



“Cenicienta”. Presentación de un caso clínico desde una perspectiva psicósomática¹

Carmen Alonso Fernández²

Instituto de Psicoterapia Relacional, Madrid

Cita bibliográfica / Reference citation:

Alonso Fernández, C. (2009). “Cenicienta”. Presentación de un caso clínico desde una perspectiva psicósomática. *Clínica e Investigación Relacional*, 3 (2): 401-430. [http://www.psicoterapiarelacional.es/CeIRREVISTAOnline/CEIRPortada/tabid/216/Default.aspx] [ISSN 1988-2939]

“Si se busca la causa primera de las más diversas enfermedades, ésta suele estar en el efecto nocivo que ejercen las pasiones sobre el cuerpo”
Gross (1848)

INTRODUCCIÓN

El término “*psicósomática*” viene del griego psique (alma) y soma (cuerpo), fue introducido por Heinroth (1918) para definir las enfermedades donde el factor corporal modifica el estado psíquico. Ha sido utilizado en diversos contextos: medicina psicósomática, movimiento psicósomático, síntoma, mecanismo, enfermedad psicósomática...dejando con frecuencia la incómoda sensación de que hay algo en él que no acabamos de comprender¹.

El estudio de las repercusiones de los factores psicológicos en el organismo se encuadra en un marco teórico amplio cuyo contenido principal es el conocimiento de las relaciones que se establecen entre las variables psicosociales y la enfermedad física. En su estudio se adopta un enfoque diferencial en el que pueden establecerse distintas relaciones e influencias entre diferentes tipos de variables psicológicas (rasgos, dimensiones, estilos cognitivos, personalidad, etc), factores sociales (acontecimientos estresantes, sucesos vitales, actitudes sociales, etc) y el inicio, desarrollo y progresión de distintas enfermedades físicas².

Según se mencionó, en el término psicósomático, coexisten dos entidades (psique y soma) de alguna manera relacionadas entre sí. Cuál es la naturaleza de estas dos entidades y de qué manera precisa se relacionan, ha sido objeto de una intensa controversia filosófica desde la más remota antigüedad. En la actualidad, “psicósomático” no significa psicogénico, ya que este concepto implica una causalidad unidireccional en la aparición de la enfermedad (a partir de algún factor psicológico se produce alguna enfermedad física). En cambio, se parte de una consideración etiológica de la enfermedad que se apoya en el principio de multicausalidad, donde diversos factores (constitucionales, genéticos, familiares, socioculturales, cognitivos, emocionales...) interactúan unos con otros contribuyendo a la aparición de un trastorno físico.

A lo largo de la evolución de la Psicología, los diferentes autores han ido configurando a través de sus aportaciones, una concepción del trastorno psicopatológico, multicausal, encuadrada en un modelo biopsicosocial que es aceptado por la mayoría de los investigadores. Se intenta acabar con el dualismo mente-cuerpo, poniendo de manifiesto que el ser humano es psicopatológico por definición. Se propone que la enfermedad ha de ser considerada como producto de esa interacción de múltiples factores que siempre implica aspectos psicológicos y somáticos. El acento debe ponerse en lo psicológico o en lo somático según las diferentes enfermedades.

Por otro lado, hay que tener en cuenta que el hombre es un ser inevitablemente social, y que su modo de adaptación a la sociedad va a influir en todas sus características, por lo que forzosamente hay que incluir el estudio de los fenómenos sociales para comprender la totalidad de la unidad humana. La psicología es por tanto la disciplina que trata de integrar los fenómenos biológicos, psicológicos y sociales.

Según Lipowsky (1977)³ los postulados básicos del enfoque psicopatológico en medicina son:

1. La salud y la enfermedad son estados determinados por múltiples factores biológicos, psicológicos y sociales, y no hay una línea clara de demarcación entre los dos.
2. Los acontecimientos a cualquier nivel de organización, desde el molecular al simbólico, pueden repercutir en todos los demás niveles.
3. El diagnóstico médico no debe limitarse a la identificación de una entidad clínica particular, sino que debe además considerar la situación total del paciente.
4. Deben tenerse en cuenta los factores psicosociales al plantear medidas preventivas y terapéuticas.
5. La relación establecida entre el paciente y aquellos que se ocupan de él influye en el curso de la enfermedad y en la eficacia del tratamiento.
6. La psicoterapia puede ser eficaz cuando factores psicológicos contribuyen de manera significativa a la precipitación, mantenimiento o exacerbación de una enfermedad dada en una persona determinada.

En resumen, la psicología, a pesar de todas sus confusas y discrepantes teorías, constituye la única disciplina específicamente dedicada a estudiar las relaciones entre fenómenos biológicos, sociales y psicológicos. Es por ello que puede ser considerada como una *ciencia de tipo integrador, cuyo objeto consiste en observar e interpretar las relaciones entre las tendencias, estados, procesos y acontecimientos psicológicos y los biológicos, tal como son influidos por el medio ambiente físico y humano, tanto en la salud como en la enfermedad*¹.

LA PSICOPATOLÓGICA SEGÚN DISTINTOS AUTORES

Sin pretender hacer una revisión exhaustiva de todos los autores que, en alguna medida, han hablado acerca de la Psicología, a continuación veremos lo que algunos de ellos han planteado acerca de la misma.

