediante la psicoterapiadeben ser progresivos y se fundamentan en ciertos principios que son los que guiarán el diseño de las intervenciones (Gómez, 2016):

- la regulación emocional,
- atenuar las evaluaciones negativas,
- procurar información adecuada,
- promover la resolución de problemas,
- aumentar los niveles de controlabilidad,
- prepararse para un futuro incierto,
- manejar síntomas y tratamientos,
- preservar una autoimagen satisfactoria,
- promover el apoyo social y normalizar la vida

Se trata, en consecuencia, de lograr regular las emociones a través de la aceptación y transformación de las emociones desadaptativas, de modificar los significados disfuncionales -respecto a la enfermedad, al grado de control, a la autoeficacia y a las pérdidas- y de desarrollar nuevos recursos para incrementar la capacidad de afrontar las circunstancias adversas de la enfermedad, a nivel personal, del apoyo social y en el desempeño de roles alternativos (Gómez, 2008, 2016).

En base a estos principios, la personalización del tratamiento implica escoger las técnicas que procuren desarrollar respuestas efectivas a los objetivos acordados con el paciente. Algunas de estas técnicas se despliegan durante el encuentro y en el marco de la interacción terapeuta-paciente, mientras que otras se proponen como *tareas inter-sesión* (Fernández-Álvarez, 2005). Entre la diversidad de técnicas existentes, Gómez (2016) señaló algunas que han probado ser especialmente útiles para producir la mejoría en la capacidad de afrontamiento:la *psicoeducación* y un conjunto de*técnicas enfocadas en la emoción, en el comportamiento y en el pensamiento*. No es propósito de este apartado realizar una reseña exhaustiva de cada una de ellas, no obstante, una breve descripción permitirá clarificar sus objetivos particulares y el contexto de su aplicación.

La psicoeducación, es una herramienta que nació para brindar apoyo a las familias de pacientes esquizofrénico (Palli, 2017) y constituye un elemento importante y generalizado en el modelo integrativo (Fernández-Álvarez et al., 2008). En el transcurso del tratamiento las intervenciones de carácter psicoeducativo operan a la manera de un entrenamiento cognitivo-conductual (Montiel Castillo & Guerra Morales, 2016), es decir que trascienden el mero intercambio de información acerca de la enfermedad y sus efectos sobre distintas dimensiones biológicas, psicológicas y sociales. Su propósito es aumentar la responsabilización y proactividad del paciente acerca de su capacidad de afrontamiento, provocando cambios en las creencias, actitudes y comportamientos sobre su condición y los desafíos que se le presentan.Cuando es necesario, como es el caso de niños afectados por enfermedades físicas y de adultos que requieren asistencia, los cuidadores y la red de sostén familiar también reciben psicoeducación (Palli, 2017).

El terapeuta también cuenta con las técnicas enfocadas en la emoción con las cuales procura la regulación emocional a partir de la aceptación, la expresión de las emociones inhibidas y la modificación de aquellas que incrementan o sostienen el malestar. Fernández-

Álvarez(2005) señaló que, para este finademás de la *interacción dialogal*,la *técnica de la escritura expresiva* o emocional opera sobre tres funciones cognitivas básicas: focaliza la atención, facilita la habituación y promueve la reestructuración cognitiva. Al generar la posibilidad de nuevas y diferentes versiones de un mismo hecho, ha mostrado importantes beneficios. En tanto narración – que puede ser espontánea o prescripta por el terapeuta- la escritura también es un medio propicio para la proyección de contenidos no conscientes y la reelaboración de situaciones traumáticas, además de facilitar la habituación a emociones displacenteras,tal como propuso Bruder(2006)parala *técnica del cuento terapéutico* como forma de relato autobiográfico.

La expresión emocional puede ampliarse, también, a través de la *técnica de imaginación guiada*. Esta técnicaconsiste en producir representaciones mentales voluntarias y a consciencia de objetos, personas o escenas -personales o no- que resulten agradables y que promuevan la sensación de bienestar. Su eficacia ha quedado probadapara la reducción de la ansiedad, incluso durante la aplicación de quimioterapia(Larios-Jiménez et al., 2018). Con el mismo fin se utiliza la*técnica de lasactividades positivas*. Se ha encontrado evidencia sobre la capacidad de las emociones positivas para regular los efectos fisiológicos y psicológicos de las emociones negativas, promover el bienestar y la resiliencia (Taylor, Lyubomirsky&Stein, 2017). Esta técnicaconsiste en requerirle al paciente que complete una lista con actividades placenteras y motivantes con el propósito de que pueda reconectar,entre sesiones, con el afecto positivo: realizar alguna de ellas o, incluso, el solo hecho de leerlas tendrá efectos positivos sobre el ánimo.

Otro grupo de técnicas son las *enfocadas en el comportamiento*, algunas provenientes de la terapia cognitiva clásica, como es el caso de la *técnica de resolución de problemas*(Beck, et al., 1979). En esta técnica se trabaja sobre problemas o dilemas que el paciente trae a la consulta y seproponen modos alternativos para organizar la información. A la manera de un experimento, se trata de promover que el paciente aprenda a completar el ciclo, comenzando por especificar el problema de modo racionalista, idear soluciones lógicas, implementar la opción escogida hastallegar a una evaluación objetiva de su eficacia. En el proceso, se trabajan las creencias disfuncionales que operan obstaculizando la solución, lo cual mejora la capacidad de afrontamiento. En el caso de pacientes oncológicos, esta técnica de resolución de problemas pone el foco en la inclusión de las variables de apoyo social -sobre todo de tipo emocional e instrumental- como recurso necesario a atender, teniendo en cuenta la posible pérdida de autonomía ocasionada por el decaimiento físico general (Gómez, 2016).

El entrenamiento del paciente en *técnicas de relajación* contribuye a disminuir la tensión, por ejemplo, la relajación mediante la respiración diafragmática. La atención puesta sobre la respiración y la habilidad para sostener un ciclo rítmico entre inspiración y exhalación ha mostrado su efecto beneficioso al reducir la activación del sistema simpático (Larios-Jiménez et al., 2018). Como se verá más adelante con la técnica del Mindfulness, la relajación permite entrenar la atención en las sensaciones intero y propioceptivas y con ello situar la

atención en el aquí y ahora lo que disminuye el estrés derivado de la tensión subjetiva y la rumiación mental (Bruna, García, Rincón, Aravena, & Rivera-Valenzuela, 2019).

Por último, lastécnicas enfocadas en el pensamiento, a través del *diálogo socrático*, tienen el propósito de buscar evidencia y facilitar la exploración de las consecuencias emocionales de mantener los pensamientos automáticos disfuncionales (Pagés & Gómez, 2016; Partarrieu, 2011). También se enfoca en el pensamiento, la técnica de la *reevaluación positiva.* Consiste en proponer una evaluación alternativa -en este caso de la enfermedad o de sus efectos desagradables-, que incluya la identificación de aspectos positivos que desafíen las expectativas amenazantes. El fin de esta técnica es que el paciente encuentre interpretaciones alternativas que le permitan narrar su historia desde una óptica cognitiva diferente, aumentando la aceptación de la situación tal como se presenta (Tauber et al.,2019; Torrecilla, Casari& Rivas, 2016).

Así como otras personas que padecen enfermedades graves, las personas con diagnóstico de cáncer se encuentran expuestas a altos niveles de distrés a consecuencia de las condiciones y secuelas de las prácticas de diagnóstico, de los tratamientos que en algunos casos incluyen internaciones prolongadas y la urgencia en que deben tomar algunas decisiones. También, se les requieren cambios no planeados en sus rutinas y hábitos. El MIT incluye -cuando terapeuta y paciente así lo acuerdan- realizar la práctica de Mindfulness como un módulo complementario de la psicoterapia que se lleva a cabo en cuatro o seis sesiones. El terapeuta propone incluir el entrenamiento como una alternativa para ampliar la capacidad de afrontamiento, por lo general, luego de haber puesto en marcha de modo satisfactorio las técnicas de resolución de problemas y como un complemento meta-cognitivo de éstas.

3.3.3.d) El programa de entrenamiento enMindfulness

Mindfulness o atención plena consiste en una práctica de meditación procedente de la tradición budista en la cual, de manera intencional, la persona focaliza su atención.Craneet al. (2017) señalaron que en la actualidad los principios de los programas basados en Mindfulness (MBP, por sus siglas en inglés) se han expandido a un ritmo sostenido desde sus inicios en la década de 1980, a partir de los primeros desarrollos de Kabat-Zinn y su equipo del Centro Médico de la Universidad de Massachusetts Esta expansión implica, por ejemplo, que los principios deMindfulness han sido incorporados en terapias de tercera generación, como la terapia de Aceptación y Compromiso o la Terapia Dialéctico Conductual. Su práctica, también, se ha expandido como tratamiento disponible en los centros de salud mental en la atención primaria del sistema Nacional de Salud de Inglaterra a partir de 2017. Las neurociencias, por su parte, hicieron su aporte en la expansión de la práctica del Mindfulness a grupos sanos, incluso niños en el ámbito escolar, en la medida que se revela como un modo accesible de optimizar el funcionamiento cerebral (Simón, 2016).

Los antecedentes del cultivo de la atención plena en el ámbito de la salud mental se remontan a 1980, cuando bajo la dirección de Kabat-Zinn, el equipo del Centro Médico de la Universidad de Massachusetts, implementó el programa de Reducción de Estrés y Relajación

(SR&RPó MBSR, por sus siglas en inglés). De esta manera, se dio inicio a una práctica del Mindfulness que se basa en capacidades humanas universales -como son la de atención y la de la conciencia- despojándola de la tradición budista original. Según Kabat-Zinn (2013) en Mindfulnessse trata de cultivar “una conciencia que se desarrolla prestando atención de manera concreta, sostenida, deliberada y sin juzgar al momento presente” (p. 8). Este Programa se presentó como un entrenamiento intensivo, es decir con un carácter más educativo que psicoterapéutico y se desarrollaba en sesiones grupales de 25-30 personas. Los grupos se encontraban conformados por pacientes del Centro Médico que presentaban enfermedades físicas y psiquiátricas diversas: ansiedad, cáncer, dolor crónico, gastritis, hipertensión, psoriasis. El programa incluía, además de las reuniones, prácticas regulares en el hogar de 45 minutos diarios.

A continuación, se reseñan brevemente el propósito de los ejercicios más característicos de la práctica MBSR y el área en que se focalizan. En todos los casos, las instrucciones se encuentran grabadas en audios para facilitar que el programa pueda llevarse a cabo todos los días, sin necesitar la presencia de un instructor. Según el caso, las prácticas pueden extenderse entre 10 y 45 minutos y debieran cumplirse durante 5 ó 6 días a la semana, a lo largo de 8 semanas (Kabat-Zinn, 2013).

1. Ejercicio de la pasa de uva. El practicante recibe una pasa de uva, la atención se centra en la uva. Se le pide que registre las sensaciones que le provoca la uva sobre la mano en todos sus sentidos (tacto, vista, olfato), al saboreo en la boca, le sigue la masticación y por último el tragar, ampliando la atención a experiencia de los sentidos externos e internos, y la relación del cuerpo con la pasa de uva.

2. Ejercicio de atención plena a la respiración. Al ritmo de la inhalación y la exhalación se le pide al practicante que centre la atención en su respiración, registrando las sensaciones que se producen en las distintas partes del cuerpo (fosas nasales, abdomen, tórax), momento a momento.

3. Ejercicio de atención plena al cuerpo. En este ejercicio a la atención en la respiración se le agrega que el practicante registre las sensaciones del cuerpo como totalidad. También conocido como escaneo corporal, la guía recorre distintas zonas del cuerpo en forma ascendentes desde los talones, pies, piernas hasta el cuello y cabeza, sosteniendo la conciencia momento a momento llevando la atención a las sensaciones corporales que se hacen presentes en cada zona corporal.

