

# Psicoterapia integrativa: una aproximación a la práctica clínica basada en evidencias

**Antonio Tena Suck**

Doctor en Psicología, Universidad Iberoamericana,  
especialidad en Psiquiatría Dinámica en la Asociación  
Psicoanalítica Mexicana.

Maestro en Psicología Clínica, Universidad Nacional  
Autónoma de México.

Licenciado en Psicología, Universidad Iberoamericana.

Investigador Nacional SNI nivel 1 (Sistema Nacional  
de Investigadores, 2019-2021).

Presidente del CNEIP (Consejo Nacional para la Enseñanza  
e Investigación en Psicología, 2015-2019).

Presidente de la FIAP (2019-2020).

Miembro fundador de AMOPP (Asociación Mexicana  
de Orientación Psicológica y Psicoterapia A.C).

Ex Director del Departamento de Psicología en la Universi-  
dad Iberoamericana, Ciudad de México (2008-2015).

Editor responsable:

**Lic. Georgina Moreno Zarco**  
Editorial El Manual Moderno



**Nos interesa su opinión  
comuníquese con nosotros:**



Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.,  
Av. Sonora No. 206, Col. Hipódromo,  
Alcaldía Cuauhtémoc, 06100, Ciudad de México



+52 (55) 5265 - 1100



info@manualmoderno.com  
quejas@manualmoderno.com

¡Síguenos!



www.manualmoderno.com

Para mayor información en:

- Catálogo de producto
  - Novedades
  - Pruebas psicológicas en línea y más
- www.manualmoderno.com**

Título original de la obra:

**Psicoterapia integrativa: una aproximación a la práctica  
clínica basada en evidencias**

D.R. © 2020 por Editorial El Manual Moderno S. A. de C. V.  
ISBN: 978-607-448-833-3

Miembro de la Cámara Nacional de la Industria Editorial Mexi-  
cana, Reg. Núm. 39.

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publica-  
ción puede  
ser reproducida, almacenada en sistema alguno o transmitida  
por otro medio —electrónico, mecánico, fotocopador, etcéte-  
ra— sin permiso por escrito de la Editorial.



es marca registrada de  
Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.

Psicoterapia integrativa : una aproximación a la práctica clínica basada en  
evidencias / [editor]

Antonio Tena Suck. -- 1a. edición. -- Ciudad de México : Editorial  
El Manual Moderno, 2020.  
xiv, 136 páginas ; 23 cm.

Incluye índice.  
ISBN: 978-607-448-833-3

1. Psicoterapia ecléctica. 2. Psicoterapia. 3. Orientación. I. Tena  
Suck, Edgar Antonio, editor.

**Biblioteca Nacional de México**

**No. de sistema [000715671] scdd 22**

Director editorial:

**Dr. José Luis Morales Saavedra**

Editora de desarrollo:

**Lic. Tania Flor García San Juan**

Diseño de portada:

**DG. Cinthya Karina Oropeza Heredia**

# CONTENIDO

|                                                                                                                                      |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| PRÓLOGO                                                                                                                              | V   |
| CONTENIDO                                                                                                                            | VII |
| INTRODUCCIÓN                                                                                                                         | XI  |
| <br>                                                                                                                                 |     |
| 1. COUNSELING EN MÉXICO:<br>UN ENFOQUE INTEGRATIVO                                                                                   | 1   |
| <i>Viviana Demichelis Machorro</i>                                                                                                   |     |
| <br>                                                                                                                                 |     |
| 2. EL INNEGABLE LAZO ENTRE LA<br>PSICOTERAPIA INTEGRATIVA Y LA ÉTICA                                                                 | 13  |
| <i>Ana Lilia Villafuerte Montiel</i>                                                                                                 |     |
| <br>                                                                                                                                 |     |
| 3. ÉRASE UNA VEZ SIN CITA                                                                                                            | 21  |
| <i>Monte Bobele, Daisy Ceja</i>                                                                                                      |     |
| <br>                                                                                                                                 |     |
| 4. MODELO INTEGRATIVO PARA LA DEPRESIÓN:<br>APROXIMACIÓN Y TRATAMIENTO                                                               | 38  |
| <i>Karla Chávez Mendoza</i>                                                                                                          |     |
| <br>                                                                                                                                 |     |
| 5. INTERVENCIÓN INTEGRATIVA<br>Y TRANSDIAGNÓSTICA DIRIGIDA<br>A LA REGULACIÓN EMOCIONAL                                              | 51  |
| <i>Michel André Reyes Ortega</i>                                                                                                     |     |
| <br>                                                                                                                                 |     |
| 6. PSICOTERAPIA INTEGRATIVA CON<br>ENFERMOS CRÓNICOS Y TERMINALES                                                                    | 67  |
| <i>Patricia García-Fernández</i>                                                                                                     |     |
| <br>                                                                                                                                 |     |
| 7. REHABILITACIÓN INTEGRAL<br>DE LA ADICCIÓN A SUSTANCIAS                                                                            | 84  |
| <i>Rodrigo Marín Navarrete, Alejandro Pérez López, Erika Valtierra Gutiérrez</i>                                                     |     |
| <br>                                                                                                                                 |     |
| 8. LA TÉCNICA DE PRECISIÓN E INTEGRACIÓN<br>(TPI): UNA HERRAMIENTA PARA LA<br>INTEGRACIÓN TERAPÉUTICA ESTRUCTURADA<br>Y FUNDAMENTADA | 104 |
| <i>Eitan Kleinberg Druker, Jaime Arturo de la Torre Soto</i>                                                                         |     |
| <br>                                                                                                                                 |     |
| ÍNDICE                                                                                                                               | 117 |



# PSICOTERAPIA INTEGRATIVA CON ENFERMOS CRÓNICOS Y TERMINALES

*Patricia García-Fernández*

“Un enfermo necesita alrededor blandura,  
necesita apoyarse en algo”.

*Albert Camus, La Peste*

## PANORAMA ACTUAL DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS Y TERMINALES EN MÉXICO

Gracias al desarrollo de la ciencia, la tecnología y de diversas políticas públicas en materia de salud, se han logrado avances importantes en el control de los padecimientos infecciosos. Sin embargo, las enfermedades crónicas no transmisibles han aumentado y se han convertido en las principales causas de muerte (Secretaría de Salud, 2015). El estrés, el sedentarismo, la alimentación de alta densidad energética, y el consumo de drogas, alcohol y tabaco son la norma en el estilo de vida actual, lo cual ha ocasionado problemas de obesidad, diabetes, hipertensión arterial, nefropatías, enfermedades cerebrovasculares, cáncer y otras afecciones crónico degenerativas en edades cada vez más tempranas que deterioran la calidad de vida y la productividad económica (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática [INEGI], 2018; Soto-Estrada, Moreno-Altamirano & Pahuja-Díaz, 2016).

Al respecto, se sabe que cerca del 70% de la población mexicana adulta padece sobrepeso u obesidad, situación que nos ubica en el segundo lugar mundial tan sólo después de Estados Unidos (Organisation for Economic Cooperation and Development, 2017). Esta condición ya es considerada una enfermedad crónica degenerativa y está asociada con el desarrollo de otros padecimientos —también crónicos— como la hipertensión arterial y la diabetes tipo 2. Así pues, las estadísticas muestran que uno de cada tres mexicanos sufre de hipertensión, 40% desconoce que la padece, y es la enfermedad que cobra más vidas en nuestro país (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino [ENSANUT MC], 2016; Federación Mexicana de Diabetes, 2016). La diabetes se ubica como la segunda causa de muerte, ya que 10% de las mujeres y 8% de los hombres la padece (ENSANUT MC, 2016); el tercer lugar lo ocupa el cáncer (Federación Mexicana de Diabetes, 2018), estimándose que cada año se diagnostican 148 mil casos nuevos, de los cuales 43% se encuentra en edad productiva (INEGI, 2018). Y aunque el VIH se presenta preponderantemente en una condición crónica debido al acceso gratuito de tratamiento antirretroviral (Iglesias & Moheno, 2011), en México hay 153



mil personas infectadas por el virus, de las cuales 52% se encuentran en fase de Sida (Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el Sida [CENSIDA], 2018). Además, se calcula que hay 37% más personas infectadas que desconocen su estado serológico (CENSIDA, 2015), situación que dificulta en gran medida el control de la epidemia. Tan sólo el año pasado se registraron 14 mil nuevas infecciones (CENSIDA, 2018).