S. Freud⁴: Relación de objeto primaria y la constitución del yo

Freud hace referencia a la existencia de tres tiempos lógicos en la constitución estructural del Yo, que se corresponden con instancias diferenciadas: el yo real primitivo, el yo placer purificado y el yo real definitivo. Esto implica considerar la teoría de las relaciones objetales que va desde la indiferenciación o anobjetalidad de la etapa de autoerotismo, al narcisismo vía identificación y por último a la elección de objeto.

En 1905 ("Tres Ensayos para una teoría sexual") introduce la noción de objeto libidinal haciendo referencia a la relación recíproca madre-bebé. Posteriormente en 1914 señala una nueva acción psíquica llamada Identificación Primaria y la define como el primer enlace afectivo con otro al cual el yo aspira a fusionarse y cuyo resultado es un estado de fusión entre el bebé y el objeto en el que la madre y el bebé sienten completud. Este nuevo acto psíquico es la constitución del Yo. La relación con la madre es la matriz de todas las relaciones ulteriores.

El bebé durante el primer semestre de vida debe procesar con su psiquismo incipiente grandes cantidades de energía afluentes que se le presentan como "angustia automática". La cantidad de energía pulsional deberá ser simbolizada y ligada a representaciones, para esto es fundamental el papel de la madre evitando la toxicidad pulsional mediante el filtro y el simbolismo de su propio psiquismo.

También en esta época se construye la imagen corporal, debiendo integrar mentalmente la sensaciones táctiles, térmicas y cenestésicas despertadas por el contacto estrecho con el otro. Freud dice que "el Yo es ante todo, una esencia cuerpo, no sólo una esencia superficie, sino él mismo, la proyección de una superficie". El Yo queda indisolublemente ligado al cuerpo.

W. Bion⁵: Reverie Materna

Nos habla este autor de una capacidad empática a la que llama Reviere Materna (ensoñación) y la define como "la capacidad de la madre para contener las angustias y los estados altamente desestructurantes del niño". Esta capacidad de contención alude a que la madre logrará simbolizar en el niño lo que en éste es puro afecto, a fin de poder descargar y por ende reducir dichos estados. Posteriormente agrega que "si la madre falla, entonces una nueva carga cae sobre la capacidad del lactante. El niño no puede por sí mismo lograr la deriva de la emergencia pulsional, ni calmar sus estados de zozobra, ni apaciguar los dolores que en su cuerpo se exteriorizan".

Lo que se manifiesta como fenómeno somático es aquello que no se puede soportar, por no poder acceder al proceso de psicologización. Esto provocará una falla o defecto en la capacidad de simbolizar del niño.

R. Spitz⁶: La función materna introyectada

Spitz estudió la depresión llamada Anaclítica, como una forma patológica de depresión en bebés de hasta seis meses de edad, etapa de máxima dependencia. Retoma el tema de las relaciones recíprocas entre la madre y el bebé y realiza observaciones sistematizadas de los vínculos entre ambos. No se trata simplemente de una presencia física, sino de una presencia con conexión empática.

Describe cuadro clínicos en los cuales el bebé puede llegar a la muerte por falla de la función materna, entendiendo esta falla tanto como ausencia física materna prolongada insoportable para el bebé como a la ausencia cualitativa adecuada donde la madre está físicamente pero desconectada y ausente de las necesidades del bebé. Observa en algunas madres grandes oscilaciones en el humor, estados de repulsa, hostilidad, depresión, solicitud exagerada, etc. Estas madres angustiadas, deprimidas, rehúsan el contacto con sus hijos y restringen la satisfacción de la necesidad dificultando el proceso identificatorio.

Afirma este autor que "el camino hacia la individuación pasa a través de las identificaciones secundarias, pues el niño ha de adquirir las técnicas de su madre de cuidar de él (y esto sólo lo logra por identificación), antes de que sea capaz de separarse a sí mismo de ella y convertirse en un individuo independiente".

Si la madre aporta calma y selecciona estímulos externos, regula la tensión, satisface la necesidad, y brinda alivio; si estas funciones de regulación son exitosas, se internalizan y se logra una separación progresiva de la madre. Si por el contrario no se logran, resulta imposible separarse de ella y por lo tanto se tienen sensaciones de indignidad, vacío e impotencia. La función materna introyectada no lograda, en el adulto, se observa clínicamente como confusión y dificultades para diferenciarse.

E. Ericsson⁷: La confianza básica

Este autor, retomando a Freud, nos habla de la constitución del Yo desde un estado en que la identidad es una cuestión fisiológica mantenida entre la necesidad de recibir del bebé y la necesidad materna de dar. En este intercambio la madre creará la sensación de confianza, concepto que Ericsson denomina como "Confianza Básica" y dice: "como requisito fundamental de la vitalidad mental, yo he propuesto un sentimiento de confianza básica, una actitud penetrante hacia uno mismo y hacia el mundo, derivada de las experiencias del primer año de vida".

Es el primer sentimiento de integridad, sobre el que el bebé se apunala en su camino hacia la identidad. El polo negativo de la experiencia, que podemos llamar falla de la función materna es la "desconfianza básica" adquirida también en la temprana infancia.