4. Ejercicio de atención plena a los sonidos y los pensamientos. Con este ejercicio se invita al practicante a que amplifique la percepción de todos los sonidos del ambiente, incluso el silencio, bajo la consigna habitual de atención momento a momento. Pasados unos minutos, el foco cambia hacia los pensamientos y las emociones para que se aprenda a registrar el proceso (surgimiento, desarrollo y desaparición), tomándolos como eventos mentales que se presentan en el espacio atencional. En este ejercicio se procura que el practicante aprenda a evitar identificarse con el contenido de sus pensamientos y la cualidad emocional, sean

agradables o aversivos: el reto es sostener con conciencia el proceso, sin intentar eliminar, acelerar o huir de ellos.

5. Ejercicio de atención sin límite. El último de los ejercicios propuesto es el que procura que la atención no se fije especialmente en ningún objeto, reposando en silencio la conciencia momento a momento.

Las evidencias positivas de la práctica de la atención plena fueron recogidas por Teasdale, Segal y Williams (1995) para un programa de Mindfulness dirigido a reducir las recaídas en pacientes con depresión. En el marco del modelo de depresión de la terapia cognitiva comportamental, aunque a diferencia de éste, laterapia cognitiva basada en el Mindfulness (MBCT)tiene el propósito de entrenar a los participantes a relacionarse con los pensamientos, con las sensaciones corporales y con los sentimientos de un modo descentrado, es decir carente de procesos analíticos racionales.Con la práctica, los individuos mejoran la habilidad para identificar y prevenir la escalada de los pensamientos disfuncionales que elicitan estados disfóricos. Al evitar detenerse y reflexionar sobre el contenido de los pensamientos o realizar juicios por su cualidad agradable o desagradable, la ejercitación permite registrarlos “como 'eventos mentales' en lugar de como aspectos del yo o como reflejos necesariamente precisos de la realidad” (Teasdale et al., 2000, p.616). MBCT consiste en un programa manualizado de ocho sesiones semanales de entrenamiento grupal, con una duración de 2 horas cada sesión a cargo de un instructor acreditado. Durante las sesiones, los participantes realizan las prácticas guiados por audios o por el instructor. Estas ejercitaciones se complementan con ejercicios que deberán realizar diariamentecon el fin de integrar a la vida diaria estas habilidades para aumentar la capacidad de elección frente a los automatismos cognitivos y emocionales (Teasdale et al.,1995).

El cultivo de la atención plena, objetivo de la práctica del Mindfulness en el programa MBSR mostró eficacia como estrategia de afrontamiento para la autoregulación del dolor y otras dolencias crónicas (Kabat-Zinn, 1982) y es por eso que su aplicación se expandió, utilizando el mismo tipo de ejercitación antes descripta en distintas MBT (Crane et al., 2017). Estudios recientes reconfirmaron su eficacia, tanto para enfermedades físicas -incluido el cáncer- como para patologías psiquiatras (Mehta, Sharma, Potters, Wernicke &Parashar, 2019; Wielgosz, Goldberg, Kral, Dunne&Davidson, 2019). Al brindar la oportunidad creativa de operar en el presente con lo que está sucediendo, como señalóKabat-Zinn (2013), el fin es que pueda alcanzarse un mayor bienestar, significado y felicidad. En ese mismo sentido se señaló que en pacientes que cursan enfermedades físicas, el cultivo de la atención plena contribuye a reducir la desesperanza y la crítica a los sentimientos y pensamientos (Gómez, 2016; Fernández-Álvarez, 2016b).

En síntesis, el tratamiento psicológico ofrecido en esta Institución para PEF -en particular las que consultan a partir de un diagnóstico de cáncer-, se dirige a que puedan superar los sentimientos de desesperanza y los pensamientos negativos, alcanzar una mejor comprensión de sí mismo y desarrollar una actitud de mayor aceptación de las circunstancias. Durante este proceso, se procura que el consultante identifique un mayor caudal de recursos

disponibles -personales y en la red de apoyo-, aprenda a confiar en ellos y pueda sostener un nivel basal de motivación para llevar a cabo los ajustes necesarios (Gómez, 2008; 2011; 2016) Si el progreso de la enfermedad implica que la asistencia psicológica acompaña el último tramo de la vida, el propósito se orienta a promover una muerte digna lo cual, además de lo antes mencionado, incluye estimular la expresión emocional y los intereses espirituales, tanto como brindar apoyo -a través de psicoeducación- a los cuidadores directos y los familiares cercanos para sostener el acto de cuidar y despedirse (Gómez et al., 2019).

4. Metodología

4.1. Tipo de Estudio

Se llevó a cabo un estudio de tipo profesional; el análisis del caso único se realizó desde un enfoque cualitativo centrado en un abordaje de tipo descriptivo.

4.2. Participantes

Se analizó el caso de una paciente de 36 años que solicitó ayuda psicoterapéutica tras haber recibido el diagnóstico de cáncer, tipo Linfoma de Hodgkin. Solicitó ayuda para reducir la angustia y recibir sostén para transitar el tratamiento de quimioterapia.

La reconstrucción del caso se realizó con la colaboración de dos de las profesionales que intervinieron en la atención de la paciente. Ambas son profesionales formadas en el MIT y a su vez, docentes en la institución y otros centros de educación superior de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. En un caso se trata de la profesional que realizó la admisión de la paciente y supervisó el tratamiento y en el otro, se entrevistó a la Coach acreditada como instructora de Mindfulness por el *Mindfulness-Based Professional Training Institute* de USA.

4.3. Instrumentos

Para el análisis del caso único se aplicaron instrumentos característicos de la investigación de tipo cualitativa.

- Observación no participante a través del análisis de material audiovisual grabado consistente en fragmentos de la primera entrevista de admisión y de la entrevista de seguimiento.
- Entrevista semi estructurada a la instructora de Mindfulness.
- Comunicaciones informales con la profesional que realizó la admisión y la supervisión del caso.
- Análisis documental del informe de la desgrabación de los cinco primeros minutos de la entrevista de admisión.
- Análisis documental de un Informe de evolución de la paciente, elaborado por la terapeuta.
- Registro de observaciones y notas de campo en un cuaderno dispuesto a tal fin.

4.4. Procedimiento

Para responder a los objetivos planteados se analizó el material videograbado y el informe de la entrevista de admisión focalizando en el registro de notas atinentes a las características del pedido de ayuda. A continuación, se analizó el informe de evolución de la paciente y se completó la información disponible mediante contactos breves con la supervisora, junto a la cual también se analizó el fragmento de la entrevista de seguimiento. En este caso, el foco estuvo puesto en obtener material suficiente para describir el estilo personal de la terapeuta asignada, la estrategia para el diseño del tratamiento de la paciente y el impacto de las intervenciones en la evolución su estado psicológico durante y al finalizar el tratamiento. Por último, en la entrevista con la instructora de Mindfulness se profundizó en las características, fines y resultados alcanzados mediante la práctica.

5. Desarrollo

Antes de presentar el caso que será objeto del análisis, es necesario aclarar que la Institución le requirió a la pasante que se trataran los datos y la información a los que se tuviera acceso con la debida reserva. Es por ello que se acordó con la Institución que -además de los datos filiatorios- se alterarían varias circunstancias del caso, a fin de que la persona de la paciente no pudiese ser individualizada. En este contexto de restricción, en la reconstrucción del caso se pretendió conservar un sentido de consistencia y verosimilitud entre la vivencia de la enfermedad y la magnitud emocional de las expresiones, mediante el uso de otros términos y giros lingüísticos similares a los manifestados por la paciente. También se adaptaron ciertas condiciones de la evolución de la enfermedad y de la vida de la paciente, con el fin de respetar el criterio de confidencialidad.

5.1. Presentación del caso

La paciente, que será llamada Claudia (C.), es una mujer de 36 años, soltera. Profesional universitaria en Ciencias de la Educación, al momento de la consulta se desempeñaba como docente de séptimo grado del nivel primario, en un colegio privado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Sus ingresos le permitían solventar los gastos para llevar adelante una vida autónoma y satisfactoria, tanto en el aspecto económico, como social-recreativo. Su grupo familiar primario estaba integrado por madre y padre, ambos profesionales de 67 años y una hermana mayor de 38 años, divorciada y con dos hijos de 9 y 11 años. El año anterior a la consulta se produjo la ruptura de un vínculo amoroso significativo de 4 años de duración. En esa ocasión C. inició un tratamiento psicológico de orientación psicoanalítica que había discontinuado meses antes de la consulta. En su red social, sobresalía un grupo muy cercano compuesto por cinco ex compañeras de la universidad con las cuales, a partir de la ruptura con la pareja, había formado un grupo de entrenamiento físico que practicaba semanalmente en un parque de la ciudad. Con ellas, además, compartía salidas sociales y culturales con asiduidad. También cultivaba lazos de amistad con un conjunto de colegas en el

ámbito laboral y se manifestaba a gusto con el clima general que reinaba en su espacio de trabajo.

Tres meses antes de que recibiera el diagnóstico de cáncer, C. había concluido un tratamiento para regularizar la función tiroidea, a través de medicamentos sintéticos de hormona T4. El diagnóstico de Hipotiroiditis le requería mantener de por vida la toma regular de hormona sintética, por ser una enfermedad crónica. Esta circunstancia, de acuerdo a lo expresado por la paciente en la primera entrevista, ocasionó la demora en obtener un diagnóstico rápido y certero del cáncer. En un primer momento, C. comenzó con dificultades para dormir y un decaimiento general, por lo que no pudo mantener el ritmo habitual de la práctica deportiva con sus amigas. También presentó fiebre ocasional y un malestar inespecífico que -en el transcurso de un mes- resultó en una reducción del peso de 2 kilos. La febrícula reincidente le motivó a consultar a su médico clínico quien -sin encontrar evidencia clínica significativa- le atribuyó el malestar al estrés, no obstante lo cual, le indicó que preventivamente realizara un control endocrinológico para descartar la desregulación de la glándula tiroidea. Si bien, a pesar de que C. continuaba sin modificaciones el tratamiento que se le había indicado, consultó a su médica endocrinóloga quien detectó una inflamación inusual de los ganglios. C. atravesó un proceso que incluyó varias derivaciones y la realización de estudios de laboratorio y de imágenes. Finalmente, se le indicó la internación para que se le realizara el estudio histopatológico, que dio por resultado la existencia de cáncer compatible con la Enfermedad de Hodgkin. Entre el inicio del primer malestar y el resultado de la biopsia que confirmó la existencia del tumor en estadio I, con pronóstico favorable, transcurrieron casi tres meses durante los cuales la paciente desmejoró física y emocionalmente. C. solicitó ayuda psicológica días previos a comenzar con el tratamiento de quimioterapia, el que le realizarían por vía intravenosa mediante la aplicación semipermanente de un catéter tipo Port-a-Cath.

C. informó en su trabajo acerca de su situación de salud, con el propósito de poder licenciarse los días de la internación. Durante todo el tratamiento contó con las prerrogativas legales para este caso y una amable disposición para que se reintegrara a las tareas laborales en la medida que le fuera autorizado por el médico tratante.