Otro factor a considerar para comprender el incremento de las enfermedades crónicas en México es el envejecimiento poblacional. La esperanza de vida ha alcanzado los 78 años para las mujeres y 73 años para los hombres (INEGI, 2018), y se estima que para el 2050 contaremos con 25% de adultos mayores (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2003) que requerirán atención y cuidados sanitarios.

Cabe enfatizar que en México existe una gran desigualdad entre diferentes grupos socioeconómicos y entre diversas regiones del país con respecto al acceso a los sistemas de salud (Soto-Estrada, Moreno-Altamirano & Pahuja-Díaz, 2016); se calcula que más del 13% de nuestra población no está afiliada a alguna institución de salud (ENSANUT MC, 2016), lo que les impide recibir un tratamiento médico adecuado.

Por todo lo mencionado, resulta evidente que las enfermedades crónicas representan un gran desafío no sólo debido a que su prevalencia va en aumento, sino también porque un alto porcentaje de la población no adopta una cultura de prevención o desconoce que las padece; y, más allá de eso, aun sabiéndose enfermos, se atienden en forma tardía; en otros casos, su falta de autocuidado aumenta el riesgo de desarrollar complicaciones (Aguilar-Salinas, 2013).

No sobra decir que los pacientes, además de padecer una afección física, se ven afectados con dificultades psicológicas que pueden ser derivadas, o no, de la misma enfermedad, y son dichas dificultades las que frecuentemente limitan o impiden su recuperación física (*American Psychological Association*, 1998). Por lo tanto, es indispensable dejar de contemplar al cuerpo como algo aislado de la mente y comprender que cuando el cuerpo se ocupa para comunicar lo que no se puede expresar de otro modo, la persona desarrolla una enfermedad psicosomática. En sentido contrario, cuando el cuerpo se enferma por periodos prolongados se sufren síntomas físicos que generan problemas psicológicos llamados somatopsíquicos (Stora, 2018).

Debido a tales razones, el reto que representan las enfermedades crónicas no debe solamente ser enfrentado por el equipo médico y las instituciones hospitalarias, sino que se requiere de un abordaje holístico e interdisciplinario en el que el rol de psicólogos y psicoterapeutas resulta indispensable, ya que percibir al paciente únicamente como un cuerpo enfermo lo limita en muchas de sus posibilidades. En cambio, el ser humano tiene que ser visto y atendido integralmente considerando sus dimensiones somática, psicológica, familiar, social, cultural, política, económica y espiritual.

## **¿POR QUÉ ELEGIR UNA PSICOTERAPIA INTEGRATIVA CON ENFERMOS CRÓNICOS Y TERMINALES?**

Considero que para brindar un tratamiento psicológico eficaz a las personas que padecen alguna enfermedad crónica o terminal es necesario que los terapeutas ampliemos nuestras perspectivas teóricas y estrategias de intervención. Para ello se necesita de un modelo de psicoterapia integrativa que promueva la aceptación de la enfermedad, la definición de un nuevo sentido de vida, la promoción de bienestar y calidad de vida (Sperry, 2009); la adherencia al tratamiento médico (Rollnick, Butler & Miller, 2008); la comprensión del significado simbólico de la enfermedad (Rolland, 2000;



Sontag, 2003) y del sistema de creencias familiares (Rolland, 2000); la búsqueda de un trato basado en la justicia social (Chung & Bemak, 2012); y el acompañamiento compasivo cuando se llega a la fase terminal (Halifax, 2008; Ostaseski, 2017). Aunado a ello, me parece indispensable que el terapeuta detecte su contratransferencia, la haga consciente, la comprenda y la ocupe en beneficio del paciente (Agass, 2001; Southern, 2007).

Con el propósito de abordar todos estos tópicos se requieren múltiples perspectivas teóricas y técnicas, pero no partiendo de un eclecticismo desorganizado y sin fundamento (Jones-Smith, 2012); por el contrario, la manera de trabajar que propongo en este capítulo se refiere a una asimilación integrativa que implica tomar como base un enfoque teórico principal —que en mi caso es el psicodinámico— e incorporar comprensiones teóricas y estrategias técnicas de otros modelos para ocuparlas flexiblemente de acuerdo con las necesidades específicas de cada paciente (Norcross & Goldfried, 2005; Striker, 2001; Zarbo, Tasca, Cattafi & Compare, 2015). Los principales abordajes que he integrado a mi práctica son el enfoque sistémico posmoderno, la psicoterapia existencial, el *counseling* basado en la justicia social, el modelo cognitivo conductual y un abordaje tanatológico de espiritualidad budista.

Cabe enfatizar que en esta integración tengo en mente los factores comunes que comparten la mayoría de las psicoterapias y que se ha demostrado que son los responsables del cambio terapéutico exitoso. Principalmente me refiero a los recursos del paciente y a sus circunstancias extra-terapéuticas, a la relación terapéutica y a la esperanza en el cambio (Lambert, 1989).

Desde mi punto de vista, la mayor responsabilidad recae en la figura del terapeuta. Esto es especialmente importante cuando se trata de pacientes en estado de vulnerabilidad e indefensión como los enfermos crónicos y, principalmente, los que ya se encuentran en etapa terminal. Para animarse a compartir sus pensamientos, sentimientos, recuerdos y deseos más íntimos, es requisito indispensable sentirse en un ambiente de confianza genuina y de aceptación incondicional en el que se les escuche sensiblemente y no se les juzgue (Rogers, 1997). El terapeuta, al igual que una “madre suficientemente buena”, ha de ejecutar las funciones de sostén o contención (*holding*), de manejo (*handling*) y de presencia objetal (Winnicott, 1985); es decir, ha de prestarse como una figura de apego que le sirva al paciente de base segura (Bowlby, 1989). Además, ejecutando la función de *rêverie* (Bion, 1962), tendrá que entrar en sintonía con el paciente para ayudarlo a metabolizar sus experiencias emocionales desagradables, transformándolas en pensamientos que pueda procesar y tolerar.

Estas funciones del terapeuta están muy lejos de ubicar al paciente como un ser incapaz y dependiente; por el contrario, se le concibe como el experto en su vida y con los recursos suficientes para afrontarla, de modo que se le invita a colaborar activamente en su proceso desarrollando un vínculo sólido y una fuerte alianza terapéutica para trabajar en equipo (Miller, Duncan & Hubble, 1997).

Como se puede apreciar, un solo enfoque terapéutico se quedaría corto al atender psicológicamente a los enfermos crónicos y terminales, y por eso mi propuesta es hacerlo a partir de la psicoterapia integrativa.

## MÁS ALLÁ DEL DIAGNÓSTICO SOMÁTICO

El diagnóstico médico es el punto de partida para definir el tratamiento somático y para predecir su curso y su pronóstico, pero es insuficiente para comprender y abordar el problema desde el punto de vista psicológico. Rolland (2000) propone una “tipología psicosocial de la enfermedad” para establecer una relación entre lo biológico y lo psíquico, para entender el significado que se construye



de la enfermedad, para aprender a vivir con ella, para conocer el impacto que tiene en el sistema familiar y para planear las intervenciones psicoterapéuticas. Dicho modelo considera cuatro criterios para agrupar a las enfermedades de acuerdo con las demandas que exigen al paciente y a su familia:

- a) El comienzo de los síntomas, que puede ser agudo (accidente cerebral vascular o infarto) o gradual (artritis, Parkinson u obesidad).
- b) El curso de los síntomas, que puede ser progresivo; es decir, se agrava con el tiempo (diabetes o cirrosis hepática); constante, en el que existe un evento inicial y luego se da una estabilización (amputación o lesión de médula); o recurrente, en donde existen periodos de estabilidad sin síntomas que se combinan con fases de crisis (epilepsia, esclerosis múltiple o cáncer).
- c) La incapacidad que generan los síntomas, que puede ser leve (VIH o primera fase de la diabetes); moderada (artritis o disautonomía); o grave (lesión de médula o Alzheimer).
- d) El desenlace de la enfermedad puede ser mortal (cáncer metastásico o insuficiencia renal terminal); no mortal (parálisis cerebral o asma); o con expectativa de vida reducida (hipertensión o enfisema pulmonar).

Aunado a lo anterior, hay que apreciar la visibilidad de los síntomas, ya que algunos son muy evidentes y provocan estigmatización y vergüenza (como una malformación o una parálisis); otros, aunque pueden medirse, son invisibles y silenciosos y provocan que los pacientes los nieguen y no se apeguen al tratamiento médico (como la hipertensión); otros, además de que no se ven, son subjetivos (como el dolor crónico) y fomentan ambigüedad, preocupación (Rolland, 2000) y descreditación.