D. Winnicott^{8,9,10}: La función de Holding (sostenimiento), la madre suficientemente buena

Habla este autor de una "preocupación materna primaria" que es la capacidad empática de la madre, el Holding materno, para entender las necesidades del bebé. "La forma en que la madre toma en brazos al bebé está muy relacionada con su capacidad para identificarse con él. El hecho de sostenerlo de manera apropiada constituye un factor básico del cuidado, cosa que sólo podemos precisar a través de las reacciones que suscita cualquier deficiencia en este sentido. Aquí cualquier falla provoca una intensa angustia en el niño, puesto que no hace sino cimentar la sensación de desintegrarse, de caer interminablemente y el sentimiento de que la realidad externa no puede usarse como reaseguración".

La madre "suficientemente buena" permitirá al bebé la experiencia de la "ilusión de omnipotencia", experiencia creadora de fusión. Se desarrolla así el proceso de integración y de personalización, el sendero para la creación de un self verdadero.

Los síntomas psicósomáticos se gestan en períodos tempranos, antes del primer año de vida debido a una existencia de inadecuación o falla del medio durante el período en que se producen los procesos de integración (personalización), comprensión o relación con la realidad objetiva y el inicio del área transicional.

Para aclarar estos conceptos citaremos palabras del autor que nos pueden resultar útiles:

“La base de la psique es el soma, y en la evolución éste vino primero. La psique comienza como una elaboración imaginativa del funcionamiento físico, siendo su misión más importante la de ligar las experiencias y potencialidades del pasado con el percatamiento del momento actual y la expectativa respecto del futuro...A veces la enfermedad psicósomática es poco más que el fortalecimiento de este nexo psicósomático ante el peligro de que el mismo se quiere...”.

“En el trastorno psicósomático, lo que constituye la verdadera enfermedad es la persistencia de una escisión en la organización yoica del paciente, o de disociaciones múltiples...La enfermedad psicósomática es el negativo de un positivo, que es la tendencia a la integración. El positivo es la tendencia heredada de cada individuo a alcanzar la unidad de psique y soma...”.

J. McDougall¹¹: Un cuerpo para dos

Plantea esta autora una hipótesis acerca del tipo de funcionamiento mental y la organización dinámica de la personalidad que puede incrementar la vulnerabilidad somática. Define el trastorno psicósomático como una reacción al desamparo psíquico mediante manifestaciones netamente somáticas. Habla de “potencial psicósomático” en todos los individuos debido al cuerpo como lo primario en los modos de conocimiento y de interacción.

En el estado funcional madre-bebé que se expresa en la fantasía de tener “un cuerpo para dos”, está claramente expresada la falla en la función. Este proceso deficitario impide la individualización, la diferenciación entre el cuerpo propio y el ajeno. El dolor psíquico es expulsado por intolerable, y el cuerpo es vivido como ajeno. Los actos sintomáticos constituyen una retirada de las situaciones dolorosas, no son una solución a un conflicto, son pura descarga.

S. Ferenczi¹²: Expresión emocional a través del organismo

Ferenczi se interesó por primera vez en las formas no verbales (no psicológicas) de expresión emocional a través del organismo. Estableció también la diferencia entre las funciones eróticas y las utilitarias. Concede gran importancia a la idea de *regresión*. Refiriéndose a la *patoneurosis* señala que todo proceso lesivo desencadena una preocupación autoerótica hacia el órgano afectado. También es suya la noción de “adaptación de la personalidad a los defectos orgánicos”³⁴.

En una de sus obras nos dice: “...Si el dolor u otra sensación es *intolerable* o las fuentes de expresión emocional del organismo se agotan, se produce la contracción muscular: a) agotamiento, b) dolor excesivo, c) falta de aire; el corazón se paraliza (falta de oxígeno), vejiga e intestinos se evacúan, pero una supervivencia con auxilio de poderes puramente psíquicos parece todavía posible. Dicho psiquiátricamente: *alucinar* la respiración puede conservar la vida a pesar de una sofocación somática total...Los pacientes sienten que de

una manera "teleplástica", se produce para la ocasión órganos reales, preservadores, órganos para agarrar, atacar, que toman a su cargo partes menores o más grandes de la función del organismo mientras éste yace en coma profundo y exánime. Es así como la liberación ocurre extrasomáticamente...".

D. Stern^{13,14}: La constelación maternal

El autor, hablando de la experiencia emocional, señala que el niño y quien le cuida, conjuntamente, contribuyen a la regulación del estado de atención, excitación y emoción de aquél. La madre utiliza sus comportamientos como estímulos para alterar el estado interno de su hijo y también éste regula su propio estado interno.

Los cambios momentáneos en cuanto a la excitación y emoción del niño son tanto producto como causa de la interacción entre las estimulaciones de la madre y las acciones reguladoras del niño, rectificadas ambas con arreglo al fin.

Tras el nacimiento de un bebé, la madre entra en una nueva y única organización psíquica que Stern denomina "constelación maternal". Ésta es organizadora de la psique y determinará un nuevo conjunto de tendencias a la acción, sensibilidades, fantasías, temores y deseos. Se trata de una nueva organización temporal cuya duración es muy variable, ya que oscila de meses a años, pero durante ese tiempo se convierte en el principal eje organizador de la vida psíquica de la madre y deja a un lado la organizaciones o los complejos nucleares previos que ocupaban ese papel central.

La constelación maternal no es universal ni innata. Se sabe que en otras épocas históricas y culturales esta colección de temas y funciones hubiera sido muy diferente o casi inexistente. La fase de la constelación maternal no es un período crítico o sensible. La organización psíquica que emerge durante esta fase puede ser permanente, transitoria o, más frecuentemente, permanentemente evocable.