Según Labardini Méndez y Ledesma De la Cruz (2010), la Enfermedad de Hodgkin (EH) es un tipo de cáncer linfático, es decir que consiste en la mutación de células del sistema inmunológico. Se trata de una enfermedad compleja, aunque con pronóstico favorable y que presenta una curva epidemiológica con un primer pico entre los 15 y los 35, y un segundo pico a partir de los 50 años. La ciencia todavía no ha hallado las causas, aunque se constataron mediaciones infecciosas, inmunológicas y susceptibilidad genética en su desarrollo. La OMS ha propuesta una clasificación de esta enfermedad en dos grandes grupos, considerando el aspecto anatomopatológico: Linfoma de Hodgkin clásico y el de predominio linfocítico nodular, más infrecuente. El tipo clásico representa el 95% de los casos de la enfermedad y de este grupo, el subtipo esclerosis nodular muestra una predominancia epidemiológica en mujeres jóvenes. La sintomatología más recurrente se presenta con fiebre leve e irregular, sudores nocturnos, pérdida de peso y prurito generalizado e inespecífico. La presencia de

agrandamiento (adenopatía) y la dureza de los ganglios del cuello, axilas e ingle también son características de esta enfermedad. El diagnóstico se realiza mediante pruebas de laboratorio, una tomografía por emisión de positrones (PET) y la biopsia escisional de un ganglio, en general del área cervical. Por la característica de este último estudio, el diagnóstico se completa en situación de internación hospitalaria. Como todo cáncer, puede desarrollarse entre uno y cuatro estadios. El Estadio I, implica que el cáncer se localiza en una sola región ganglionar o muestra participación de un solo sitio u órgano extraganglionar (arriba o abajo del diafragma). Por corresponder al estadio detectado en forma precoz, su pronóstico es favorable, lo que implica altas probabilidades de remisión tumoral y reducido riesgo de recaída y metástasis en la sobrevida. La definición en torno al tratamiento tiene en cuenta aspectos tales como la edad, número de grupos ganglionares participantes y comorbilidad con otras patologías o antecedentes. Los tratamientos de primera línea más efectivos incluyen entre cuatro y seis ciclos de Quimioterapia (Qt), administrándose la medicación por vía intravenosa u oral. También se combina con Radioterpia (Rt) y eventualmente cirugía, en los estadios más avanzados. La Qt se administra de manera ambulatoria, en ciclos de 14/28 días según la intensidad. Las reacciones secundarias pueden presentarse inmediatamente después de la aplicación - por ejemplo- náusea y vómitos o diarrea, o bien desarrollarse a lo largo del tratamiento: caída del cabello, úlceras en la boca, pérdida de apetito, cansancio, riesgo de contraer infecciones. Si bien estas reacciones adversas son temporales y desaparecen al finalizar el tratamiento, los síntomas de ansiedad y depresión son respuestas frecuentes que condicionan la calidad de vida y la adherencia al tratamiento (Bellver-Pérez et al., 2019; Gómez, 2016; Hartung et al., 2017). A largo plazo algunos medicamentos utilizados en Qt pueden provocar deterioro de la función cardíaca o pulmonar, afectar la fertilidad o aumentar el riesgo de contraer otro tipo de cáncer a futuro (Morales Barrera et al., 2010).

5.2. Objetivo 1. Análisis de los factores que motivaron el pedido de ayuda psicoterapéutica por parte de una mujer joven con diagnóstico de cáncer tipo Linfoma de Hodgkin.

La entrevista de admisión fue realizada por una profesional con amplia trayectoria en la institución y especializada en el área de enfermedades físicas. C. concurrió acompañada de una amiga y, como es habitual en la Institución, la entrevista fue videograbada y se transcribieron los primeros cinco minutos de la misma.

La paciente llegó a la consulta manifestando “me diagnosticaron linfoma de Hodgkin, venía sintiéndome mal hace algunos meses, como que no le encontraban la causa, me decían que era estrés, que era el tratamiento que había hecho… fue una sorpresa cuando me dijeron que podría ser eso… no me sentía con esa enfermedad, yo pensé que me daban un remedio y arrancaba, que ya estaba”. Además, en el mismo momento que le comunicaron el diagnóstico de la enfermedad, se le informó que debía comenzar un tratamiento de quimioterapia que duraría 6 meses. El inicio próximo del tratamiento fue lo que desencadenó el pedido de ayuda, lo cual permite inferir que la evolución de la demanda (Fernández-Álvarez, 1992; 2008) tuvo

inicio rápido. C. pidió ayuda para “creerme fuerte, para poder afrontar la situación (…) me la paso llorando (…) estoy muy triste”. Luego señaló, entre llantos, que se imaginaba su rostro enfermo, pálido y ojeroso, sin pestañas; la caída del cabello también era una fuente de angustia.

En relación al pedido de ayuda, resulta de interés señalar que la paciente escogió intencionalmente un enfoque terapéutico especializado, en vez de retomar el vínculo con su anterior terapeuta. Al respecto mencionó que “la terapia tradicional como que no me ayuda (…) necesito otra cosa, alguien que sea más duro”. En relación a esto explicó: “todos te consuelan (…) pero nadie te entiende”. Como señalaron Gómez y Mazzulla (2008) ante una crisis como es la que se presenta en este caso, toda la estructura de significados sufre un fuerte impacto que debiera devenir en una reorganización que integre la novedad de la enfermedad. Por eso, la labor de identificar la modalidad de procesamiento de la información formó parte del análisis de la demanda ya que constituye un material imprescindible para diseñar el tratamiento (Fernández-Álvarez, 1992). En este sentido, de estos y otros dichos de la paciente puede inferirse que su estilo de procesamiento de los datos ingresados operaba de modo automático bajo la modalidad de sobre generalización (Beck et al., 1979) y en términos polarizados.

Continuando en esta línea de análisis, la modalidad de procesamiento va construyendo una estructura de significados que da sostén al sentimiento de identidad y a las vivencias de satisfacción en los niveles de la gratificación corporal, la distribución del poder y la posición respecto a la propia muerte (Fernández-Álvarez, 1992; 2008). Las zonas en donde se ubica el malestar (Fernández-Álvarez et al., 2008) señalan el lugar que ocupa el padecimiento y cuál es su impacto en relación al sentimiento de autoeficacia frente a las exigencias de la enfermedad (Gómez, 2008; 2016; Gómez &Mazzulla, 2008). En este caso, la paciente manifestó tener el ánimo decaído y sentirse angustiada ubicando su malestar fundamentalmente en la zona corporal “necesito que mi cuerpo no esté tan deprimido (…) me la paso tirada en la cama (…) sé que me tocó lo más fácil, porque se cura (…) pero ahora la que está acá y tiene que pasar todo soy yo, tengo que poner el cuerpo yo, a mí se me van a caer las pestañas y el pelo”. El conjunto de estos significados alude a las representaciones acerca del esquema corporal (Fernández-Álvarez, 1992); los dichos de C. estarían expresando la percepción de que ha perdido el control de su cuerpo, que no le responde a lo que le estaría exigiendo el tratamiento. Según Gómez (2008) esta sensación de que el cuerpo traiciona en un momento de alto requerimiento y estrés es característica del paciente oncológico. Esto podría asociarse a que la sensación de disolución de la identidad quede proyectada en la pérdida de las pestañas y el cabello y que la paciente se perciba sin capacidad de afrontar las circunstancias.

También se observan implicancias negativas en la zona de la actividad: C. señaló “no quiero ir a trabajar (…) Yo vivo sola, me tuve que ir a vivir de mi hermana, porque no puedo estar sola”, vivencias que también parecen afectar la estructura organizada de sus significados, en este caso en lo que refiere al plano de los roles (Fernández-Álvarez, 1992). En términos evolutivos, C. ya había dejado atrás la convivencia con su grupo familiar primario. Por eso el verse obligada a establecerse en la casa de su hermana mayor, sentirse incapaz de estar sola

y no encontrar motivación para ir a trabajar, se presentarían como factores distónicos que estarían alterando el curso esperable de su guion personal, aunque no dramáticamente. Es decir, que si bien C. manifestó sentirse asustada por lo que implicaría el tratamiento, pareciera que la temática existencial -como tercera zona donde puede ubicarse el padecimiento (Fernández-Álvarez, 1992)-, no estuvo puesta en el foco del pedido de ayuda, al menos inicialmente.

En cuanto a la atribución del malestar, en términos de las categorías de Weiner (1985), C. se mostró convencida que su enfermedad procedía de un locus interno “se despertó por una acumulación de estrés”, en relación a un rasgo personal relativamente estable “a mí me afecta todo lo que me hacen” que percibe incontrolable. Se infiere que es este modo de atribución lo que la lleva a necesitar “ayuda para creerme fuerte, para poder afrontar la situación”, coincidente -por su parte- con el patrón negativo que Beck et al. (1979) asocian a una disposición dependiente, característica de pacientes depresivos.

Otra de las dimensiones que se exploró en la entrevista de admisión se corresponde a los recursos situacionales. Al respecto, pareciera existir una red de apoyo familiar, social y laboral atenta y colaborativa, no obstante, al momento de la entrevista de admisión, C. todavía no podía ampliar su campo perceptivo a este reconocimiento. En la entrevista se la escuchó señalar “que me consuele cualquiera puede, todos te consuelan (…) pero nadie te entiende que estés enojada, angustiada, que no quieras ver ni hablar con nadie”. Esta percepción disfuncional, coincide con la investigación de Willig y Wirth (2018) quienes postularon que sobrepasar los sentimientos de soledad y aislamiento que trae consigo la experiencia de ser paciente con cáncer es una labor constructiva de alta exigencia. En el caso de C., la presencia de una tía sobreviviente de cáncer fue valorada como una excepción ya que era percibida como un sostén importante -su empatía le resultaba creíble.

Para completar la fase diagnóstica, según pudo reconstruir la pasante, se le solicitó a la paciente que completara por internet la Evaluación Dimensional de la Patología de la Personalidad-Cuestionario Básico (DAPP-BQ; Livesley et al., 1992) y se agendó con ella una cita con el Departamento de Evaluación Psicológica. En esa oportunidad, según pudo saber la pasante, se le administró el Inventario de Estilos de Personalidad (MIPS; Millon, 1997) para completar la evaluación de la personalidad y la Escala de Depresión (BDI-II; Beck et al., 2006). En los resultados de las mediciones habrían sido detectados aspectos de una personalidad de tipo dependiente, sin llegar a conformar un estilo patológico de funcionamiento. En el informe del DAPP-BQ, este patrón se asocia a la dimensión Sumisión. Ambas escalas suponen que una puntuación aumentada en este rasgo implica que el individuo valora e incluso requiere del consejo y/o aceptación de otros para desarrollar una conducta de afrontamiento. Por su parte, en el DAPP-BQ el factor Desregulación emocional se encuentra asociado a las dimensiones Labilidad Afectiva y Ansiedad; en puntuaciones bajo el corte, no configuran un trastorno de personalidad. Lo mismo en relación al inventario BDI-II, puntuaciones bajas resultarían compatibles con un estado depresivo leve.

El equipo de Admisión Central procedió a analizar todo el material recolectado con el propósito de seleccionar la o el profesional que reuniera las disposiciones personales, rasgos y actitudes además de contar con la formación y la experiencia necesarios para la atención psicológica de la paciente. Considerando la importancia que en el MIT se le atribuye al estilo del terapeuta (Fernández-Álvarez & García, 2019), la pasante indagó especialmente en los criterios de la selección. Sobre este particular, se le informó que se escogió una terapeuta mujer, de edad cercana a la de la paciente -41 años- porque su estilo resultaba apropiado a las circunstancias en que deberían ser llevadas a cabo las distintas funciones terapéuticas (García et al., 2008). En cuanto a la función instruccional, la terapeuta mostraba aptitudes para diseñar un dispositivo y controlar su cumplimiento pudiendo, si las circunstancias lo hacían aconsejable, flexibilizar el encuadre por ejemplo pasando de sesiones presenciales a la modalidad virtual. En cuanto a la función expresiva, mostraba una disposición hacia la proximidad, abierta a la expresión emocional y "muy contenedora", según los dichos de la entrevistada. En otra de las funciones emocionales, como es la función de involucración, la profesional había orientado su práctica a la atención de PEF, por tal motivo su involucración se evaluó como alta. Por su parte, sus conocimientos y experiencia le permitirían conducir las funciones cognitivas (atencional y operativa) de manera focalizada, con un grado importante de directividad. El objetivo de mejorar las capacidades de afrontamiento de la paciente, requería de la terapeuta no sólo contar con un bagaje de técnicas apropiado sino también la disposición a ejercer un nivel de influencia sostenido para ayudar a que C. resuelva los problemas, sosteniendo la motivación para el esfuerzo, desde lo emocional y también desde lo instrumental.