Para establecer junto con el paciente medidas de afrontamiento que ayuden a conseguir la mejor calidad de vida posible, resulta útil evaluar el diagnóstico particular de cada enfermo de acuerdo con esta tipología. Por ejemplo, el VIH tiene un comienzo agudo, una fase inicial invisible y silenciosa, un curso progresivo cuando se falla en la adherencia terapéutica, una incapacidad leve y un desenlace con una expectativa de vida reducida. Sin embargo, sin tratamiento médico y sin autocuidados, el progreso que lleva a desarrollar Sida provoca una incapacidad moderada, una visibilidad evidente y un desenlace fatal.

Debido a que la enfermedad y discapacidad no son estados estáticos, sino que siguen un desarrollo dinámico por fases a lo largo del tiempo, a continuación, se plantearán las demandas psicosociales y las tareas de desarrollo que hay que atender en cada etapa (Rolland, 2000) junto con las estrategias de intervención basadas en el enfoque de psicoterapia integrativa.

## **ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN INTEGRATIVA PARA ENFERMEDADES CRÓNICAS Y TERMINALES**

Los expertos coinciden en que las enfermedades crónicas pasan por tres fases con el transcurso del tiempo: crisis, crónica y terminal (Rando, 1984, citado en Manis & Bodenhorn, 2006; Rolland, 2000). Coincido con ellos, pero yo he encontrado que en muchas enfermedades la fase crónica consta de dos momentos: una primera etapa silenciosa —o con pocos síntomas— durante la cual el tratamiento médico puede controlar en buena medida el deterioro, y otra etapa posterior en la que aparecen más complicaciones que van mermando la calidad de vida. Esto es diferente en las enfermedades cuya progresión es recurrente debido a que hay tanto periodos de crisis como de estabilidad a lo largo de la fase crónica.



En cada fase se presentan retos diferentes que exigen adaptar las intervenciones terapéuticas de acuerdo con las demandas específicas de cada momento para cada paciente.

## Fase de crisis

Generalmente inicia previamente al diagnóstico cuando la persona comienza con malestares y síntomas que le hacen sospechar que algo anda mal con su salud (Rolland, 2000); no obstante, es común que, por miedo a confirmar las sospechas, se postergue la visita al médico. También sucede, aunque con menor frecuencia, que la persona sin tener molestias se entere de su diagnóstico por unos análisis de laboratorio de rutina; esto es común para el caso del VIH (García-Fernández, 2016), hipertensión, diabetes o cáncer.

De acuerdo con Rolland (2000), esta primera fase incluye el momento de recibir el diagnóstico crónico o terminal, el proceso inicial de afrontamiento y la adaptación al nuevo tratamiento. Es un periodo en donde la ansiedad es tan intensa que provoca una crisis ante la pérdida de control sobre el cuerpo, sobre uno mismo y sobre la vida (Delmar *et al.*, 2005) y las reacciones son tan amplias que pueden fluctuar desde una total negación hasta un llanto descontrolado. El objetivo principal es contener las emociones intensas de ansiedad, enojo y tristeza (Cartwright & Cassidy, 2002), y con frecuencia hay que abordar el temor a la muerte o ideas suicidas para restaurar la vitalidad y re-encontrarle sentido a la vida. No sobra decir que es indispensable identificar la presencia de algún trastorno mental pre-existente o derivado de la crisis para que sea tratado psiquiátricamente de manera oportuna (Purdy, 2013).

Durante este tiempo se reconoce la propia fragilidad y finitud debido tanto a las pérdidas físicas por los cambios en el cuerpo, como a las pérdidas emocionales con respecto a planes y expectativas de vida (Holt, Houg & Romano, 1999). Surgen miedos ante lo desconocido, ante la soledad, ante el nivel de tolerancia al dolor físico y psíquico, ante la discapacidad (Rando, 1984, citado en Manis & Bodenhorn, 2006) y ante la dependencia y la muerte (García-Fernández *et al.*, 2008; García-Fernández, 2012). Aparecen también sentimientos de vulnerabilidad e inseguridad, pues se desconoce la respuesta a preguntas como ¿qué me está pasando?, ¿cuánto me queda de vida?, ¿cómo voy a morir? y ¿por qué a mí?, entre otras, que llenan a la persona de dolor, tristeza, enojo, ansiedad e incertidumbre (Sanz-Ortiz, 1992). Cómo se enfrente esta crisis depende de la personalidad y de las experiencias de vida del enfermo, y a partir de esto, se construirá un significado plagado de fantasías que podrá hacer más llevadera la enfermedad o que bloqueará los recursos para afrontarla (Rolland, 2000; Sontag, 2003).

Para intervenir terapéuticamente sobre estos temas, es necesario abordarlos desde los modelos psicodinámico, narrativo, cognitivo conductual, existencialista y espiritual. Se recomienda utilizar estrategias de acompañamiento y contención para reducir el nivel de ansiedad y para permitir que la persona exprese sus emociones y sus dudas abiertamente (García-Fernández, 2016). Se puede iniciar preguntándole sobre lo que más le preocupa e ir corrigiendo pensamientos irracionales para que pueda mitigar sus miedos y fantasías.

Es importante dedicar tiempo suficiente para explorar el significado específico que la persona da a su enfermedad y las metáforas que ocupa para describir al órgano afectado, a los cambios en su cuerpo y en su autoimagen (Sontag, 2003). Todo esto va a ir contribuyendo a que el paciente asuma una nueva identidad que incluya a la enfermedad crónica como compañera permanente de su vida (Rolland, 2000).



Más allá de eso, el paciente necesita hacerse cargo de su enfermedad para procurarse la mejor calidad de vida posible. Al respecto, recomiendo utilizar estrategias de psicoeducación, que brinden información útil para que el paciente pueda adoptar un rol activo en las decisiones sobre su tratamiento (Alcántara, Tejeda, Mercado, Lara & Flores, 2004).

Merece la pena enfatizar que el paciente forma parte de una familia que también es afectada por la enfermedad debido a las demandas psicosociales, la incertidumbre y la idea de que el paciente puede empeorar. Los familiares igualmente experimentan ansiedad, negación, cólera, tristeza, culpa, agotamiento, desesperanza y duelo, de manera que surge una gran desorganización en las funciones y roles familiares. Y así como la enfermedad influye sobre la familia, la familia influye circularmente sobre la enfermedad al fungir como red de apoyo principal y al contribuir activamente a desarrollar un sistema de creencias que brinde coherencia a la vida familiar, puesto que a través de éste se interpretan los hechos, se toman decisiones y se actúa en consecuencia (Rolland, 2000). Se ha comprobado que la familia reacciona a la enfermedad no por el nivel de gravedad real, sino por el significado subjetivo que le atribuye (García-Fernández, 2011; McDaniel, Hepworth & Doherty, 1997). Así pues, resulta indispensable comprender el impacto de la enfermedad e intervenir sobre los temas familiares desde un paradigma sistémico.

Aquí es preciso repetir que entre la población mexicana existe una gran desigualdad socioeconómica que afecta el acceso a los sistemas de salud (Soto-Estrada, Moreno-Altamirano & Pahuadía, 2016). Este hecho invita forzosamente a diseñar estrategias de intervención psicológica basadas en el modelo de justicia social (Chung & Bemak, 2012) para defender el respeto a los derechos humanos de todas las personas sin importar su origen étnico, condición social, edad, género, orientación sexual, religión, lengua, apariencia física, discapacidad o condición de salud.

Con respecto a la condición de salud, es sabido que muchas personas son discriminadas por la enfermedad que padecen. Algunas enfermedades conllevan un estigma por tener síntomas muy visibles, como una malformación o parálisis, o por el órgano que resulta afectado; es decir, para la mayoría de las personas no es difícil escuchar sobre una enfermedad cardíaca, pero muy pocos están dispuestos a escuchar sobre los síntomas del aparato excretor (Myers, 2004). Lo mismo sucede con una persona que vive con VIH o que padece otra infección de transmisión sexual, pues se juzga que el virus es un castigo merecido por sus conductas (Sontag, 2003). Asimismo, las personas con una enfermedad mental son estigmatizadas. Todos ellos, además de sufrir por los efectos de su enfermedad, tienen que soportar discriminación y malos tratos que les provocan sentimientos de culpabilidad o vergüenza por lo que se opina de ellas. Esto es un detonador de mayor dolor emocional y estrés, así como de conductas de aislamiento y abuso de sustancias (Hernández, 2007).