P. Marty¹⁵: Insuficiencia en la mentalización (preconsciente) y el pensamiento operatorio

Habla este autor de la insuficiencia del preconsciente y lo pone en relación con las deficiencias congénitas o accidentales de las funciones sensorio-motrices del niño o de la madre, la mayoría de las veces referidas a las carencias de los acompañamientos afectivos de la madre. Hay un aparato mental insuficiente que ha obstaculizado la organización témporo-espacial individual.

El paciente psicósomático está caracterizado por una "insuficiencia en la mentalización", que le impide la expresión psíquica de sus conflictos. Habría un déficit patognomónico que caracterizaría a los enfermos psicósomáticos, con una construcción incompleta del aparato psíquico, surgida de un desamparo inicial producto del vínculo con una madre narcisista que promueve un vacío psicológico.

El bebé cuando las señales indicadoras de sus deseos no son atendidas, las paraliza y produce respuestas corporales patológicas que equivalen a los primeros síntomas psicósomáticos.

En estos pacientes hay un gran predominio del principio de realidad sobre el principio de placer. En general, no se salen de las normas, ni improvisan conductas no formales. No saben acerca de lo que sienten y desean, con predominio de un falso self adaptativo, que

los mantiene con un buen carácter en todo momento, pero que suelen parecer poco creativos. No registran con claridad qué es lo que les sucede, si están tristes o enojados, o si están cansados y necesitan descansar, por lo que a veces pueden desarrollar actividades sin parar, hasta que el cuerpo se manifiesta, enfermándose¹⁶.

D. Liberman¹⁷: La Sobreadaptación

Postula este autor que sobreadaptación y enfermedad corporal son dos aspectos de una misma patología.

Paradójicamente el síntoma orgánico es una señal de alarma que emite el cuerpo del sujeto indicando el momento de ruptura con la realidad exterior. En este sentido, la enfermedad orgánica constituye en el paciente psicósomático la noción freudiana de "angustia señal" por contraposición a la angustia automática presente en los mecanismos defensivos que le permiten la sobreadaptación a normas y el corte del vínculo con la interioridad corporal y emocional. Este mecanismo de defensa es primario y se denomina: escisión.

Hay madres no empáticas, cuya interacción produce alteración en el desarrollo de la simbiosis evolutiva normal. Como consecuencia de ello el bebé polariza su atención en el objeto y desde una fantasía de reparación maníaca escinde la percepción de los estados que provienen del interior corporal.

El paciente psicósomático está hiperadaptado al mundo externo, adaptado a normas que le sirven como sostén. La imagen corporal configura lo que Liberman llama "símbolo fachada", no es un verdadero símbolo y se logra por "adhesión mimética" a los datos de superficie, no hay interioridad.

Para que se llegue a ser una persona psicósomática, el autor señala dos condiciones: que haya madres psicomatizantes, incapaces de decodificar las ansiedades del niño y por otro lado, niños sensibles que polarizan su atención sobre el estado del objeto, con reversión del rol.

M. Sami-Ali^{18,19}: Angustia de alteridad, función del imaginario

En el desarrollo del bebé el período del octavo mes, es un momento de marcada importancia. Spitz lo llama "angustia del octavo mes", otros modelos teóricos como el desarrollo de los modelos de comprensión. En él aparece el organizador a partir del cual inferimos la capacidad del niño para reconocer al extraño: ha inscrito la categoría del extraño.

El niño ahora puede discriminar los rasgos de diferentes personas. Los bebés con predisposición psicósomática no tienen la señal de angustia porque se adaptan precozmente a los requerimientos del ambiente.

Apartándose del modelo psicoanalítico clásico, Sami-Ali formula una teoría psicósomática organizada alrededor de la función del imaginario y de su represión. Para la comprensión del fenómeno somático es necesario tener en cuenta el espacio relacional del sujeto, su estructura y dinámica, sus conflictos. Cuando éstos se presentan de forma irresoluble, como "impasse" ("atolladero" como lo designa el autor), el sujeto se cierra en un funcionamiento que busca su eliminación. Este impasse será precisamente el punto nodal de la organización psicósomática, en la que cualquier somatización depende más de la situación

que la crea que de la organización psíquica del individuo que la posibilita.

El autor distingue tres niveles de somatización, grados entre lo imaginario y lo real, conforme ésta va de lo visible a lo invisible, de lo localizable a lo no localizable y de la superficie a las profundidades. Estos tres grados son lo "figurado", lo "literal" y lo "neutro".

Para este autor no toda formación de síntomas puede ser explicada por los fallos de la represión y del retorno de lo reprimido. Pretende alejarse de los conceptos de la Escuela de París, principalmente del concepto de "vida operatoria" de P. Marty, por basarse en el modelo de "neurosis actual" y en un funcionamiento en déficit, a la vez que de la histeria como paradigma para toda somatización.

Como resumen de su modelo y de las diferencias con respecto a otras propuestas para la psicósomática, Sami-Ali presenta por un lado la somatización conversiva como función de la correlación positiva entre proyección y somatización (psicopatología por exceso de imaginario), y por otro, la patología somática no conversiva como correlación negativa entre proyección y somatización (psicopatología por defecto de imaginario).