Llegando al fin del proceso de admisión, la última etapa consistió en que la admisora y la terapeuta seleccionada compartieran con C., los resultados del diagnóstico. Se le anticipó un pronóstico favorable en lo que respecta a mejorar sus capacidades para afrontar las exigencias emocionales, físicas y sociales que le imponía la enfermedad y se acordó poner el foco en darle un nuevo valor a los recursos existentes y descubrir otros más aptos para las nuevas circunstancias. Se le propuso un tratamiento breve, inicialmente de 6 meses -para acompañar el transcurso de su quimioterapia- en una frecuencia de encuentros semanales en sesión individual, en la sede Institucional.

Como se ha podido analizar hasta aquí, la paciente llegó a la consulta expresando un padecimiento agudo. La enfermedad y el tratamiento de quimioterapia le provocaban sentimientos de pérdida de control y baja en su autoestima, un malestar subjetivo que si bien derivó del padecimiento biológico, pudo ser atendido por medio de psicoterapia en el marco del modelo propuesto por Fernández-Álvarez (1992). La paciente se mostró positivamente expectante de encontrar -a través de este enfoque de terapia especializado en PEF- la ayuda necesaria para afrontar los desafíos que anticipaba, en cuanto a las secuelas sobre su cuerpo enfermo y en el ámbito de las relaciones interpersonales. El verse obligada a vivir con su hermana y no concurrir a sus actividades laborales incidieron en que presentara un cuadro depresivo leve, confirmado mediante instrumentos psicométricos. En conjunto, la entrevista de

admisión y los resultados de las pruebas psicológicas permitieron configurar un diagnóstico, cuya hipótesis se orientó a la tarea de mejorar las capacidades de afrontamiento y aumentar la agencia autonómica de la paciente, lo cual requeriría trabajar sobre los aspectos de una personalidad de tipo dependiente que habían sido informados por la evaluación psicológica.

Para llevar a cabo el tratamiento, se seleccionó a una terapeuta con un estilo personal que mostraba un balance adecuado de empatía, directividad y formación especializada en PEF: se hacía necesario proyectar sobre C. una motivación sostenida para el esfuerzo físico y emocional, dado que el ciclo del tratamiento de Qt se encontraba próximo a iniciarse.

5.3. Objetivo 2. Describir las estrategias de intervención adoptadas por el equipo de profesionales formados en el Modelo Integrativo de Psicoterapia durante el tratamiento psicoterapéutico diseñado para una mujer joven con diagnóstico de cáncer tipo Linfoma de Hodgkin.

Como ha sido reseñado en el apartado anterior, la hipótesis diagnóstica sugirió diseñar un tratamiento orientado en primer lugar a lograr una mejor regulación emocional para luego, continuar el objetivo de mejorar las capacidades de afrontamiento y aumentar la agencia autonómica de la paciente, todas estas tareas de tipo operativo para las cuales resultan más efectivas las técnicas cognitivo-conductuales, según señalaron Gómez y Pérez (2016). Los distintos medios evaluativos sugirieron un estilo de personalidad dependiente, caracterizado por la necesidad de aceptación y el temor al abandono. A su vez, las formas de procesamiento distorsionadas parecían operar como obstáculos, condicionando el reconocimiento de recursos que la red de apoyo familiar y social ponía a disposición para acompañarla en el tránsito de su enfermedad.

Los objetivos acordados se establecieron en tres áreas: la regulación emocional, la mejora la capacidad de afrontamiento y, por ende, la intención de alcanzar un nivel más funcional de autopercepción de su agencia personal. En consecuencia, la labor de la terapeuta -durante los seis meses que se estableció para el tratamiento- se dirigió a promover cierta reestructuración de significados que permitiera resolver los problemas que se iban presentando, aliviar los sentimientos de angustia y tristeza para alcanzar un estado emocional más armónico, llevar a un nivel más satisfactorio la autoimagen y promover el aprovechamiento más eficaz del apoyo social disponible.

5.3.a) Estrategias orientadas a la regulación emocional

C. mostró durante las primeras sesiones un patrón emocional cargado de angustia que expresaba en accesos de llantos y preocupación por los efectos del tratamiento, en particular el modo en que afectarían su imagen. También la angustia se acompañaba de un sentimiento de incomprensión por parte de la mayoría de sus contactos, frente a los cuales inhibía la expresión de sus emociones y temores. Este estado también afectaba negativamente la convivencia con su hermana y constituía un impedimento en la relación con sus amistades. Dado este cuadro, las primeras intervenciones terapéuticas estuvieron dirigidas a validar y normalizar las

emociones y a promover su expresión de un modo más empático. Tal como señaló el informe de seguimiento, se la ayudó a “comprender que este proceso de enfermedad también es doloroso para su familia, que también ellos sienten miedos y están angustiados”. Para estos objetivos, se infiere que habría resultado efectiva la psicoeducación (Fernández-Álvarez et al., 2008; Montiel Castillo & Guerra Morales, 2016), porque dialogando acerca de los desafíos que se le presentan a los pacientes oncológicos, se validan la experiencia emocional negativa. La angustia y el enojo forman parte del repertorio de respuestas emocionales habituales. De acuerdo a lo informado por la profesional que realizó la supervisión, el estilo de la terapeuta, empático y cercano, facilitó la aplicación de técnicas orientadas a la emoción (Gómez, 2016) las que contribuyeron a que C. paulatinamente registrara y distinguiera la variedad de emociones y pudiera expresarlas sin inhibición. Esto contribuyó a que C. pudiera actuar proactivamente en la búsqueda de soluciones, incluso en el ámbito de sus relaciones interpersonales. Al respecto, en su informe la terapeuta citó que “el modo de afrontamiento es bueno. Hay situaciones que las transita con mucho malestar, pero siempre buscando el modo de adaptarse a ellas, proponiendo soluciones”.

5.3.b) Estrategias orientadas a la mejora de las capacidades de afrontamiento

De acuerdo al informe de seguimiento, C. buscó “mermar la angustia y un sostén para transitar el tratamiento quimioterapéutico; con el tiempo el mayor obstáculo fueron los malestares físicos como consecuencia del mismo: vómitos, náuseas constantes, fatiga, las limitaciones debido a las defensas bajas, la caída del cabello, la falta de apetito y manchas en la piel”. También en la convivencia con su hermana surgieron cuestiones disfuncionales en el vínculo fraterno y preocupación por la pérdida de contacto social.

Estas cuestiones fueron abordadas a través de estrategias que promovieron el desarrollo de sus habilidades de afrontamiento, tanto desde el punto de vista cognitivo, como emocional y conductual, a través de técnicas enfocadas en el comportamiento (Gómez, 2008; 2016). Dado que, como escribió la terapeuta “el foco se puso siempre en respetar su ánimo para hacerlo, no por incentivos ajenos”, se infiere que el abordaje de esta área de objetivos implicó una labor de tipo operativa (Gómez & Pérez, 2016), por la cual paulatinamente pudiera lograrse la mejor consistencia o equilibrio posible entre el mundo interno de la paciente y los recursos de los que disponía o fuera adquiriendo para resolver los desafíos que se le iban presentando, considerando también el pedir y recibir ayuda. La técnica de resolución de problemas (Beck et al., 1979) habría sido útil para desafiar los pensamientos disfuncionales que operaban como obstáculos para promover los cambios y resolver los problemas.

Una de las principales fuentes de angustia de C. provenía de saber que como consecuencia del tratamiento de Qt perdería el cabello, las cejas y las pestañas. En el informe se señala que “tras recibir el diagnóstico, compró una peluca (…) luego, más adelante en una sesión pudo reírse por la precipitación”, de lo cual puede deducirse que los pensamientos anticipatorios del tipo catastrófico influían motivando conductas impulsivas. No obstante,también le preocupaba el aspecto estético general: piel pálida y con manchas, ojeras y

caída de las pestañas. La técnica de resolución de problemas habría sido efectiva para que C., a partir de un análisis racional del problema pudiera hallar una solución e implementarla, reforzando el proceso ya comenzado de normalización de sus emociones. De acuerdo al informe, se le estimuló para que realizara una tarea inter-sesión (Fernández-Álvarez, 2005) que consistió en una investigación en internet sobre el modo en que otras mujeres atravesaban los cambios estéticos. La terapeuta consignó, que la paciente realizó un taller de maquillaje oncológico, con resultados positivos en su autoestima. Se infiere de esta información, que C. pudo haber recuperado algo de control sobre su cuerpo y reparar su autoimagen dañada, aunque persistieran los efectos colaterales de la Qt. Como se analizará luego, la concurrencia al taller y conocer la actividad de voluntariado que realizan mujeres sobrevivientes de cáncer, permitió un reevalúo positivo de la experiencia (Tauber et al., 2019) y la puesta en marcha de nuevas actividades una vez que recibió el alta médica. Este recurso también pudo ser aprovechado para superar el aislamiento social autoimpuesto, ya que, como señala la terapeuta en su informe “su autoestima estuvo disminuida siempre en relación a lo estético, la afectó la pérdida de peso y la falta de socialización”. En este contexto pareciera que el temor al rechazo producto de la devaluación en la percepción de su imagen corporal, le generó sentimientos de vergüenza. Las técnicas de maquillaje mejoraron su aspecto, con efecto positivo en su esquema corporal. Esto permitió que el foco se pusiera sobre el factor fatiga, otro elemento que limitaba sus posibilidades de contacto social. En los días posteriores a las sesiones de Qt, C. sentía que mermaban sus fuerzas, se sentía débil por la falta de apetito producto del estado nauseoso general. Sobre este punto, la labor terapéutica consistió en acompañar el proceso por el cual C. aprendió a estimar de modo realista la cantidad de energía que necesitaba para llevar a cabo las actividades que deseaba realizar. A partir de este aprendizaje, pudo entonces retomar el contacto con sus amigas más cercanas. Primero, las visitas consistieron en reuniones breves en la casa de su hermana. Como se verá más adelante, el entrenamiento de la práctica de Mindfulness colaboró para que C. aprendiera a registrar su estado somato-anímico con mayor precisión, lo cual mejoró su habilidad para comunicar sus sensaciones y sentimientos de modo empático y a la vez asertivo. El paso siguiente, fue planificar reuniones con sus amistades en un lugar cercano a la casa de la hermana. El informe señaló que, a los cinco meses de trabajo terapéutico, C. se encontró en condiciones de establecer “nuevos objetivos y metas, concientizándose en no sobre exigirse, en ajustarse a las posibilidades físicas y concentrándose en expandir la capacidad de disfrute, siempre con los recaudos apropiados y previa consulta con su médico”. Por ejemplo, retomó las clases de guitarra y realizó un curso de cocina.