Buscando aminorar la desigualdad y la discriminación, el terapeuta necesita asumir un rol proactivo en la defensa de los pacientes, y a la vez, también generar un rol activo de parte de ellos para que desarrollen competencias psicológicas y habilidades de afrontamiento que les permitan exigir el respeto a sus derechos humanos y lograr cierto dominio sobre su entorno (Chung & Bemak, 2012).

Haciendo un esbozo de lo que he presenciado en la fase de crisis, es posible afirmar que pocas personas reaccionan con ansiedad leve y son capaces de tener intentos adaptativos de afrontamiento. Lo más común, en cambio, es que el paciente recién diagnosticado responda con una ansiedad intensa que lo lleva a someterse a los procedimientos médicos por temor, o con mecanismos de negación que provocan actitudes de rebeldía hacia el tratamiento prescrito. El manejo terapéutico que facilita transitar por dicha crisis es mostrar empatía ante la situación por la que pasa el paciente,



validar sus sentimientos, contener sus emociones intensas, motivar el autocuidado, dar psicoeducación y explorar el significado simbólico que da a su enfermedad.

### Fase crónica de mantenimiento

Esta fase abarca el lapso de tiempo que transcurre entre que se supera la crisis posdiagnóstico y comienzan las complicaciones de la enfermedad; sólo sucede en los padecimientos cuyo curso es progresivo pero que pasan por una primera etapa silenciosa, indolora, o con pocos síntomas, durante la cual el tratamiento médico puede controlar en buena medida el deterioro. Ejemplos de estos son la diabetes tipo 2, hipertensión arterial, obesidad, VIH, artritis, lesiones de médula, entre otras. Esta fase también es propia de enfermedades con curso recurrente durante sus periodos de estabilidad, por ejemplo, esclerosis múltiple, lupus, disautonomía, cáncer en estado de remisión, entre otras.

Según Rolland (2000) y Swendeman, Ingram y Rotheram-Borus (2009), las tareas de este periodo son comprender la enfermedad, controlar los síntomas y aprender a vivir con ellos, adaptarse a los procedimientos, promover la independencia, prevenir complicaciones y discapacidades, y mejorar la calidad de vida. Yo agrego que la meta principal de esta fase es asumir la cronicidad de la enfermedad y aceptar emocionalmente que permanecerá para siempre. Myers (2004) explica que es necesario integrar la enfermedad a la identidad personal, pero asumiendo que ésta es sólo una parte de la identidad total. Al lograrlo, se puede acelerar y fortalecer una comprensión más amplia de uno mismo y de otras personas en condiciones similares, lo cual ayuda a vivir una vida lo más "normal" posible (Rolland, 2000).

Opino que una parte esencial de dicha vida "normal" consiste en incorporar como un hábito las prescripciones médicas que ayudarán a mantener bajo control los síntomas y que aplazarán las complicaciones y el deterioro. Se ha comprobado que las técnicas cognitivo-conductuales son las que mejor funcionan para mantener una buena adherencia al tratamiento (Rollnick, Miller & Buttler, 2008). El punto de partida es dar psicoeducación, ya que muchas veces la falta de autocuidado se debe a la falta de información, pero cuando se comprende el por qué de los procedimientos médicos y el para qué de los medicamentos, la adherencia mejora (García-Fernández *et al.*, 2008).

Otro elemento que favorece el apego al tratamiento es tener una buena relación con su médico basada en la confianza para poder comunicar sus dudas y necesidades (García-Fernández *et al.*, 2008). Además, resulta útil revisar con el paciente las indicaciones prescritas por su doctor y ayudarlo a entenderlas, buscando que asuma un rol activo en la toma de decisiones sobre su tratamiento, en el planteamiento de metas y en la resolución de problemas (Swendeman, Ingram & Rotheram-Borus, 2009).

Peralta y Carvajal (2008) sugieren tratamientos lo menos complejos posibles, con pocos medicamentos y escribiendo todas las indicaciones claramente; adaptar las recomendaciones a los hábitos y gustos del paciente, a sus horarios, ocupación, economía y apoyo familiar; asociar la toma de medicinas con sus actividades cotidianas; explicar con detalles los cambios necesarios en su estilo de vida, los beneficios que se obtendrán y los factores de riesgos implicados. No hay que olvidar propuestas tan simples como una buena higiene de sueño, llevar una dieta balanceada, tener actividad física, tomar un masaje cuando hay dolor o yoga cuando hay estrés (Zinker, 1978, citado en Cameron, 2011), o poner alarmas como recordatorios para la toma de medicamentos.

Otra intervención útil en esta fase es ayudar al paciente a entrar en contacto con su cuerpo señalándole lo que observamos para que aprenda a autoobservarse; por ejemplo, que su postura es



rígida o su voz temblorosa. Asimismo, pedirle que describa con sus palabras lo que su cuerpo le trata de decir por medio del dolor (Zinker 1978, citado en Cameron, 2011).

Dado que los familiares también están siendo afectados por la enfermedad, Rolland (2000) busca promover una buena comunicación en la que se pueda hablar abiertamente de los padecimientos y liberar emociones reprimidas, y que además se puedan reconocer, negociar y tolerar los diferentes puntos de vista de los miembros del sistema para mitigar conflictos.

Para ello, un prerequisite es que el paciente comience a ganar consciencia sobre sí mismo. A partir de estrategias psicodinámicas, se interviene analizando sus temores, deseos, pulsiones y fantasías sobre sus síntomas y su autoimagen. El objetivo es trabajar con sus conflictos inconscientes relacionados con la enfermedad para desarrollar mejores habilidades de afrontamiento (Purdy, 2003).

Como ya lo he mencionado en otro trabajo (García-Fernández, 2011), los pacientes responden al padecimiento por el significado que le atribuyen más que por la gravedad del mismo; entonces resulta muy efectivo examinar de manera colaborativa, bajo el modelo de la terapia narrativa, los aspectos negativos que describen sobre su enfermedad para deconstruirlos, modificarlos y co-construir nuevas interpretaciones que sean más adaptativas y funcionales. Esto les permitirá tener un sentimiento de dominio sobre la enfermedad, los síntomas y el dolor (Rolland, 2000).

Se ha reportado que los pacientes obtienen más beneficios somáticos y emocionales cuando están en terapia grupal (Sikkema, Hansen, Meade, Kochman & Lee, 2005). La ansiedad, depresión y aislamiento se reducen al igual que las estancias hospitalarias (*Harvard Mental Health Letter*, 2003), además la relación con su equipo médico mejora (Alcántara, Tejeda, Mercado, Lara & Flores, 2004). Así que de manera paralela a todas las intervenciones individuales o familiares antes descritas, es conveniente derivar a los pacientes a grupos de autoapoyo que les proporcionen un espacio para expresar libremente sus sentimientos e inquietudes acerca de la enfermedad crónica que padecen, y para compartir sus experiencias y crear redes de apoyo con otras personas en condiciones similares a las suyas (Hernández, López & Pérez, 2007).

Esquematizando lo que he observado acerca de esta fase sin complicaciones, resulta pertinente afirmar que la mayoría de los pacientes muestra incredulidad hacia su enfermedad cuando no provoca una incomodidad significativa; esto los lleva a mantener una conducta de apatía o de control intermitente respecto a su autocuidado. Lo ideal es motivar la adherencia al tratamiento en busca de hábitos saludables que brinden una buena calidad de vida. Para lograrlo, es importante que el paciente tome consciencia de que la enfermedad crónica llegó para quedarse. Por lo tanto, redefiniendo su identidad y co-construyendo significados no aterradores sobre su situación, podrá tener expectativas realistas que le permitan retomar con responsabilidad el control de su vida para evitar riesgos y postergar las complicaciones lo más posible.

### **Fase crónica con complicaciones**

Algunas enfermedades como cáncer, insuficiencia renal, epilepsia de difícil control y síndromes con dolor crónico, entre otras, llegan a esta fase prácticamente al mismo tiempo en que se recibe el diagnóstico, puesto que desde el primer momento surgen síntomas incómodos, incapacitantes o dolorosos. Empero, hay otras afecciones que llegan a esta fase después de un tiempo, cuando los tratamientos comienzan a fallar y aparecen complicaciones con síntomas más incapacitantes, por ejemplo, el sida, diabetes, y hepatitis B y C que derivan en cirrosis o cáncer.