LA PERSONALIDAD PSICOSOMÁTICA

Según González de Rivera¹ una característica importante en muchos pacientes con trastornos psicósomáticos es la ineficacia relativa de sus mecanismos psicológicos de defensa, junto con cierta incapacidad para la representación simbólica con sus conflictos pulsionales. Se han observado ciertos rasgos de inmadurez comunes a numerosos pacientes psicósomáticos, así como una curiosa disociación entre sus afectos y su expresión mímica verbal.

Prácticamente no existe ser humano que, en ciertos momentos críticos o no, de su vida, no haya experimentado síntomas psicósomáticos que van más allá de los que, por su mecanismo de formación, definiríamos como conversivos. Personas que desencadenan o agravan enfermedades orgánicas frente a situaciones críticas, duelos, etc, y otros que enferman frecuentemente, o tienen enfermedades difíciles de curar¹⁶.

Muchos teóricos y clínicos se preguntan si hay una personalidad psicósomática, dado que investigaciones y estudios clínicos que indudablemente merecen ser tenidos en cuenta, sostienen que no habría una personalidad psicósomática como estructura, sino que ésta varía ampliamente entre los pacientes estudiados.

Otros autores señalan que los pacientes psicósomáticos se caracterizan por ser personas eficaces, trabajadoras, alexitímicas, sobreexigidas, que logran algunos éxitos externos y que inducen a que se los exija, con carencia en las demostraciones y sentimientos afectivos^{15,17}. Pueden tener buenos logros en su profesión o una relación familiar aparentemente plena, que se acompaña de un sentimiento subjetivo de falta de creatividad.

Teniendo en cuenta los diferentes estudios que sobre el tema se han realizado, podemos resumir que las características fundamentales de la personalidad psicósomática son¹:

1. *Relaciones objetales marcadamente carentes de afecto.* En la entrevista, el paciente se muestra desinteresado tanto por la situación como por el entrevistador.
2. *Pensamiento operativo,* caracterizado por ser exageradamente pragmático y descriptivo, carente de subjetividad y sin afectos.
3. *Alexitimia.* Dificultad extrema en describir los estados emocionales. Este rasgo ha

sido documentado por Sifneos (citado en Glez de Rivera) y está relacionado con el punto anterior.

4. *Normalidad psíquica aparente*, con buena adaptación social y ausencia de síntomas neuróticos o caracteriológicos.
5. *Tendencia a gesticulación corporal* o facial, manifestaciones sensorio-motrices inespecíficas, o quejas de dolor físico, en momentos de estrés psíquico en que habitualmente se producen síntomas psíquicos.
6. *Inercia de las asociaciones*, con respuestas cortas y terminales, escasa elaboración y omisión de detalles dramáticos o dolorosos.
7. *La incapacidad del sueño y de la actividad onírica* para neutralizar experiencias traumáticas. Los sueños en enfermos psicósomáticos son típicos (o bien son el exponente de una actividad fisiológica automática y sin significado psicológico, o bien están llenos de ansiedad e incompletos) en el sentido de que no cumplen su función de formar una fantasía o solución positiva del conflicto psicológico.

Por supuesto, no todos los pacientes con alteraciones de tipo psicósomático presentan estas características de personalidad. Sin embargo, es cierto que un importante subgrupo de enfermos con procesos somáticos presentan estos rasgos. Es posible que la aparición de pensamiento operatorio e inhibición afectiva en sujetos que han sufrido pérdidas recientes de objetos queridos (personas, posesiones, etc), sea un signo de alerta, predecesor de inminente riesgo de enfermedad.

Las circunstancias estresantes capaces de precipitar cuadros psicósomáticos son muy parecidas a las que desencadenan episodios delirantes en los psicóticos.

Desde un punto de vista psicodinámico, tanto los pacientes con personalidad psicósomática como los psicóticos tienen dificultades en la utilización de la fantasía y actividad onírica para el mantenimiento de su equilibrio psíquico. La dificultad es, sin embargo, de signo opuesto con los psicósomáticos exageradamente aferrados a la realidad, mientras los psicóticos la rechazan totalmente, sustituyéndola por su fantasía.

PSICOSOMÁTICA Y CÁNCER

Para comenzar este apartado podemos preguntarnos ¿por qué una persona desarrolla un cáncer? Partiendo de que habitualmente se producen células atípicas o anómalas en los seres humanos y el sistema inmunológico las detecta y se encarga de eliminarlas sin consecuencia alguna para la persona, ¿qué es lo que falla en estos casos? ¿el sistema inmunológico no las detecta? o si lo hace ¿por qué no se deshace de ellas y en cambio permite que se reproduzcan?.

En un tratado sobre estrés los investigadores²⁰ postulan que "el estrés produce sus efectos sobre diferentes respuestas psíquicas y somáticas, a su vez hemos observado los efectos de situaciones estresantes sobre el sistema nervioso central y las respuestas somáticas, en particular la respuesta inmune, encargada de la defensa. Se piensa que una de las razones de la variación en la duración de la respuesta depende de la capacidad del individuo para enfrentar un evento, más que a la duración o severidad del estresor".