Gómez (2016) señaló que la resolución de problemas debe colaborar para que el paciente oncológico incluya el apoyo social como recurso. En este sentido, la necesidad de alojarse en la casa de la hermana durante el primer tercio del tratamiento tuvo en C. un impacto negativo dado que puso en cuestión su independencia. La terapeuta señaló en el informe que el trabajo consistió en “la aceptación de la ayuda, la buena comunicación cuando considere que esa ayuda no es óptima, la comunicación comprensiva” y en generar -llegado el momento-

las mejores condiciones para el retorno a su hogar. Si bien las acciones de cuidado y protección características del apoyo social de tipo emocional (Andrés et al., 2009) fueron brindadas de modo incondicional por la familia, del informe se desprende que C. apreciaba especialmente el acompañamiento de su tía, quien actuó como agente de validación y normalización de las emociones y sentimientos disfóricos de la paciente. Desde un marco amplio de análisis, el estilo personal de la terapeuta cercano y abierto a la expresión emocional (García et al.,2008) también pudo haber constituido una fuente de apoyo social de tipo emocional y de valoración (Andrés et al., 2009). La paciente también recibió de su tía un apoyo de tipo instrumental (Andrés et al., 2009): según el informe "la acompañó en la mayoría de las sesiones de Qt y fue su referente para esperanzarse en el éxito de su tratamiento". Por parte del colegio C. recibió también apoyo social instrumental: contó con entera disposición del marco de licencias legales y algunas tramitaciones necesarias para la obra social. De acuerdo a la terapeuta, cuando le fue posible "decir la palabra `cáncer´ y contar su enfermedad sin ponerse mal" consultó con el oncólogo acerca de la posibilidad de retomar la actividad laboral. Dos semanas después de finalizadas las sesiones de Qt, pudo estar en contacto con niños, lo que le permitió retornar al colegio, aunque cumpliendo una jornada laboral reducida y realizando tareas en el gabinete psicopedagógico. Por su parte, la estrategia terapéutica también mantuvo la dirección de que C. siguiera valiéndose del apoyo social de tipo informacional e instrumental (Andrés et al., 2009) que había comenzado con el taller de maquillaje. En el informe se mencionó que "consultó con otras especialidades médicas en la medida que lo veía necesario: dermatología, nutrición y odontología". Los resultados fueron satisfactorios: mediante un plan nutricional y el hecho de encontrar disfrute y distracción en la cocina, la paciente recuperó 3 kg en un lapso de 2 meses".

5.3.c) Estrategias orientadas a la promoción de mayor autonomía y agencia personal

Tal como señaló Fernández-Álvarez (1992) los significados referidos al esquema corporal se organizan en dos categorías la de orden constitucional y la de orden disposicional y a su vez se encuentran en relación al plano de los roles interpersonales. En esta recursividad entre expectativas, conductas y resultados se va organizando el mapa cognitivo del individuo, mostrando más sintonía cuanta más consistencia presenta respecto al guion personal. De lo analizado hasta el momento, se deduce que a medida que C. resolvió satisfactoriamente las inquietudes que le producían angustia y tristeza y también adquirió mayor control sobre su cuerpo y el ambiente, el cambio de creencias que subyacían a los rasgos de personalidad de tipo dependiente fue operando de manera tácita, aunque no había constituido un foco en la demanda de la paciente. Este resultado es coincidente con lo que expresaron Gómez y Mazzulla (2008) como característico del tratamiento psicológico de PEF: el hecho de que se revisen las creencias sobre la autoeficacia y se alcancen estructuras más sintónicas en la medida de que los resultados sean satisfactorios.

La labor terapéutica sobre la estructura de significados, tiene el propósito de atenuar las evaluaciones negativas y aumentar la percepción de controlabilidad y constituye una tarea

de tipo operativo para la que se aplican técnicas enfocadas en el pensamiento (Gómez, 2016). En el encuentro terapéutico, estas técnicas operan de modo sinérgico y simultáneo con las técnicas enfocadas en la resolución de problemas. Esto se desprende del informe analizado, en el cual la terapeuta sostiene “el objetivo era que le afectara menos la opinión y el accionar de los demás, concentrarse en su actividad individual y ser objetiva en las decisiones que toma”. En este sentido se infiere que la intención de operar sobre el segundo nivel de procesamiento, el de la redefinición de datos (Fernández-Álvarez, 1992), se llevó adelante a través del diálogo socrático dado que, como señalaron Pagés y Gómez (2016), constituye la modalidad privilegiada para que el paciente advierta la relación entre pensamientos automáticos (Beck et al., 1979) y estados emocionales poco adaptativos y se atreva a confrontarlos de modo razonado con evidencias.

Para evitar una reiteración de cuestiones ya analizadas en los subapartados anteriores en este se hará foco, solamente, en describir las intervenciones orientadas a lograr respuestas más adaptativas en el plano de las relaciones interpersonales, en particular atendiendo a dos campos problemáticos de relación: con su hermana y con su grupo de amigas.

El trasfondo de personalidad dependiente se expresaba en C. como una preocupación recurrente acerca de enojar o incomodar a su familia y amigas con sus propias angustias, estados de ánimo y malestares físicos. En la convivencia con su hermana se había restaurado una modalidad de vínculo en la cual C. se sentía obligada a obedecer a su hermana mayor. En síntesis y retomando algunos elementos presentes en la entrevista de admisión, la paciente no se percibía capaz de expresarse con sinceridad, porque las otras personas la rechazarían. La angustia se agudizaba porque se trataba de un momento en que “no podía estar sola” y “necesitar creerme fuerte, para poder afrontar la situación”. De esto se deduce el motivo por el cual la compañía de su tía le ofrecía tanto alivio; C. mencionó que “ella que lo pasó, me entiende”.

Gómez (2016) propuso como técnica orientada al pensamiento, la técnica de las interpretaciones alternativas por la cual se intenta lograr un cambio de concepción. Esto es lo que parece haber sucedido en la relación con la familia. El informe de seguimiento señaló que se la ayudó a “comprender que este proceso de enfermedad también es doloroso para su familia, que también ellos sienten miedos y están angustiados” y que “el foco se puso siempre en respetar su ánimo para hacerlo, no por incentivos ajenos”. Si en la cognición de base de la personalidad dependiente se le atribuye al otro un grado de competencia del que se carece, en este caso la labor terapéutica parece haber aportado algo de equilibrio, haciendo más simétrico el vínculo familiar. Según consta en el informe analizado, luego del primer tercio del tratamiento “fue sintiendo la necesidad de probar nuevamente estar sola (…) se fue a su departamento paulatinamente, probando un fin de semana, y al fin de semana siguiente, ya se quedó casi todos los días. Solo se quedaba en casa de su hermana, la noche previa y la noche de la sesión de Qt (…) para ir afrontando el miedo a sentirse sola, se buscaron hábitos distractores: un distractor que se acordó fue elegir una serie televisiva, de continuidad diaria o semanal”.

Con la mejora de la salud y el alivio del estrés mediante la práctica de Mindfulness, C. comenzó a organizar cenas para amigas y salidas, siempre con las precauciones sanitarias del caso.

En cuanto a la relación con las amigas, C. se mostró muy afectada por la pérdida de contacto social al inicio del tratamiento. Sin embargo, percibía como una exigencia el interés de sus amigas por visitarla, además de sentir aversión por el tipo de consuelo que recibía, al que juzgaba poco comprensivo. Se deduce que, cuando la terapeuta señaló que "el objetivo era que le afectara menos la opinión y el accionar de los demás, concentrarse en su actividad individual y ser objetiva en las decisiones que toma", estaba colocando el foco sobre los esquemas perceptuales asociados la necesidad de agradar y de no incomodar, también característicos del estilo dependiente. Si esta presunción es correcta, la intervención parece haberse orientado a trabajar con los contenidos globales, categóricos y absolutistas (Beck et al., 1979) asociados al pensamiento sobre-generalizador. Se ha analizado en el subapartado anterior, que una vez que C. aprendió técnicas de maquillaje y a registrar con más precisión sus estados físicos y anímicos, retomó el hábito de reunirse con sus amigas, en un principio selectivamente -solamente con algunas- y en encuentros de corta duración en la casa de su hermana. Este resultado denota un cambio perceptivo desde un patrón de tipo absolutista o extremo a una posición que integra alternativas; el hecho de que se reuniera con algunas amigas y en un formato en que ella convenientemente pudiera monitorear su estado físico y anímico, pareciera mostrar un movimiento que también contribuyó a desarrollar vínculos más simétricos.

También el objetivo terapéutico de promover mayor agencia personal tuvo por foco el ámbito laboral. Dado que el tratamiento de Qt. afectó negativamente sus defensas, C. se encontró imposibilitada para trabajar. Incluso, una vez terminada la Qt. solamente le fue autorizado retornar al colegio, con limitación de contacto con niños y en jornada reducida. Frente a esta coyuntura, se deduce que la técnica de la reevaluación positiva pudo haber sido la que facilitó la identificación de aspectos positivos (Gómez, 2016) y una construcción narrativa diferente (Tauber et al.,2019; Torrecilla et al., 2016) que hizo lugar a valorar áreas de su profesión que hasta el momento no había ejercido. Por iniciativa propia elaboró la propuesta de trabajar como asesora psicopedagógica, cuestión que fue aceptada por su empleador.

Asimismo, en el informe se hace constar la buena alianza alcanzada entre terapeuta y paciente, resaltando el espíritu de cooperación, compromiso y confianza que primó en el transcurso del tratamiento (García et al., 2008). Se deduce que los buenos resultados alcanzados también fueron posibles porque la paciente expresó un adecuado nivel de insight (Fernández Álvarez, 1992) y que la propia terapeuta pudo haber operado como modelo para que C. pudiera aprender a expresar sensibilidad, comprensión, empatía y asertividad.

Por último, cabe señalar que tres semanas luego de concluido el tratamiento C. se comunica con la terapeuta para informarle que todos los estudios realizados han dado resultados satisfactorios. Esta mejoría en la salud física también pudo ser observada por la pasante en el fragmento de la entrevista de seguimiento realizada tres meses luego de concluido el tratamiento y en la dimensión emocional, también se identificaron expresiones

verbales y gestuales que pueden ser asociadas con la alegría y la esperanza. En esta entrevista la paciente comentó que había comenzado a desarrollar una actividad de voluntariado en un hospital público de oncología, compartiendo con otras mujeres su experiencia en la práctica de maquillaje oncológico. De esta breve viñeta también puede deducirse que C. pudo integrar el evento de la enfermedad a su historia y además, encontrarle un sentido trascendente (Gómez et al., 2019); brindando apoyo socialamujeres que se encontraban atravesando las angustias que ella misma había podido superar.

Como conclusión de lo analizado, el diseño del tratamiento incluyó la aplicación de un conjunto variado de estrategias y técnicas que, de modo paulatino y procesual, facilitaron que la novedad de la enfermedad y de las consecuencias aversivas del tratamiento de quimioterapia pudieran ir integrándose al mapa cognitivo, de modo de no interrumpir dramáticamente el guion personal de la paciente. Se han analizado los tres objetivos terapéuticos, de regulación emocional, mejora en la capacidad de afrontamiento y promoción de la agencia personal en relación a los resultados puntualizados en el informe de seguimiento elaborado por la terapeuta. A falta de una descripción precisa en la fuente de información, se ha hecho un ejercicio de inferencia o deducción -según el caso- con el propósito de identificar y describir las técnicas psicoterapéuticas que pudieron haberse aplicado para lograr tales objetivos. Desde una perspectiva comprensiva y amplia del proceso analizado, la pasante encontró elementos suficientes que le permitieron valorar positivamente la incidencia de dos factores, más allá de las técnicas que pudieron ser aplicadas. El primero relativo al efecto recursivo que parecen haber tenido los resultados satisfactorios sobre el sistema de procesamiento de la paciente, en particular respecto a la percepción de autoeficacia y la mejora de la controlabilidad, de su cuerpo y del ambiente. En segundo lugar, y consistente con la investigación de Fernández-Álvarez y García (2019), la alianza terapéutica parece haber sido la trama que sostuvo el proceso y el estilo empático, abierto a la expresión emocional y a la vez directivo de la terapeuta parece haber operado como factor de modelado para la paciente.

5.4. Objetivo 3. Describir las características del programa de entrenamiento en Mindfulness y sus efectos sobre la regulación emocional y la adherencia al tratamiento médico, en una mujer joven con diagnóstico de cáncer tipo Linfoma de Hodgkin.

Una característica singular del MIT, como enfoque terapéutico, es la de valerse de distintos instrumentos que han probado ser efectivos para el tratamiento de padecimientos psicológicos. En el caso de PEF, la práctica de Mindfulness o Atención plena constituye un complemento a la terapia dialogal dado su potencial para mejorar la capacidad de afrontamiento y favorecer sentimientos positivos y de esperanza (Gómez, 2016; Fernández-Álvarez, 2016b).