Lo prolongado del padecimiento y el tratamiento van dejando un impacto psicológico profundo que repercute en esta fase. Las actividades cotidianas se ven afectadas, se puede perder el control sobre la vida, se generan conflictos en las familias y los métodos usuales para afrontar problemas pierden efectividad (Rolland, 2000). Algunos pacientes experimentan ansiedad, depresión y una falta de energía física, mientras que otros se sienten enojados; para ambos, sus preocupaciones principales son el dolor físico y el deterioro que van experimentando junto con el temor de que éstos vayan en aumento y que, por lo tanto, terminen siendo una carga para sus familiares (García-Fernández *et al.*, 2008).

Las hospitalizaciones durante periodos de complicaciones médicas son comunes, situación que reactiva crisis emocionales; la indefensión y vulnerabilidad del paciente provocan conductas y actitudes regresivas ante las cuales requiere de mayor apoyo psicológico. La familia también se ve afectada, de tal forma que hay que explorar y atender sus fantasías y afectos, la información errónea que puedan tener, las diferencias que puedan generarles conflictos y sus habilidades de afrontamiento (Rolland, 2000).

He observado en los pacientes una constante lucha entre mantener la esperanza y dejar que el curso de la enfermedad siga su camino; entre apegarse al tratamiento y no cooperar para sacar provecho de las ganancias secundarias. No obstante, cuando a los pacientes se les da la oportunidad de explorar su sistema de creencias, externalizar la enfermedad y deconstruir la narrativa saturada del problema para reconstruir una historia alternativa, la ambivalencia se mueve hacia el lado positivo y aparecen conductas más adaptativas y funcionales en su vida en general y en su adherencia al tratamiento en particular (García-Fernández *et al.*, 2008).

Otras tareas terapéuticas que funcionan son ayudar al paciente a recordar cómo superó crisis previas, a definir cuáles son sus planes en el mediano plazo y, paralelamente, a desarrollar flexibilidad ante los cambios y la incertidumbre (Rolland, 2000).

A nivel sistémico, hay que apoyar para redefinir los roles familiares dependiendo del nivel de discapacidad, para que quede claro quiénes atenderán al paciente y cómo van a distribuir las tareas. Para esto, es necesario desarrollar estrategias hacia una comunicación asertiva que incluya necesidades y sentimientos, así como tácticas que permitan mantener la máxima autonomía de cada miembro (Rolland, 2000).

Es igual de importante que todos los que rodeamos a un paciente —equipo de salud, psicólogos, familiares y amigos— lo posicionemos como el conocedor de sus necesidades, temores, motivaciones, costumbres y creencias, pues a partir de esta realidad subjetiva, que para él tiene mayor peso que la verdad científica, es que formula sus pensamientos, sentimientos y decisiones acerca de su condición (García-Fernández, 2011).

El paradigma de la psicología positiva resulta de gran ayuda al promover bienestar subjetivo, satisfacción vital, sentido y significado, coherencia, flexibilidad, optimismo y gratitud. A través de estos sentimientos, las personas tienden a perseverar en su recuperación y a conservar una vida de calidad aún ante la adversidad de la enfermedad (Purdy, 2013).

La consciencia corporal que surge al entrenar la respiración utilizando técnicas de *mindfulness* (conciencia plena) da la posibilidad al paciente de reconocer con apertura y curiosidad sus percepciones, sensaciones, pensamientos y sentimientos para poder aceptarlos como son, sin juicios y sin desear que sean diferentes. Esto mejora la regulación emocional, el manejo del dolor y la tolerancia a la incertidumbre; e incluso se han reportado cambios neuroplásticos en la corteza cerebral, reducción de los niveles de cortisol, disminución en la tensión arterial y fortalecimiento del sistema inmunológico (Purdy, 2013).



De manera puntual, lo que yo he visto en esta fase es que muchas veces la frustración, los miedos, la tristeza y la pérdida de cierta autonomía en su vida diaria llevan a los pacientes a rendirse en su lucha por controlar la enfermedad; eso los lleva a abandonar sus tratamientos y a experimentar desesperanza. También es común ver cómo aquellos pacientes que negaban estar enfermos adquieren conciencia de su deterioro y experimentan temor por lo que viene, desesperación y culpabilidad por no haberse cuidado antes; éstos se apegan a sus tratamientos, pero de manera intermitente. Sin embargo, la tarea terapéutica es guiarlos hacia hábitos saludables y a que mantengan la esperanza, pues mientras tengan vida, ésta puede ser de calidad. De igual forma, hay que ayudarlos para que logren reconciliarse consigo mismos y con su cuerpo para favorecer emociones más positivas. El apoyo de familiares y amigos es indispensable, así que hay que integrarlos en las intervenciones terapéuticas.

### Fase terminal

Se llega a la fase terminal cuando por las condiciones de deterioro en órganos y sistemas, el paciente ya no es candidato para seguir recibiendo un tratamiento médico que persiga una curación, sino uno paliativo que busque el mayor bienestar posible (Barreto & Bayés, 1990) a partir del control de los síntomas, del dolor y del sufrimiento (Russo, 2015). El enfermo usualmente es consciente de su gravedad tanto por los cambios que percibe en su cuerpo, como por el ánimo del equipo médico y de sus familiares (Barreto & Bayés, 1990), y eso les permite esperar su muerte con resignación y paz; empero, otros enfermos viven este periodo con temor, sobre todo si tienen conflictos significativos sin resolver (García-Fernández, 2012).

Cuando la muerte ya es inminente, la duda no es si voy a morir, sino cómo y en cuánto tiempo (Gordon & Shontz, 1990). Surgen varios temores: a la incertidumbre (Burke & Miller, 1996), al dolor, al desamparo, a la impotencia, a la dependencia, a la pérdida de dignidad, a la separación de los seres queridos y a lo desconocido tras la muerte (Bath, 2010; Bingley *et al.*, 2006). Se va perdiendo control sobre sí mismo, aparecen estados depresivos, de angustia, confusión, fracaso, incapacidad, indefensión, desamparo y aislamiento (Barreto & Bayés, 1990). Así pues, el duelo anticipado provoca un pesar tan doloroso y desafiante como la misma muerte (Rolland, 2000) y por tal, emerge una necesidad natural de reatramiento hacia uno mismo para lograr un acuerdo con el yo ideal, para restablecer o mejorar las relaciones con otras personas significativas, para afrontar las pérdidas presentes y futuras (Rando, 1984, citado en Manis & Bodenhorn, 2006), para hacer un recuento y evaluación de la propia vida (Pilsecker, 1975), para encontrar un sentido de vida y para darle un significado a la enfermedad y la muerte (Rolland, 2000; Yalom, 1980).

Esta fase exige que se atiendan varias tareas: a) ayudar al paciente a tomar conciencia de que la muerte es inevitable y está próxima (Rolland, 2000); b) salvaguardar su dignidad tratándolo siempre como ser humano (Russo, 2015); c) preservar al máximo su capacidad de autonomía para la toma de decisiones sobre su vida y su desenlace (Proot *et al.*, 2004); d) decidir cuándo, cómo y con quién compartir lo que le sucede; e) decidir hasta qué punto se extenderán los esfuerzos médicos; f) decidir si quiere morir en su casa o en la clínica; g) arreglar su testamento; h) comunicar sus deseos para su funeral; i) preparar asuntos emocionales como la separación y despedida de sí mismo, de su gente y de la vida (Pilsecker, 1975; Rolland, 2000); j) reconocer, aceptar y expresar sus sentimientos; k) superar pérdidas previas no resueltas; l) concluir pendientes; m) facilitar el perdón de uno mismo y de otros (Rolland, 2000); n) planear el final de su vida a partir de sus alternativas, recursos y limitaciones; y o) proyectar qué sucederá con su familia tras su muerte (Pilsecker, 1975).



Por todo lo señalado, es indispensable un apoyo psicológico con enfoque existencialista, tanatológico y espiritual. La espiritualidad no forzosamente es considerada una religión, sino que se refiere a los cuestionamientos relacionados con la vida y la muerte, así como con el propósito, sentido y significado de la vida. No obstante, si el enfermo profesa alguna religión en particular, sirve mucho integrarla a dichos cuestionamientos.