Por otro lado, autores como Eysenck (1995) y Grossarth-Maticek (1990,1991)^{21,22,23}, intentan demostrar que diferentes tipos de reacción al estrés pueden asociarse consistentemente a determinados trastornos físicos. Realizan un estudio y revisión de la evidencia prospectiva sobre ciertas variables de personalidad que ejercen algún efecto en el desarrollo y desenlace de una enfermedad. La revisión considera el efecto de variables como hostilidad y enfado, supresión emocional, depresión, fatalismo y pesimismo sobre enfermedades coronarias, cáncer y sida. Presentan un modelo que integra todas estas variables en un esquema conceptual global. Además, identifican distintas variables que ejercen cierto efecto moderado sobre la relación que existe entre ciertos aspectos de personalidad y la salud.

Los autores proponen que deben realizarse investigaciones futuras utilizando un mayor aporte teórico, un mayor número de estudios prospectivos y técnicas de medida más válidas y fiables. Una tercera línea de investigación se centra en la búsqueda de modelos referidos a trastornos específicos. Por ejemplo, un modelo explicativo sobre los aspectos psicológicos relacionados con el cáncer.

Pero aun en este campo restringido, se suelen tomar en consideración aspectos parciales de las relaciones entre los diferentes factores implicados:

1. En muchos casos esto es debido al variado número de disciplinas que abordan un mismo trastorno. Así, en el estudio sobre las relaciones entre variables psicológicas y cáncer, algunos investigadores se han centrado en buscar meras asociaciones descriptivas entre ciertos rasgos de personalidad y el padecimiento del cáncer. Y ha sido otro grupo de autores el que ha establecido la relación existente entre ciertas emociones y la función inmune. En concreto, Levenson y Bemis (1995)²⁴ analizan los resultados de distintos estudios que investigan dos hipótesis. La primera plantea que ciertas variables psicosociales afectan al padecimiento y progresión del cáncer. La otra, estudia la posibilidad de que ciertos factores psicológicos afectan al sistema inmune, que a su vez puede contribuir al padecimiento y progresión del cáncer. Las variables psicosociales examinadas incluyen estados afectivos, estilos de afrontamiento o estrategias defensivas y rasgos de personalidad, así como acontecimientos estresantes.
2. Por otra parte, incluso dentro de la misma disciplina, como es la psicología, es evidente que los investigadores ponen el acento en un tipo de variables psicológicas u otras, dependiendo del área de conocimiento del que procedan. Este es el caso, nuevamente, del estudio de la influencia psicológica sobre el cáncer, en el que los diferentes autores han propuesto diversos constructos (dimensiones de personalidad, estilos de afrontamiento o variables situacionales) como factores psicológicos predisponentes a la neoplasia, conforme a sus tendencias por conceptualizar el mundo psíquico de la persona desde un ángulo o desde otro.

Por tanto, es necesario encontrar un modelo explicativo de los diferentes estudios para obtener una panorámica lo más completa posible en el momento actual. En este sentido Contrada y col. (1990)²⁵ ofrecen un modelo explicativo de la influencia psicológica en el cáncer bastante completo e interesante de ser estudiado. Las variables psicosociales sobre las que se centran las hipótesis de su influencia en el cáncer, son principalmente:

- 1.- El estrés psicosocial.
- 2.- Las emociones de ansiedad, ira, depresión
- 3.- Dimensiones de personalidad como alexitimia, agresividad, neuroticismo,

personalidad resistente al estrés, etc.

4.- El apoyo social y afectivo.

5.- Estilo de afrontamiento represivo y evitativo.

Es necesario recalcar que este grupo de variables psicosociales se evalúa siempre desde una perspectiva multicausal, en la consideración de la enfermedad oncológica. Se tienen en cuenta estos factores psicológicos como un elemento más que puede tener alguna influencia y determinación en el curso de la patología cancerosa, pero de ninguna manera, se está orientando este tipo de investigaciones en el sentido de proponer que cierto tipo de personalidad podría ser la responsable (considerada ella sola, aisladamente) de la aparición del cáncer en un paciente.

La enfermedad oncológica siempre ha ido acompañada de repercusiones psicológicas, más o menos identificadas. El interés por conectar los aspectos médicos con los psicológicos ha llevado a la aparición de la Psicooncología, disciplina que estudia la relación entre procesos psicológicos y patología neoplásica, así como la utilidad de las intervenciones psicológicas para tratar los problemática asociada al diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad.

En el campo de la Psicooncología se han establecido dos líneas amplias de trabajo en lo que se refiere a la enfermedad neoplásica. Por una parte, se ha estudiado el papel que las variables psicológicas pueden jugar como agentes de influencia directa o indirecta en el cáncer y, por otro, se ha intentado establecer las consecuencias psicológicas que el cáncer y sus tratamientos tienen para la persona.

Con respecto al primer aspecto, que se refiere al análisis de la influencia de ciertas variables psicológicas en la enfermedad oncológica, se han desarrollado a su vez, dos líneas de estudio:

La primera se centra en la investigación del papel que los aspectos psicológicos desempeñan en la etiología y desarrollo del cáncer, en concreto se hace especial hincapié en determinados factores emocionales y de personalidad. Este campo de investigación tiene muchos problemas metodológicos debido a que los estudios prospectivos no pueden controlar todas las variables que pueden haber influido en la oncogénesis.

La segunda, se centra en poner de manifiesto las relaciones entre variables psicológicas y el ritmo de progresión del cáncer ya diagnosticado. Más en concreto, se plantea la posibilidad de que determinadas dimensiones psicológicas puedan tener un papel pronóstico en la enfermedad ya declarada.