De acuerdo a lo informado durante la entrevista que mantuvo la pasante con la instructora de Mindfulness, la incorporación del módulo de práctica debe realizarse bajo determinadas condiciones. Una de ellas es el acuerdo entre terapeuta y paciente en el sentido de que “es hora de algo nuevo que sume, una herramienta nueva que ayuda”. En segundo

lugar, es necesario “que trabaje con el terapeuta individual la regulación emocional, para que pueda lidiar con las emociones -muchas son dolorosas y desagradables- que surgen con el cultivo de la atención plena”. Teniendo en cuenta que la labor más importante de esta práctica es la de alcanzar la aceptación incondicional de la experiencia presente (Kabat-Zinn, 2013), la entrevistada sostuvo que este trabajo vivencial tuvo el propósito de “que el paciente pueda recibir lo que es y quedarse con eso; eso es lo que le va a permitir hacer algo con lo que va pasando (…) con Mindfulness se reduce el `piloto automático´ que hace que se experimente a través del pensamiento”. El programa de Mindfulness se inició pasado el primer tercio del tratamiento, en simultáneo con que la paciente manifestó su intención de retornar a su hogar.

El primer encuentro con C. tuvo el encuadre de una entrevista motivacional, en la cual la instructora informó acerca de la práctica, sus orígenes y cuáles serían los recursos que podría aportar al tratamiento psicoterapéutico. Se acordó con la paciente realizar un programa de cuatro encuentros semanales de 1 ½ hora en los que se desarrollaría la ejercitación vivencial para que luego ella pudiera aplicar los ejercicios en su vida cotidiana, con las audioguías de práctica. Según la entrevistada, la paciente manifestaba dificultades en dos áreas “sentía mucha vergüenza en abrir lo que le pasaba con otros, incluso personas cercanas y del trabajo y le provocaban mucha ansiedad los controles médicos que debía realizarse regularmente”, por eso el módulo fue diseñado para que ella pudiera transitar la experiencia de una manera menos reactiva, que aliviara sus sentimientos de vergüenza e inconformismo. Se le propuso como lema “Por más que no puedo hacer nada con la enfermedad, sí puedo hacer algo con cómo me siento y cómo reacciono”. En un sentido general, estos objetivos se dirigieron a aumentar la percepción de dominio y la expectativa de resultados positivos, alcanzando el mayor bienestar posible, tal como señaló Gómez (2004; 2011; 2016) en relación a la aplicación del Mindfulness en PEF.

El estado físico y anímico de C. resultaba adecuado para llevar a cabo todos los ejercicios incluidos en el manual de práctica de Kabat-Zinn (2013), por lo que se ajustó su presentación al programa de cuatro sesiones propuesto:

- Ejercicios primera sesión: a) Pasa de uva y b) atención plena a la respiración
- Ejercicios segunda sesión: atención plena al cuerpo o escaneo corporal
- Ejercicio tercer sesión: atención plena a los sonidos y los pensamientos
- Ejercicio cuarta sesión: atención sin límite

De acuerdo a lo expresado por la entrevistada, cada sesión se abrió con un tópico a trabajar y se propusieron las experiencias adecuadas, los ejercicios tuvieron una duración variable y fueron guiados por la instructora. Para algunos ejercicios se recurrió a poemas, paradojas y metáforas; en otros el foco fue la respiración o en distintas zonas del cuerpo, siempre bajo la modalidad de una meditación guiada. En cada sesión se acordó con la paciente el modo en que la práctica aprendida podría ser adaptada su vida cotidiana, considerando el ritmo de actividades que tendría durante la semana. Por ejemplo, si bien de acuerdo al programa MBSR (Kabat-Zinn, 2013), la práctica de escaneo corporal es conveniente realizarla en posición acostado, cinco días a la semana y durante 45 minutos, se adaptó la práctica para

que C., los días posteriores a la Qt. en que el malestar físico era más agudo, pudiera realizar "quizás solo una parte de escaneo y sentada, si fuera más confortable para ella". Como mencionó la instructora "Yo necesito conversarlo mucho con el paciente, para lograr la adaptación de los ejercicios a sus actividades (…) estos pacientes se ven muy sobrecargados de consultas médicas, tienen que ir a buscar los análisis … a veces se trata de hacer prácticas solamente de la vida cotidiana, como prestar atención plenamente al respirar, al caminar, al comer".

En el caso de C. llevar la práctica sobre la vida cotidiana contribuyó a que progresivamente pudiera serle más sencillo interactuar con personas de su entorno, por ejemplo, sus vecinos y amigas. Mediante los ejercicios de ampliar la atención a la experiencia de los sentidos externos e internos C. pudo comenzar a identificar el circuito de tensión corporal que se iniciaba a partir de la aparición de una persona, tensión que no era propia de la circunstancia dado que no había ninguna amenaza por tratarse de personas conocidas y amables, sino, como explicó la entrevistada, "la tensión está asociada a la intención de evitar o huir de la experiencia `sentida´ respondiendo a pensamientos regidos con ideas fijas acerca de cómo debe comportarse, qué debe sentir, cómo debe lucir frente a otros. Cuando la paciente logró identificar ambos planos, ya no tuvo necesidad de la acción compensatoria – en ese caso la de evitar el encuentro o pasar desapercibida- y por ende la experiencia global de malestar se alivió". Este logro resulta coincidente con lo expresado por Teasdale et al. (2000) en el sentido de que la práctica del Mindfulness permite registrar los pensamientos como entidades mentales en vez de reflejos precisos de la realidad. En poco tiempo, C. comenzó a conversar con sus vecinos, e incluso compartir con ellos el avance de su tratamiento. Lo mismo con sus compañeras de trabajo con quienes se encontró en lugares públicos.

El otro objetivo planteado alcanzó también resultados satisfactorios. El informe de seguimiento de la terapia mencionó que "durante el tratamiento le realizaron una punción lumbar, una biopsia en la piel y dos tomografías (…) frente a dichos procedimientos se enojaba y lloraba, pero no faltaba, cumplía turnos y horarios e indicaciones de los profesionales". Esta situación fue compartida entre terapeuta y coach "porque tenemos mucho contacto, trabajamos en conjunto, muy alineadas", según comentó la entrevistada. La propuesta fue que la paciente realizara el ejercicio de escaneo corporal mientras se dirigía caminando al centro de salud, registrando el peso del cuerpo sobre las plantas del pie, manteniendo una conciencia amplia sobre su respiración y evitando la rumiación mental. De esta manera, al estar en contacto con las sensaciones corporales y el estado emocional emergente momento a momento "pudo lograr algo más ecuánime, donde la experiencia no fuera sólo el resultado del pensamiento sino de los datos que trajera la situación". Esta práctica le permitió combatir con éxito "la predisposición a imaginar `los peores escenarios futuros´", habitual en PEF, tal como sostuvo Gómez (2016, p. 262).

Por último, cabe señalar que en lo que concierne al encuentro propiamente dicho entre practicante e instructora el foco estuvo puesto en la vivencia propuesta para cada día. A continuación de la práctica, fue habitual que se indagara con el fin de obtener una descripción -

a la manera fenomenológica- de las resonancias en los sentidos, emociones y pensamientos de la practicante. La entrevistada hizo hincapié en que este tipo de práctica habitualmente hace surgir elementos que el paciente traslada a su ámbito de terapia, nosotros aquí -señaló- “simplemente tomamos las cosas como observaciones y las dejamos pasar. Tal vez una pregunta es si encuentra un patrón común, pero no dirigido ni interpretado, eso le corresponde al terapeuta”.

Para resumir, el programa de entrenamiento en atención plena dirigido por una profesional capacitada en las técnicas, actuó reforzando los avances logrados por C. en su tratamiento individual de psicoterapia, mostrando efectos que actuaron positivamente alentando otros cambios. El módulo de cuatro sesiones fue diseñado de tal manera que las prácticas a realizar fuera de los encuentros, pudieran adaptarse a las condiciones y actividades de la paciente. Los dos objetivos sobre los cuales focalizó el programa alcanzaron resultados satisfactorios. Respecto al sentimiento de vergüenza que afectaba sus relaciones interpersonales, la paciente aprendió a advertir que el ciclo de tensión corporal se activaba frente a las personas como consecuencia de la acción de pensamientos automáticos críticos respecto a su condición de enferma de cáncer, lo cual le permitió afrontar de manera positiva y asertiva el contacto interpersonal y hablar más naturalmente de su enfermedad. A su vez, la angustia y enojo que le generaba asistir a los controles médicos y realizarse estudios, también se redujo. La paciente pudo, mediante técnicas de atención plena que ejercitaba camino al centro médico, lograr mayor aceptación y mejorar sus sentimientos de automanejo, aliviando el malestar global y -a la vez- mantenerse expectante de modo positivo sobre el avance de su tratamiento médico.

6. Conclusiones

A lo largo de este Trabajo Final Integrador ha sido posible profundizar en las variables teóricas y clínicas que el Modelo Integrativo de Psicoterapia ha desarrollado para brindar asistencia psicológica a personas con enfermedades físicas (Fernández-Álvarez, 1992; 2008; 2016) y en particular para pacientes oncológicos (Gómez, 2004; 2008; 2016). En el marco de los lineamientos de este enfoque ha sido descrita la estrategia de intervención clínica aplicada al caso de una mujer joven, paciente oncológica con diagnóstico de Linfoma de Hodgkin. El diseño del tratamiento fue personalizado, para lo cual el equipo de profesionales evaluó los resultados de la etapa de admisión. Esta etapa, que consistió en una entrevista personal y la administración de una batería de pruebas psicométricas, permitió elaborar una hipótesis diagnóstica que integró en la conceptualización del caso la demanda de la paciente, el ánimo bajo producto de una depresión leve y un estilo de personalidad con algunos rasgos de tipo dependiente. El malestar subjetivo, si bien se localizó especialmente en la zona corporal -en particular respecto a la pérdida del cabello y las pestañas-, se extendía a la zona de actividad y sobre el plano de los roles interpersonales (Fernández-Álvarez, 1992). La paciente se expresó con temor y tristeza sobre la pérdida de control del cuerpo y la autoestima; pidiendo ayuda para disminuir su angustia y recibir sostén para transitar el tratamiento de quimioterapia. Frente a la

admisora se encontraba una persona en crisis, que percibía la desorganización de los esquemas conocidos y sentía vulnerada su identidad y, en esas circunstancias, debía afrontar un tratamiento que incrementaría el estrés físico y emocional. En base a estas variables teóricas, la clínica se dirigió a promover cambios progresivos que mejoraran las capacidades de afrontamiento, aumentaran la autoeficacia y autonomía de la paciente, incluyendo una mejor percepción y aprovechamiento del apoyo social disponible, en línea con lo propuesto por Gómez (2004). Para llevar adelante el tratamiento la Institución asignó a una terapeuta mujer, con formación en la atención de PEF y un estilo personal caracterizado por un balance adecuado de empatía y directividad que resultaría apropiado para promover y sostener la motivación necesaria para que la paciente pudiera afrontar las circunstancias del momento (García et al., 2008) y atravesar la crisis vital. La psicoterapia se llevó adelante en la sede institucional, con encuentros individuales, cada semana durante seis meses.

El MIT integra en su marco teórico los fundamentos de varios enfoques de psicoterapias (Fernández-Álvarez, 1992). No obstante, en este caso y según la información analizada, las intervenciones estuvieron basadas sobre todo en el enfoque cognitivo-conductual dada la efectividad demostrada en cuanto a soporte de tareas terapéuticas de tipo operativas (Gómez, 2016). Estas tareas se dirigieron a promover cambios en tres áreas: la regulación emocional; la mejora en las capacidades de afrontamiento y la promoción de mayor autonomía y agencia personal en la paciente. Desde la perspectiva cognitiva, el logro de cambios en el nivel atencional y de redefinición de datos (Fernández-Álvarez, 1992) se encuentra asociado a generar una estructura de significados más sintónica que aporte funcionalidad al guion personal.