La complicación para manejar los temas antes señalados se incrementa dado que vivimos negando la muerte y evitando hablar de ella, lo cual crea una barrera que aísla al enfermo terminal de su gente cuando más la necesita (Burke & Miller, 1996; Sanz-Ortiz, 1992). Sin duda alguna, al trabajar con enfermos terminales los terapeutas nos confrontamos con nuestra propia muerte y descubrimos paralelos entre lo que nos sucede y lo que sucede a nuestros pacientes (García-Fernández, 2012; Manis y Bodenhorn, 2006). Así que hay que comenzar por reconocer, aceptar y digerir la idea de que también nosotros vamos a morir (Rolland, 2000) para trabajar de manera más humana, más humilde, más compasiva y con menos temores. De no hacerlo, la ansiedad nos rebasará e inconscientemente evitaremos hablar del tema o lo abordaremos de manera excesiva, incómoda y fuera de *timing* (Holt, Houg & Romano, 1999).

Si consideramos que “la muerte no está esperándonos al final del camino [... sino que] está siempre con nosotros en la médula de cada momento que pasa” (Ostaseski, 2017, p. 1), nos sentiremos con la confianza de invitar a los pacientes —sin presionarlos— a hablar sobre su muerte. Muchos aprecian la oportunidad de hacerlo de frente y sin evasivas, aunque también hay algunos que niegan estar próximos a morir y evitan el tema. Por supuesto, hay que respetar dicha negación y sin contribuir a que se instale, hay que darles el tiempo necesario para que acepten su condición terminal (Pitsecker, 1975). Una vez que estén listos, se puede explorar el significado que dan a la muerte, sus temores ante ella, sus dudas acerca de lo que sucederá después y su sentimiento de esperanza, para poder concluir qué significado tiene su vida (Yalom, 1980). Obviamente, no se trata de darles falsas expectativas, sino de facilitar que desarrollen una “esperanza realista” (Bergin & Walsh, 2005, p.11) para lograr un equilibrio entre la aceptación de la muerte con paz interior y un espíritu de lucha hacia sus últimas metas (Holt, Houg & Romano, 1999).

Cuando profundamente se acepta que la propia muerte es inevitable, se puede crear un sentido de vida significativo y un interés auténtico en el *self* espiritual que permite una conexión íntima con los demás; además se puede hacer frente a la desesperanza, no para intentar cambiar las circunstancias, sino para aceptarlas positivamente (Yalom, 1980), para incrementar la resiliencia y para reducir el miedo a morir (Yu & Chan, 2016).

Vale la pena señalar que es el paciente quien tiene que identificar sus necesidades espirituales o religiosas y no es el terapeuta quien las impone. Al contrario, al terapeuta le toca aceptar plenamente su sistema de creencias sin juzgarlo (Holt, Houg & Romano, 1999) y usarlo como una base que ayude a sustituir los pensamientos y sentimientos depresivos por ideas esperanzadoras. Se le puede proponer al enfermo que escriba frases, parábolas o rezos que le sirvan, que busque ejemplos en su vida sobre la gratitud, el altruismo, el perdón y la bondad, y se pueden tener charlas sobre cuestionamientos existenciales que le ayuden a encontrar sus propias respuestas (Pearce *et al.*, 2015).

La intervención psicoterapéutica esencial consiste en “estar ahí” que, según Hodgson, Segal, Weidinger y Linde (2004, p. 48), implica acompañar con empatía auténtica, conexión profunda y sostén para que el paciente exprese sus emociones y necesidades, las comprenda y encuentre paz mental. Para ello es indispensable que, como terapeutas, en consciencia plena de nuestra presencia e involucrándonos con todo nuestro ser en este acompañamiento, podamos mantener una actitud



ecuánime y al mismo tiempo compasiva, para que con total apertura y auténtica curiosidad podamos recibir y metabolizar todo lo que el paciente tenga que decirnos sin repeler nada. Esto le brindará un espacio de paz en medio de todo lo que le está sucediendo (Halifax, 2008; Ostaseski, 2017).

Lo importante es ayudarlo a morir de manera congruente con su propia identidad tras construir una definición personal de lo que es una muerte buena y apropiada para sí mismo (Holt, Houg & Romano, 1999). Opino que esto sólo se logra si el terapeuta y el paciente aceptan profundamente que la muerte es y seguirá siendo el gran misterio sin resolver de la vida misma.

Por supuesto, no hay que olvidar que los familiares también se ven afectados por sentimientos intensos de tristeza, angustia y enojo; su concentración y memoria disminuyen y su sueño se altera. Se sugiere invitarlos a verbalizar su experiencia para normalizarla, explicándoles que se trata de una respuesta adaptativa (Waldrop, 2007). Asimismo, es importante darles información oportuna sobre la forma de ayudar a su enfermo y darles apoyo emocional para desarrollar recursos de afrontamiento para el duelo (Barreto & Bayés, 1990).

Sistémicamente hay que redefinir los roles buscando que el cuidador primario no se fatigue, que tenga tiempo para sí y que exprese sus emociones para evitar que caiga en un *burnout* (Proot *et al.*, 2003). A familiares y amigos hay que ayudarlos a mantenerse cercanos al mismo tiempo que van preparándose para la separación. Les sirve saber que la rendición del paciente no es un rechazo hacia ellos, sino una condición de la etapa terminal en la que necesitan comprensión, aceptación y compañía (Rolland, 2000).

Es común que se establezca una "conspiración del silencio" (Barreto & Bayés, 1990, p. 171) en la que ni la familia ni el paciente comuniquen sus preocupaciones por no incomodar. Así pues, se evita hablar de la enfermedad y del pronóstico creyendo que el enfermo no será capaz de soportarlo; sin embargo, guardar silencio sólo lo aísla más. Por tal, hay que favorecer una buena comunicación con información que sea tolerable (Rubiales, Martín, Del Valle, Garavís & Centeno, 1988). Igualmente, hay que ayudarles a vencer la ansiedad a dar malas noticias, a provocar emociones intensas o a no saber responder ante lo incierto (Sanz-Ortiz, 1992), porque, aunque resulta doloroso, necesitan tiempo de calidad para hablar y despedirse (Hodgson, Segal, Weidinger & Linde, 2004). Se ha visto que una plática íntima, profunda y honesta previa a la muerte es la forma más efectiva de lidiar con el duelo anticipado y de evitar un duelo intenso tras la muerte de la persona querida (Erskine, 2018).

El momento de la muerte, aunque esperado y a veces hasta deseado, provoca *shock* emocional y confusión ante los trámites y procedimientos. La intervención psicológica va dirigida a reducir dicha confusión y a dar acompañamiento (Pilsecker, 1975) respetando plenamente su contexto cultural, sus costumbres y rituales para despedir a su ser querido (Hodgson, Segal, Weidinger & Linde, 2004). Igualmente, hay que ayudar a los dolientes a aceptar y expresar sus sentimientos por la pérdida y a crear estrategias de afrontamiento para regresar a la vida cotidiana (García-Fernández *et al.*, 2008). Hay que normalizar los sentimientos de alivio que aparecen tras la muerte, así como los de tristeza, culpabilidad, enojo, preocupación y desamparo. También sirve explicarles que los problemas de concentración y memoria son tan comunes como la falta de motivación y energía (Waldrop, 2007).

A manera de síntesis, lo que yo he encontrado en la fase terminal es que el dolor, la incomodidad, la vulnerabilidad y la dependencia son muy comunes, y que el sufrimiento y los temores se agravan cuando el enfermo tiene asuntos críticos sin resolver que le generan desesperanza. Las intervenciones terapéuticas han de intentar ayudarlo a asumir que la muerte es intrínseca a la vida y que en esta fase ya no se puede postergar, pero que aun así podemos apoyarlo para conservar calidad en su vida,



para cerrar ciclos, para despedirse de sus seres queridos, para desapegarse de su propia vida, para encontrar un significado a su existencia y para procurarle una muerte digna y en paz mental.

## AUTOCUIDADO DEL TERAPEUTA

El trabajo de sostén, duelo y despedida con pacientes expuestos al deterioro y a la muerte es severo y trae consigo un componente tóxico muy alto que se manifiesta como "una tristeza cansada (con una sensación a veces más física que psíquica)" (Goldberg, s. f., párr. 26), la cual revela que el terapeuta ha contactado sus sentimientos y duelos más íntimos y que se siente lastimado.

Como ya lo he mencionado en otro trabajo (García-Fernández, 2012), los terapeutas tendemos a identificarnos con el enfermo sintiendo tristeza, fragilidad y dependencia, por lo que es común somatizar la ansiedad que nos despierta la enfermedad y la muerte, y sentir angustia ante la idea de que nuestros familiares o nosotros mismos enfermemos de gravedad. Además, nuestros problemas personales no resueltos nos impiden mantener una distancia emocional óptima que nos lleva a sobre-involucrarnos o a adoptar un estilo mecánico y desapegado.