Con respecto a esta segunda línea, la investigación se ha centrado en el estudio de las consecuencias psicológicas que el cáncer tiene para el individuo, y que pueden ser distintas en las diferentes fases de la enfermedad (prediagnóstica, diagnóstico, tratamiento, remisión, recidiva o terminal). Estas respuestas psicológicas (ansiedad, depresión, problemas de comunicación, problemas con la imagen corporal, miedos, etc) pueden ser atendidas en buena medida por la intervención del psicólogo. Con ello se está favoreciendo la adaptación del paciente a la enfermedad y avanzar hacia una mejor calidad de vida ya que no sólo es importante aumentar la supervivencia, sino que desde hace tiempo se ha considerado como un hecho relevante aumentar también la calidad de la misma²⁶.

Personalidad y Cáncer

Son muchos los investigadores que a lo largo de los siglos han observado cierta relación entre el cáncer y algunas características de personalidad, sin embargo problemas metodológicos y teóricos impiden establecer conclusiones claras al respecto. Aún así, existe un concepto que intenta resumir las principales variables de personalidad que se habían relacionado con el desarrollo y progresión del cáncer, éste es el de "patrón de conducta o **personalidad Tipo C**"²⁷.

La personalidad tipo C se plantea como una constelación de variables que pueden considerarse como características de las personas que tienden a padecer cáncer. Las variables que han conseguido un mayor apoyo empírico son las siguientes²⁵:

- Depresión
- Desamparo-desesperanza
- Pérdida o escaso apoyo emocional
- Bajo afecto negativo
- Inexpresividad emocional

La depresión es el estado psicológico descrito con mayor frecuencia en los primeros estudios sobre personalidad proclive al cáncer. Aunque la mayor parte de estudios presentan evidencias a favor, problemas metodológicos presentes en los mismos no permiten afirmar tajantemente que esta variable juegue un papel importante en la aparición de los tumores, si bien puede ser un factor adicional en el desarrollo y progresión clínica de los mismos.

Más consistente parece ser la relación postulada entre desamparo-desesperanza y cáncer. Esta variable fue uno de los factores asociados con el desarrollo de melanomas, y también se ha encontrado que es un buen predictor tanto en el surgimiento del cáncer de mama como de las recaídas de la misma enfermedad²⁸. También en los estudios prospectivos realizados por el grupo de Grossarth-Maticsek^{22,23}, se ha encontrado que las reacciones de desamparo ante acontecimientos vitales estresantes son predictores del surgimiento del cáncer.

Otro conjunto de factores que parecen contribuir a la carcinogénesis es el referido a la ruptura del apoyo social, entre ellos, la pérdida de personas significativas. Sin embargo, dado que las pérdidas, tanto en la infancia como en la vida adulta, se asocian con la depresión, es difícil establecer una relación directa entre ruptura del apoyo social por pérdidas afectivas, y aparición del cáncer. Con todo, una serie de estudios se han centrado en el análisis de esta variable, encontrando que la pérdida o ausencia de buenas relaciones con los padres puede ser un buen predictor del cáncer²⁹, o bien que los enfermos que tienen una recidiva o recurrencia de la enfermedad, presentan un mayor número de pérdidas recientes que los que no la presentan³⁰. Además, en trabajos en los que se aplica tratamiento psicológico para potenciar los vínculos de apoyo social, se incrementa notablemente la supervivencia en mujeres con cáncer de mama metastático³¹.

Un cuarto factor que conformaría la Personalidad Tipo C según Contrada et al (1990)²⁵ es la relación que se establece entre un afecto negativo bajo y un alto afecto positivo; es decir, la dificultad que presentan las personas proclives al cáncer de manifestar sus emociones negativas (ira, cólera, agresividad, etc.) en contraste con su alta expresividad de emociones positivas (amor, cariño, solidaridad, etc.). Diversos autores han relacionado la represión de

las emociones negativas y la alta manifestación de reacciones emocionales positivas con el posterior desarrollo del cáncer²³ o con un peor pronóstico de la enfermedad²⁷.

Respecto al quinto factor relacionado con el patrón de conducta Tipo C, la deficiente expresividad emocional, se han encontrado resultados contradictorios. Existen algunos estudios que indican una menor frecuencia de expresión de la ira, antes del diagnóstico, en enfermas cuya biopsia dio lugar a un diagnóstico de cáncer de mama. Pero también se ha encontrado cierta evidencia de que la expresión de emociones puede incidir negativamente en el desarrollo del cáncer. Para explicar estos resultados se ha planteado que el hecho de que los enfermos de cáncer subestimen, por lo general, sus estados emocionales puede llevar a estados de desorganización personal y, en consecuencia, a mostrar una mayor labilidad emocional.

A la vista de lo señalado hasta ahora cabe plantearse, como señalan Ibáñez y Cols. (1992)³², si existe una o muchas personalidades proclives al cáncer, si hay más de una, o si existen variables psicológicas específicas para cada tipo de cáncer. Estas autoras proponen, como vía para una mejor comprensión de esta problemática y de los mecanismos por los que los factores psicológicos influyen en el cáncer, el análisis de los procesos fisiológicos que podrían mediar entre los factores psicológicos y la enfermedad.

La propuesta pues de un modelo que explique las relaciones entre psicología y cáncer parece que, inevitablemente, ha de provenir desde la psicoimmunología.