Por su parte, El MIT se caracteriza por actualizar sistemáticamente su repertorio de estrategias y técnicas para promover el alivio al padecimiento psicológico, en la medida que han sido validadas empíricamente (Fernández-Álvarez, 2016). Bajo este principio, pasado el primer tercio del tratamiento, terapeuta y paciente acordaron incorporar un nuevo recurso que consistió en un módulo de cuatro sesiones de entrenamiento en Mindfulness. La práctica de meditación centrada en la atención y aceptación incondicional a la experiencia presente, ha probado ser efectiva para la reducción del estrés y la regulación emocional en pacientes con enfermedades crónicas (Mehta et al., 2019; Wielgosz et al., 2019). El programa adaptado a sus necesidades y posibilidades, le permitió a C. afrontar el contacto interpersonal de manera asertiva y empática, manteniéndose positivamente expectante sobre el avance de su tratamiento médico.

En conjunto, todas las estrategias aplicadas han mostrado configurar un esquema clínico consistente, que progresivamente promovió en la paciente los cambios necesarios para integrar la experiencia de la enfermedad y los efectos de la quimioterapia en la trama de su guion personal, que -si bien sufrió tensiones, como lo fue la estadía transitoria en casa de su hermana- no llegó por eso a suspenderse ni a quebrarse dramáticamente (Gómez &Mazzulla, 2008). Por el contrario, los logros alcanzados trascendieron la capacidad de hacer frente a la enfermedad y sus circunstancias, que fueron los motivos del pedido de ayuda. De lo descripto

puede concluirse que la paciente introdujo cambios en su mapa cognitivo los que le permitieron superar ciertos automatismos que estaban en la base de un modo disfuncional de procesar la información. Resulta factible suponer que las estructuras de significados sobre sí y sobre el ambiente se tornaron más sintónicas, al darle cabida a una atención más amplia y a la valoración de alternativas y matices más ajustada a sus necesidades, como resultado de las estrategias aplicadas. Los resultados informados por la terapeuta y relevados en las entrevistas, dan cuenta de una mejoría en la percepción de autoeficacia: la paciente logró una mayor controlabilidad de su cuerpo y del ambiente, reduciendo el rasgo dependiente que caracterizaba su estilo relacional. En los términos de los propósitos de la psicoterapia para PEF (Gómez, 2016), la paciente pudo preservar la armonía de su proyecto y proyectar cambios satisfactorios a partir de la experiencia de la enfermedad.

Como se desprende de esta síntesis, la pasante tuvo a disposición recortes de información suficientes para determinar la configuración de inicio y los logros alcanzados por la paciente. Del análisis de estas fuentes pudieron extraerse dimensiones de interés respecto a muchas de las variables teóricas y clínicas inscriptas en el MIT, lo que permitió reconstruir el caso. Lamentablemente, no ha sido posible contar con el detalle de la secuencia de las intervenciones durante las sesiones, ni acerca de la progresión de los cambio. Esto ha constituido una limitación para analizar la “caja negra” que constituyen los procesos de cambio psicológico, es decir el modo en que para esta paciente la experiencia terapéutica se fue integrando en la construcción de nuevos significados. Por ejemplo, no ha podido conocerse ni analizarse el modo en que la pacienteha transitado el proceso de aceptación de las pérdidas, variable clínica cuya presencia ha sido destacada por Gómez (2004; 2008; 2016), en especial respecto a pacientes oncológicos.

La pasante comprende que realizar la práctica pre profesional en el área de la Clínica Psicológica es un desafío complejo, tanto para la institución que la ofrece como para el estudiante, precisamente por las condiciones de confidencialidad y el carácter procesual y relacional de la praxis. Sin embargo y particularmente considerando el valor que el movimiento de integración en psicoterapia le otorga a la identificación de abordajes teóricos e intervenciones cuya efectividad resulte empíricamente válida (Fernández-Álvarez, 2003; Gómez et al., 2019), sería deseable que se encontrasen mecanismos aptos para que el análisis de un caso único pueda completarse con un acceso amplio a la multiplicidad de registros que en la Institución visitada se generan alrededor del hecho clínico, preservando la confidencialidad que amerita la situación. De esta manera, la pasante considera que sería posible identificar con más precisión las actuaciones clínicas que con mayor eficacia promovieron el cambio psicológico en el marco de una alianza terapéutica particular.

Asimismo, de lo analizado se desprende que el apoyo social constituye una dimensión crítica en la mejora de la capacidad de dominio y percepción de autoeficacia. En este sentido, Perez et al. (2017) han señalado que los grupos terapéuticos se revelan como un dispositivo apto para esta función. En esta línea, en diversos estudios - como el llevado a cabo porBellver-Pérez et al. (2019)-se confirmó que las intervenciones basadas en el enfoque cognitivo

comportamental para reducir los niveles de ansiedad, depresión y mejorar la autoestima de pacientes oncológicos, resultaban eficaces en la terapia individual y también en la grupal.

A partir de estas investigaciones, la pasante se interroga acerca del aporte que podría haber constituido la integración de la paciente a un encuadre grupal. Sobre todo porque la institución visitada cuenta con experiencia en la modalidad de encuentros terapéuticos para jóvenes con desórdenes alimentarios como complemento a la terapia individual. Podría resultar de interés explorar las variables teóricas y clínicas que el MIT desarrolló y podrían servir de fundamento y dirección a tratamientos grupales para PEF.

Por último, resulta útil señalar que la pandemia del COVID-19, constituyó el contexto social e histórico en que fue elaborado este Trabajo Final Integrador. La experiencia en sí, tanto desde una perspectiva personal como comunitaria, permite resaltar la importancia de fortalecer la perspectiva bio-psico y social de la salud (Borrell-Carrió et al., 2017). El caso clínico analizado demostró que la regulación emocional y anímica, tiene efectos positivos en la adherencia al tratamiento. Por este motivo, una línea de investigación novedosa podría orientarse a indagar sobre el efecto psicológico de la restricción de contacto social y el riesgo al contagio a pesar de las normas de bioseguridad implementadas en los servicios de salud sobre la adherencia al tratamiento. A priori, estos factores parecen constituir elementos nuevos que podrían aumentar los niveles de distrés en personas enfermas que deben asistir a consultas con especialistas, continuar sus tratamientos de quimio o radioterapia, e incluso afrontar cirugías complejas.

La pandemia no solamente ha alterado la manera en que se dispone la asistencia sanitaria, sino que también el campo de la psicoterapia se ha visto convulsionado por la introducción masiva de la tecnología -a través de plataformas de comunicación virtual- como medio para sostener la atención clínica en contextos de aislamiento. El caso analizado ha confirmado que la psicoterapia promueve una mejor integración de la experiencia del enfermar al mapa cognitivo y emocional de PEF, por ello otra línea de investigación a desarrollar podría estudiar la experiencia de adaptación a la modalidad remota del Modelo Integrativo de Psicoterapia por parte de terapeutas y consultantes. Podría resultar de interés identificar los parámetros de eficacia del repertorio de intervenciones técnicas disponibles por el MIT, incluyendo en éstas a los programas de entrenamiento en Mindfulness, cuando se llevan a cabo en entornos virtuales. Esta perspectiva de investigación podría aportar elementos de interés para desarrollar un enfoque clínico particular para personas enfermas que no puedan movilizarse para recibir atención psicológica de modo presencial.

7. Referencias

Andrés, M., Remesal, R., &Torrico, E. (2009). *Apoyo social percibido en hombres operados de cáncer de laringe. Psicooncología, 6*(1), 227-241.

Bellver-Pérez, A., Peris-Juan, C., &Santaballa-Beltrán, A. (2019). Effectiveness of therapygroup in womenwithlocalizedbreastcancer. *International Journal of Clinical and HealthPsychology*, *19*(2), 107-114.

Beck, A., Rush, J., Shaw, B., &Emery, G. (1979/2010) *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brower.

Beck, A., Steer, R. & Brown, G. (2006) *Inventario de depresión de Beck: BDI-II.* Buenos Aires: Paidós.

Beutler, L., Moleiro, C., &Penela, V. (2004). Hallazgos de la investigación ¿qué funciona en psicoterapia? En H, Fernández-Álvarez y R. Ospazo Castro (Comps.), *La integración en psicoterapia* (pp. 70-104). Barcelona: Paidós Ibérica.

Borrell-Carrió, F., Suchman, A., & Epstein, R. M. (2017). El Modelo Biopsicosocial 25 años después: Principios, Prácticas e Investigación Científica. *Revista Chilena de Medicina Familiar*, *7*(2), 67-75. doi: 10.1370/afm.245

Bruder, M. (2006). El cuento terapéutico como favorecedor de la resiliencia: Una primera aproximación. *Psicodebate. Psicología, Cultura y Sociedad*, (6), 15-28.

Bruna, B., García, F., Rincón, P., Aravena, V., & Rivera-Valenzuela, C. (2019) Intervenciones breves basadas en Mindfulness para el tratamiento preventivo del estrés: una revisión sistemática. *Revista Argentina de Clínica Psicológica XXVIII*, 693-702. doi: 10.24205/03276716.2019.1113

Coppo, A., Maristany, M., & Martinez, A. (2008).Construcción del guion personal: psicoterapia con adolescentes y sus familias. En H. Fernández-Álvarez (Ed.) *Integración y Salud mental. El proyecto Aiglé*, *1977-2008* (pp. 273-301). Bilbao: Desclée de Brouwer.

Corbella, S. (2019) El Estilo personal del terapeuta y la alianza terapéutica. En H. Fernández-Álvarez y F. García (Comps.), *El estilo personal del terapeuta* (pp. 57-90). Buenos Aires, Polemos.

Crane, R., Brewer, J., Feldman, C., Kabat-Zinn, J., Santorelli, S., Williams, J., &Kuyken, W.(2017). What defines Mindfulness-based programs? The warp and the weft. *Psychological Medicine, 47*(6), 990-999. doi:10.1017/S0033291716003317

Cruzado-Rodriguez, J. (2014) *Manual de Psicooncología*. Madrid: Pirámide.

Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science, 196*(4286), 129-136.

Feixas, G., & Botella, L. (2004). Integración en psicoterapia: Reflexiones y contribuciones desde la epistemología constructivista. En H. Fernández-Álvarez & R. Ospazo Castro (Comps.), *La integración en psicoterapia* (pp. 33-67). Barcelona: Paidós Ibérica.

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

Fernández Álvarez, H. (1999). Terapia Cognitiva. En J. Abadi, H. Fernández-Álvarez y C. RauschHerscovici*El bienestar que buscamos* (pp.175-249). Buenos Aires: Hidalgo.

Fernández-Álvarez, H. (2003). Claves para la unificación de la psicoterapia. R*evista de Psicoterapia*, *14*(56), 27-47.

Fernández-Álvarez, H. (2005). El poder de la escritura en psicoterapia. *Revista de psicoterapia*, *16*(63), 27-58.

Fernández-Álvarez, H. (2008) Prólogo. En H. Fernández-Àlvarez (Ed.), *Integración y salud mental*: *el proyecto Aiglé, 1977-2008*(pp.13-19). Bilbao: Desclée de Brouwer.

Fernández-Álvarez, H. (2016a). El campo de la psicoterapia. En H. Fernández-Álvarez (Comp.),*Paisajes de Psicoterapia* (pp. 13-43). Buenos Aires: Polemos.

Fernández-Álvarez, H. (2016b). Perspectiva de la psicoterapia. En H. Fernández-Álvarez (Comp.),*Paisajes de Psicoterapia* (pp. 239-295). Buenos Aires: Polemos.

Fernández-Álvarez, H., & García, F. (2019) Introducción. En H. Fernández-Álvarez y F. García (Comps.), *El estilo personal del terapeuta* (pp. 11-36). Buenos Aires, Polemos.