Es necesario reconocer que nosotros también vamos a morir y que muy probablemente vamos a enfermar (Rolland, 2000), para luego animarnos a explorar las emociones y creencias que surgen en nosotros y así poder detectar nuestra contratransferencia y convertirla en una herramienta que beneficie a la terapia. Tomar consciencia de ella nos da la oportunidad de comprender tanto al mundo interno del paciente como al propio, puesto que "lo que siente el terapeuta remite no solamente a su historia personal, sino también al sistema donde este sentimiento emerge" (Elkaïm, 1989, p. 15). Bajo esta premisa, el riesgo no es experimentar sentimientos intensos, sino no comprender de dónde vienen o esconderlos pensando que el paciente no los percibe.

Rolland (2000) sugiere que reconozcamos nuestras fortalezas y limitaciones a partir de una autoexploración que nos ayude a comprender nuestra propia historia con la enfermedad, el dolor y la muerte, los afectos que hemos experimentado, la forma en que hemos participado cuando alguien querido ha muerto o cuando nosotros hemos enfermado, y la manera en que lo hemos afrontado. Después de esto hemos de preguntarnos si nos sentimos con la capacidad y las ganas de trabajar con enfermos crónicos y terminales.

Si la respuesta es sí la experiencia no dejará de ser fuerte, pero además será plena y muy gratificante; incluso algunos la consideran un privilegio que brinda un desarrollo personal significativo (García-Fernández, 2012; Halifax, 2008; Hodgson, Segal, Weidinger & Linde, 2004; Ostaseski, 2017).

Aun así, hay que hacerse cargo del propio cuidado físico, emocional, social y espiritual. Lo que Rolland (2000), Goldberg (s. f.) y Burke (1996) recomiendan, es tomar notas sobre las sesiones para hacer un autoanálisis sobre nuestras intervenciones y contratransferencia; conversar con algún colega de confianza acerca de nuestras sensaciones, ideas y afectos para aclararlos y para delimitar hasta dónde se deben a procesos personales y hasta dónde son proyecciones del paciente; revisar los casos con un supervisor capacitado para estos temas; contar con un espacio de psicoterapia personal que nos brinde una buena contención emocional y nos permita elaborar lo que nos sucede ante nuestros pacientes.

Yo, además, sugiero trabajar con pasión, pero sin excedernos; continuar capacitándonos profesionalmente; detectar nuestras necesidades personales y atenderlas fuera de nuestro trabajo; recurrir a nuestra red de apoyo; conectarnos íntimamente con nuestros seres queridos; procurar satisfacciones personales y bienestar emocional; adoptar un estilo de vida saludable que incluya



un buen descanso, una alimentación balanceada y suficiente actividad física; realizar actividades recreativas y nuestros pasatiempos favoritos; reducir el estrés por medio de técnicas de respiración, yoga y meditación; incorporar la espiritualidad en nuestro día a día; y sobre todo, aprender a disfrutar la vida con lo que tenemos.

## REFERENCIAS

- Agass, D. (2001). "Countertransference, supervision and the reflection process". *Journal of Social Work Practice*, 16(2), 125-133.
- Aguilar-Salinas, C. (2013). "Comentarios a la ENSANUT 2012". *Salud Pública de México*, 55. No.2. Recuperado el 28 de junio de 2018 de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342013000800035](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000800035)
- Alcántara, E., Tejeda, L., Mercado, F., Lara, N. & Flores, A. (2004). "Perspectiva de las personas con enfermedades crónicas. Las intervenciones educativas en una institución sanitaria de México". *Investigación en Salud*, 6(3), 146-153.
- American Psychological Association (1988). *Practicing psychology in hospitals and other health facilities*. Washington: Autores.
- Barreto, M. & Bayés, R. (1990) "El psicólogo ante el enfermo en situación terminal". *Anales de Psicología*, 6(2), 169-180.
- Bath, D. (2010). "Separation from loved ones in the fear of death". *Death Studies*, 34, 404-425.
- Bergin, L. & Walsh, S. (2005). "The role of hope in psychotherapy with older adults". *Aging & Mental Health*, 9, 7-15.
- Bingley, A., Dermott, E., Thomas, C., Payne, S., Seymour, J. & Clark, D. (2006). "Making sense of dying: a review of narratives written since 1950 by people facing death from cancer and other diseases". *Palliative Medicine*, 20, p. 183-195.
- Bion, W. R. (1962). *Learning from experience*. London: Karnac.
- Bowlby, J. (1989). *Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Barcelona: Paidós.
- Burke, M. & Miller, G. (1996). "Using the spiritual perspective in counseling persons with HIV/AIDS: An integrative approach". *Counseling & Values*, 40(3), 185-197.
- Cameron, A. (2011). "Utilizing choice theory/reality therapy's conceptualization of total behavior and the major tenets of the philosophy and approach in facilitating integrative psychotherapy". *International Journal of Choice Theory and Reality Therapy*, 31(1), 62-72.
- Camus, A. (1947). *La Peste*. México: Ediciones Gandhi.
- Cartwright, D. & Cassidy, M. (2002). "Working with HIV/AIDS Sufferers: 'When Good Enough Is Not Enough'". *American Journal of Psychotherapy*, 56, p. 149-166.
- CENSIDA (2015). *La epidemia del VIH y del SIDA en México*. México: Secretaría de Salud. Recuperado el 30 de junio de 2018, de: [http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/principal/la\\_epidemia\\_deVIHysidaMexico.pdf](http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/principal/la_epidemia_deVIHysidaMexico.pdf)
- CENSIDA (2018). *Vigilancia epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México. Registro nacional de casos de SIDA. Actualización al primer trimestre del 2018*. México: Secretaría de Salud. Recuperado el 30 de junio de 2018, de: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/328400/RN\\_1er\\_trim\\_2018.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/328400/RN_1er_trim_2018.pdf)
- Chung, R. & Bemak, F. (2012). *Social justice counseling. The next step beyond multiculturalism*. Thousand Oaks: Sage.



- Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL], (2003). América Latina y el Caribe: El envejecimiento de la población 1950-2050. *Boletín Demográfico*, 36, no. 72. Santiago de Chile: ONU. Recuperado el 28 de junio de 2018 de <https://www.cepal.org/publicaciones/xml/1/13371/LCG2211.pdf>
- Delmar, C., Bøje, T., Dylmer, D., Forup, L., Jakobsen, C., Møller, M. et al. (2005). "Achieving harmony with oneself: life with a chronic illness". *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19, 204-212.
- Elkaïm, M. (1989). *Si me amas, no me ames*. Barcelona: Gedisa.
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino [ENSANUT MC], (2016). *Informe de resultados*. México: Secretaría de Salud. Recuperado el 27 de junio de 2018 de: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/209093/ENSANUT.pdf>
- Ersine, R. (2018). "Saying an honest 'goodbye': Three case examples". *Institute for Integrative Psychotherapy*. Recuperado el 2 de julio de 2018 de: <http://www.integrativetherapy.com/en/articles.php?id=115>
- Federación Mexicana de Diabetes (2016), *Hipertensión arterial, un grave problema de salud en México*. México: Autores. Recuperado el 29 de junio de 2018 de: <http://fmdiabetes.org/hipertension-arterial-mexico/>
- Federación Mexicana de Diabetes (2018). *Estadísticas en México*. México: Autores. Recuperado el 29 de junio de 2018 de <http://fmdiabetes.org/estadisticas-en-mexico/>
- García-Fernández, P., Arzate, J., Bailón, C., Martínez, L., Torres, T., Castro, M. et al. (2008). "Psicología de enlace en medicina interna". *Medicina Interna de México*, 24(3), 186-192.
- García-Fernández, P. (2011). "Obesidad y diabetes. Sistema de creencia de una madre y su hija". *Mexico Quarterly Review*, 2(6), 82-98.
- García-Fernández, P. (2012). "Supervisión de la contratransferencia en la orientación psicológica a enfermos crónico-terminales hospitalizados". En Hernández, L. & Lozano, L. *Psicólogos y psicoanalistas en hospitales*. México: Manual Moderno. 55-66.
- García-Fernández, P. (2016). "VIH-SIDA, derechos humanos y justicia social. Estrategias de intervención psicológica". *Temas Selectos de Orientación Psicológica*, 10, 42-54.
- Goldberg, J. (s. f.). "Trabajo y psicoanálisis. Reportaje a Jorge Goldberg por Sebastián Plut". *Espacios Temáticos*. Recuperado el 18 de noviembre de 2007 de: <http://psiconet.com/foros/trabajo/goldberg.htm>
- Gordon, J. & Shontz, F. (1990). "Living with the AIDS virus. A representative case". *Journal of Counseling & Development*, 68, 287- 292.
- Halifax, J. (2008). *Being with dying: Cultivating compassion and fearlessness in the presence of death*. Boston: Shambhala Publications.
- Harvard Mental Health Letter (2003). "Cancer and the Mind". *Harvard Health Publications*, 20(1), 1-4.
- Hernández, N., López, A. & Pérez, D. (2007). *Grupos de autoapoyo para personas que viven y conviven con VIH/SIDA*. Manuscrito no publicado, La Casa de la Sal A.C., México.
- Hernández Flores, H. (2007). *Ficha temática de personas que viven con VIH/SIDA en México*. México: Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación [CONAPRED]. Recuperado el 10 de julio de 2015, de: [http://www.conapred.org.mx/documentos\\_cedoc/E-14-2007.pdf](http://www.conapred.org.mx/documentos_cedoc/E-14-2007.pdf)
- Hodgson, N., Segal, S. Weidinger, M. & Linde, M. (2004). "Being there: Contributions of a nurse, social worker and chaplain during and after death". *Funeral and Memorial Practices*, p. 47-52.
- Holt, J., Houg, B. & Romano, J. (1999). "Spiritual wellness for clients with HIV/AIDS: Review of counseling issues". *Journal of Counseling and Development*, 77, 160-170.