Fernández-Álvarez, H., &Ospazo Castro, R. (2004) Introducción. En H. Fernández-Álvarez & R. Ospazo Castro (Comps.), *La integración en psicoterapia* (pp. 13-67). Barcelona: Paidós Ibérica.

Fernández-Álvarez, H., Pérez, A., & Fraga Míguez, M. (2008). Modelo de Abordaje y diseño de tratamientos. En H. Fernández-Álvarez (Ed.), *Integración y salud mental:el proyecto Aiglé, 1977-2008*(pp. 23- 64). Bilbao: Desclée de Brouwer.

Fernández Liporace, M. (2015). Instrumentos de evaluación de la personalidad normal y patológica. En M. F.Liporace& A. C.Solano (Comps.) *Evaluación de la personalidad normal y sus trastornos* (pp.129-152). Buenos Aires:Lugar.

García-Torres, F., Alós, F., & Pérez-Dueñas, C. (2015). El trastorno por estrés postraumático en los supervivientes al cáncer: una revisión de los tratamientos psicológicos disponibles. *Psicooncología: investigación y clínica biopsicosocial en oncología, 12*(2), 293-301. doi: 10.5209/rev_PSIC.2015.v12.n2-3.51010

García, F., Castañeiras, C., & Fernández-Álvarez, H. (2008). La investigación en clínica En H. Fernández-Àlvarez (Ed.), *Integración y salud mental*: *el proyecto Aiglé, 1977-2008* (pp.139- 170). Bilbao: Desclée de Brouwer

Gavidia, V., & Talavera, M. (2012). La construcción del concepto de salud. *Didáctica de las ciencias experimentales y sociales*, (26), 161-175.doi: 10.7203/DCES.26.1935

Gómez, B. (2004) Abordaje terapéutico de trastornos psicológicos asociados a enfermedades físicas crónicas. En H. Fernández-Álvarez y R. Opazo (Comps.), *La Integración en Psicoterapia* (257-281). Barcelona: Paidós Ibérica.

Gómez, B. (2008) Psicoterapia y cáncer. En H. Fernández-Àlvarez (Ed.), *Integración y salud mental: el proyecto Aiglé, 1977-2008*(pp.423-452). Bilbao: Desclée de Brouwer

Gómez, B. (2011). Contribuciones de la psicología clínica al campo de las enfermedades físicas crónicas. *Revista Argentina de Clínica Psicológica, 20*(3), 197-200.

Con formato: Fuente: (Predeterminado) Arial, Cursiva

Con formato: Fuente: (Predeterminado) Arial, Cursiva

Gómez, B. (2016). Abordaje de perturbaciones asociadas a enfermedades físicas crónicas. En H. Fernández-Álvarez (Comp.), *Paisajes de la Psicoterapia* (pp.239-266). Buenos Aires: Polemos.

Gómez, B., &Mazzulla, M. (2008) Enfermedad física y trastorno de personalidad. En H. Fernández-Álvarez (Ed.), *Integración y salud mental: el proyecto Aiglé, 1977-2008*(pp.387-422) Bilbao: Desclée de Brouwer.

Gómez G., & Pérez, A. (2016) La Formación y el entrenamiento. En H. Fernández-Álvarez (Comp.),*Paisajes de Psicoterapia* (pp. 75-96). Buenos Aires: Polemos

Gómez, B., Vega, E., Kirszman, D., & Fernández-Álvarez, H. (2019). Coping with the terminal illness of a colleague in a mental health organization. *Journal of Psychotherapy Integration*, *29*(2), 224-234. doi: 10.1037/int0000171

Gutiérrez-Zotes, J. A., Gutiérrez, F., Valero, J., Gallego, E., Baillés, E., Torres, X., ...&Livesley, W. J. (2008). Structure of personality pathology in normal and clinical samples: Spanish validation of the DAPP-BQ. *Journal of Personality Disorders*, *22*(4), 389-404.

Hartung, T., Brähler, E., Faller, H., Härter, M., Hinz, A., Johansen, C., &Mehnert, A. (2017). The risk of being depressed is significantly higher in cancer patients than in the general population: Prevalence and severity of depressive symptoms across major cancer types. *European journal of cancer* (*72*), 46-53.doi: 10.1016/j.ejca.2016.11.017

Holland, J. (2002) History of Psycho-Oncology: Overcoming Attitudinal and Conceptual Barriers. *Psychosomatic Medicine*. *64*(2), 206-221.

Juárez, F. (2011). El concepto de salud: Una explicación sobre su unicidad, multiplicidad y los modelos de salud. *International Journal of Psychological Research*, *4*(1), 70-79.

Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of Mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General hospital psychiatry, 4*(1), 33-47.

Kabat-Zinn, J. (2013). *Mindfulness para principiantes*. Barcelona: Kairós.

Kelmanowicz, V. (2016) El Modelo sistémico de la terapia. En H. Fernández-Álvarez (Comp.), *Paisajes de Psicoterapia* (pp. 165-187). Buenos Aires: Polemos.

Labardini Méndez, J. & Ledesma De La Cruz, C. (2010) Cap. 68 Enfermedad de Hodgkin. En M. Granados García & A. Herrera Gómez *Manual de oncología* (pp. 975-987). México: McGrawHill.

Larios-Jiménez, F., González-Ramírez, L., Montes-Delgado, R., González-Betanzos, F., de Jesús Morán-Mendoza, A., Solano-Murillo, P.,&Daneri-Navarro, A. (2018). Eficacia de las técnicas de relajación en la disminución de tensión, ansiedad y estrés percibidos por pacientes con cáncer bajo tratamiento de quimioterapia. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 17.doi: 10.24875/j.gamo.M18000138

Maristany, M., & Fernández Álvarez, H. (2008). Evaluación psicológica. En H. Fernández Álvarez (Ed.), *Integración y salud mental: el proyecto Aiglé, 1977-2008*(pp.65-108). Bilbao: Desclée de Brouwer.

Mehta, R., Sharma, K., Potters, L., Wernicke, A. G., &Parashar, B. (2019). Evidence for the role of Mindfulness in cancer: Benefits and techniques. *Cureus*, *11*(5). doi: 10.7759/cureus.4629

Montiel Castillo, V. E., & Guerra Morales, V. M. (2016). La psicoeducación como alternativa para la atención psicológica a las sobrevivientes de cáncer de mama. *Revista Cubana de Salud Pública, 42*(2), 332-336. doi.org/10.17081/psico.19.36.1301

Morales Barrera, R., Álvarez Avitia, M., de la Garza Salazar, J. & Aguilar Ponce, J. (2010) Cap. 18 Quimioterapia. En M. Granados García & A. Herrera Gómez *Manual de oncología* (pp. 223-231). México: McGrawHill.

Nugent, R., &Fottrell, E.(2019). Non-communicable diseases and climate change: linked global emergencies. *Lancet*, *394*(10199), 622-623.doi:https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31762-3

Organización Mundial de la Salud (2014) *Documentos Básicos*. *48.ª edición.* OMS, Italia. Recuperado de http: www.who.int › governance › who_constitution_sp

Organización Mundial de la Salud (2018) Es Hora de Actuar. Informe de la Comisión Independiente de Alto Nivel de la OMS sobre Enfermedades no Transmisibles. Ginebra, Organización Mundial de la Salud. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Orange, D. (2012) *Pensar la práctica clínica*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.

Pagés, S., & Gómez, G. (2016) El Modelo Cognitivo-Comportamental de la terapia. En H. Fernández-Álvarez *Paisajes de Psicoterapia* (pp. 133-164). Buenos Aires: Polemos.

Palacios-Espinosa, X., &Zani, B. (2014). Representaciones sociales del cáncer y de la quimioterapia en pacientes oncológicos. *Diversitas: perspectivas en psicología*, *10*(2), 207-223.

Palli, A. (2017). Psychoeducation: the way to make patients manage their illness and fill their future with life. *MentHealthFamMed*, *13*, 528-531.

Partarrieu, A. (2011). Diálogo socrático en psicoterapia cognitiva. In *III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Buenos Aires, Argentina: Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.

Pérez, P., González, A., Mieles, I., & Rodríguez, A. (2017). Relación del apoyo social, las estrategias de afrontamiento y los factores clínicos y sociodemográficos en pacientes oncológicos. *Pensamiento psicológico, 15*(2), 41-54.

Rogers, C. R. (1993). *El proceso de convertirse en persona: mi técnica terapéutica*. Barcelona: Paidós.

Salvo, N., Zeng, L., Zhang, L., Leung, M., Khan, L., Presutti, R., ...& Chow, E. (2012). Frequency of reporting and predictive factors for anxiety and depression in patients with advanced cancer. *ClinicalOncology*, *24*(2), 139-148. doi: 10.1016/j.clon.2011.05.005

Simón, V. (2016). Editorial: Mindfulness y Psicoterapia 10 Años después (2006-2016). *Revista de Psicoterapia, 27*(103), 1-5.

Con formato: Fuente: (Predeterminado) Arial, Cursiva, Inglés (Reino Unido)

Con formato: Fuente: (Predeterminado) Arial, Cursiva

Serebrinsky, H., & Rodríguez, S. (2014) *Diagnóstico sistémico: el diagnóstico de los sistemas humanos*. Buenos Aires: Psicolibro.

Tauber, N. M., O'Toole, M. S., Dinkel, A., Galica, J., Humphris, G., Lebel, S., …&Zachariae, R. (2019). Effect of Psychological Intervention on Fear of Cancer Recurrence: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Clinical Oncology*, *37,*1-18. doi:10.1200/jco.19.00572

Taylor, C. T., Lyubomirsky, S., & Stein, M. B. (2017).Upregulating the positive affect system in anxiety and depression: Outcomes of a positive activity intervention. *Depression and Anxiety, 34*(3), 267–280. doi:10.1002/da.22593.

Teasdale, J., Segal, Z., & Williams, J. (1995). How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (Mindfulness) training help?*Behaviour Research and therapy*, *33*(1), 25-39.

Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M., & Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by Mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of consulting and clinical psychology, 68*(4), 615.doi: 10.1037//0022-006X.68.4.615

Torrecilla, M., Casari, L., & Rivas, J. (2016).Afrontamiento y calidad de vida en mujeres pacientes oncológicas. *Psiencia Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, *8.* doi: 10.5872/psiencia/8.3.21

Vehling, S., Lehmann, C., Oechsle, K., Bokemeyer, C., Krüll, A., Koch, U., &Mehnert, A. (2011). Global meaning and meaning-related life attitudes: exploring their role in predicting depression, anxiety, and demoralization in cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, *19*(4), 513-520. doi:10.1007/s00520-010-0845-6

VielSirito, S., Limonero, J., Méndez, J., Ortega, D., Martí, M., Itey, V., ...&Vilanova, L. (2019). Evaluación de las propiedades psicométricas de la Escala de Detección de la Soledad Existencial en pacientes con enfermedades avanzadas. *Psicooncología*, *16*(1), 161-176 doi: 10.5209/PSIC.63653

Weiner, B. (1985). An attributional theory of achievement motivation and emotion. *Psychological review, 92*(4), 548-573.

Willig C., & Wirth, L. (2018) A meta-synthesis of studies of patients' experience of living with terminal cancer. *Health Psychology*, *37*(3), 228-237. doi:10.1037/hea0000581

Wielgosz, J., Goldberg, S. Kral, T., Dunne, J., & Davidson, R. (2019).Mindfulness meditation and psychopathology. *Annual review of clinical psychology*, *15*, 285-316.doi: 10.1146/annurev-clinpsy-021815-093423

Yalom, I. (1980) *Existential psychoterapy*. New York: HarperCollins Publishers.

Yalom, I. & Estrada, A. P. (2009). *Mirar al sol: la superación del miedo a la muerte*. México DF: Planeta

Yontef, G. (2009) *Proceso y diálogo en psicoterapia gestáltica*. Santiago: Cuatro Vientos.