- Iglesias, M. & Moheno, R. (2011). *30 años del VIH-SIDA. Perspectivas desde México*. México: Centro de Investigación en Enfermedades Infecciosas del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y Fundación México Vivo. Recuperado el 16 de mayo de 2015, de: <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/documentos/30aniosdelvihsida.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], (2018). *Esperanza de vida*. México: Autores. Recuperado el 27 de junio de 2018 de: <http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/esperanza.aspx?tema=P>
- Jones-Smith, E. (2012). *Theories of counseling and psychotherapy: an integrative approach*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Lambert, M. J. (1992). "Psychotherapy outcome research: implications for integrative and eclectic therapists". In Norcross, J., Goldfried, & Marvin, R. *Handbook of psychotherapy integration* (1st ed.). New York: Basic Books. 94-129.
- Manis, A. & Bodenhorn, N. (2006). "Preparation for counseling adults with terminal illness: Personal and professional parallels". *Counseling & Values*, 50(3), 197-207.
- McDaniel, S., Hepworth, J. & Doherty, W. (1997). *The shared experience of illness. Stories of patients, families and their therapists*. New York: Basic Books.
- Miller, S., Duncan, B. & Hubble, M. (1997). *Escape from Babel*. New York: Norton Books.
- Myers, K. (2004). "Coming Out: Considering the Closet of Illness". *Journal of Medical Humanities*, 25 (4), 255-270.
- Norcross, J. & Goldfried, M. (2005). *Handbook of psychotherapy integration*. 2nd. ed. New York: Oxford University Press.
- Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD], (2017). *Obesity update 2017*. Paris: Autores. Recuperado el 29 de junio de 2018 de: <https://www.oecd.org/els/health-systems/Obesity-Update-2017.pdf>
- Ostaseski, F. (2017). *The five invitations. Discovering what death can teach us about living fully*. New York: Flatiron Books.
- Pearce, M. J., Koenig, H. G., Robins, C. J., Nelson, B., Shaw, S. F., Cohen, H. J. & King, M. B. (2015). "Religiously integrated cognitive behavioral therapy: A new method of treatment for major depression in patients with chronic medical illness". *Psychotherapy*, 52(1), 56-66. DOI: 10.1037/a0036448
- Peralta, M. & Carbajal, P. (2008). "Adherencia a tratamiento". *Revista del Centro Dermatológico Pascua*, 17 (3), 84-88.
- Pilsecker, C. (1975). "Help for the dying". *Social Work*, 20(3), 190-195.
- Proot, I., Abu-Saad, H., Crebolder, H., Goldsteen, M., Luker, K. & Widdershoven, G. (2003). "Vulnerability of family caregivers in terminal palliative care at home; balancing between burden and capacity". *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17, 113-121.
- Proot, I., Abu-Saad, H., ter Meulen, R., Goldsteen, M., Spreeuwenberg, C. & Widdershoven, G. (2004). "The needs of terminally ill patients at home: directing one's life, health and things related to beloved others". *Palliative Medicine*, 18, 53-61.
- Purdy, J. (2013). "Chronic physical illness: A psychophysiological approach for chronic physical illness". *Yale Journal of Biology and Medicine*, 86(1), 15-28.
- Rogers, C. (1997). *Psicoterapia centrada en el cliente: Práctica, implicaciones y teoría*. Barcelona: Paidós.
- Rolland, J. (2000). *Familias, enfermedad y discapacidad*. Barcelona: Gedisa.



- Rollnick, S., Miller, W. & Buttler, C. (2008). *Motivational interviewing in health care. Helping patients change behavior*. New York: Guilford Press.
- Rubiales, A., Martín, Y., del Valle, M., Garavís, M. & Centeno, C. (1988). "Información al enfermo oncológico: los límites de la verdad tolerable". *Cuadernos de Bioética*, 1(33), 45-54.
- Russo, T. (2015). "Dignidad y ética del cuidar en las enfermedades neurodegenerativas". *Cuadernos de Bioética*, 26(3), 385-395.
- Sanz-Ortiz, J. (1992). "La Comunicación en Medicina Paliativa". *Medicina Clínica Barcelona*, 98, 416-418.
- Secretaría de Salud (2015). Informe sobre la salud de los mexicanos 2015. *Diagnóstico General de la Salud Poblacional*. México: Autores. Recuperado el 27 de junio de 2018 de: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/64176/INFORME\\_LA\\_SALUD\\_DE\\_LOS\\_MEXICANOS\\_2015\\_S.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/64176/INFORME_LA_SALUD_DE_LOS_MEXICANOS_2015_S.pdf)
- Sikkema, K., Hansen, N., Meade, C., Kochman, A. & Lee, R. (2005). "Improvements in health-related quality of life following a group intervention for coping with AIDS-bereavement among HIV-infected men and women". *Quality of Life Research*, 14, 991-1005.
- Sontag, S. (2003). *La enfermedad y sus metáforas. El sida y sus metáforas*. España: Santillana.
- Soto-Estrada, G., Moreno-Altamirano, L & Pahua Díaz, D. (2016). "Panorama epidemiológico de México, principales causas de morbilidad y mortalidad". *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 59(6). Universidad Nacional Autónoma de México. Recuperado el 28 de junio de 2018 de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2016/un166b.pdf>
- Southern, S. (2007). "Countertransference and intersubjectivity: Golden opportunities in clinical supervision". *Sexual Addiction & Compulsivity*, 14(4), 279-302.
- Sperry, L. (2009). *Treatment of chronic medical conditions: Cognitive-behavioral therapy strategies and integrative treatment protocols*. Washington: American Psychological Association.
- Stora, J. (2018). *When the body displaces the mind. Stress, trauma and somatic disease*. New York: Routledge.
- Stricker, G. (2001). "An introduction to psychotherapy integration". *Psychiatric Times*, 18(7). Recuperado el 15 de junio de 2018 de [www.psychiatrictimes.com/articles/introduction-psychotherapy-integration](http://www.psychiatrictimes.com/articles/introduction-psychotherapy-integration)
- Swendeman, D., Ingram, B. & Rotheram-Borus, M. (2009). "Common elements in self-management of HIV and other chronic illnesses: an integrative framework". *AIDS Care*, 21(10), 1321-1334.
- Waldrop, D. (2007). "Caregiver Grief in Terminal Illness and Bereavement: A Mixed-Methods Study". *Health and Social Work*, 32 (3), 197-206.
- Winnicott, D. W. (1985). *Realidad y Juego*. Buenos Aires: Gedisa.
- Yalom, I. (1980). *Existential Psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Yu, N. & Chan, C. (2016). "Resilience and vulnerability: prolonged grief in the bereaved spouses of marital partners who died of AIDS". *Aids Care*, 28, 441-444.
- Zarbo, C., Tasca, G., Cattafi, F. & Compare, A. (2015). "Integrative Psychotherapy Works". *Frontiers in Psychology*, 6(2021), 1-3. DOI: 10.3389/fpsyg.2015.02021