En definitiva, podemos considerar que las conclusiones planteadas por Da-Shih y Silberfard (1988)³³ siguen siendo válidas hoy en día:

- 1) Los factores psicológicos probablemente actúan (si es que lo hacen) como potenciadores del cáncer, más que como iniciadores del mismo.
- 2) El estrés, como acelerador de la enfermedad, puede jugar un papel importante en la manifestación clínica del cáncer
- 3) La gran variabilidad de la enfermedad implica que es posible que los factores psicológicos afecten únicamente a una subpoblación de enfermos, y
- 4) Cualquier factor que se considere relevante en la aparición del cáncer, tendría que analizarse un número importante de años, dependiendo del tipo de cáncer y del tiempo que se necesita para que la multiplicación celular de lugar a manifestaciones clínicas.

Este sigue siendo un reto para todos los profesionales en la actualidad.

CASO CLÍNICO: "CENICIENTA"

Como continuación de la exposición teórica acerca de lo "psicosomático" y el cáncer, presentaré un caso clínico que tiene que ver con todo lo anterior. Es una paciente con una historia de enfermedades psicosomáticas previas a la aparición del cáncer. Para ello seguiré el modelo de Entrevista que he desarrollado a lo largo de mi experiencia clínica con estos pacientes en la que intento recoger aspectos que considero importantes como son:

- Si hay antecedentes familiares oncológicos y los nombra. Hay casos en que en un primer momento dicen que no y después a lo largo del tratamiento se descubre que sí los hay. Esto nos está dando datos importantes del estilo de la persona.
- Acontecimientos vitales estresantes (positivos o negativos) previos a la aparición de

la enfermedad que nos permiten ver si ha habido pérdidas, duelos no elaborados o cualquier otra situación estresante para la persona.

- Cómo se define la persona: detectar rasgos de Personalidad Tipo C, alexitímicos, etc.
- Motivo de consulta: a través del cual se detecta qué es lo que le ha hecho venir a la consulta psicológica.
- Historia de la enfermedad: cómo surge, pruebas realizadas, tratamientos. Al ser pacientes que vienen del modelo médico, es una forma más fácil de ir hablando de lo que les pasa, a la vez que permite conocer lo que sabe sobre su enfermedad, si nombra o no la palabra cáncer, qué información tiene, etc. También los efectos secundarios del tratamiento, hasta ahora recibido, tanto a nivel físico como psicológico: malestar físico, alopecia, mastectomía, etc.
- Exploración psicológica: cómo todo lo anterior lo ha vivido desde el punto de vista emocional.
- Motivo de la enfermedad, por qué cree que le ha pasado. De esta forma se exploran pensamientos irracionales o no, creencias, etc.
- Significado de la palabra cáncer (si lo nombra) al margen de lo que le hayan dicho los médicos, vamos viendo qué actitud tiene ante la enfermedad.
- Lo que más preocupa y miedo le da respecto a su enfermedad y momento actual: exploración de miedos, temores.
- Actitud ante la enfermedad: permite conocer el estilo de afrontamiento, tan importante desde el punto de vista terapéutico.
- Apoyo social, ya que es una de las variables que actualmente está siendo considerada como una de las más importantes para la buena adaptación al proceso de enfermedad.
- Cómo se encuentra en este momento desde el punto de vista emocional.
- En algunos casos y, sobre todo, cuando he estado en Instituciones, les doy batería de test para la evaluación de: Ansiedad-Depresión, Desesperanza, Impacto, Control y tipo de Afrontamiento, que rellenan en casa y después traen a consulta.

Señalar que según sea la persona y su situación física, todo lo anterior no se explora en la primera consulta, en algunos casos requiere como mínimo de dos entrevistas y en otros no pueden explorarse todos los puntos porque la situación de la persona así lo aconseja.

Al ser una paciente con cáncer de mama, además es importante que nos fijemos en:

- a) Relación con la madre
- b) Vivencia del cuerpo
- c) Identidad de género

Por último, destacar las consecuencias de la enfermedad. En muchos pacientes la experiencia de vivir un acontecimiento vital de esta magnitud y sobrevivir, les facilita una forma nueva de sentir, pensar y actuar, aprenden a valorar más lo positivo de cada día, lo que llamaría una Nueva Vida. No se trata de vivir como antes, sino de vivir lo mejor posible

con lo que ha pasado.

Fue un tratamiento corto, en dos fases.

Después de esta Introducción, paso a la exposición del Caso.

ENTREVISTA: de forma literal, tal como está recogida en la historia. Las palabras literales de la paciente irán entre comillas.

Datos personales

Nombre: Teresa José (el nombre, aunque modificado, es un dato importante como veremos después).

Edad: 40 años.

EC: Soltera.

Profesión: Funcionaria, está de baja laboral por la enfermedad.

Vive con los hermanos: hermano pequeño y hermana, ambos solteros.

Diagnóstico: Cáncer de mama

Tratamiento: Quimioterapia (QT) preoperatoria + Cirugía + QT + Radioterapia + Hormonoterapia

Observaciones: no está tomando ninguna otra medicación.

(Estos tres últimos puntos no los pregunto, sino que lo relleno posteriormente, según la información de la persona).

Antecedentes familiares

a) Físicos:

Padre: murió a los 69 años de un infarto, hace 9 años.

Madre: murió a los 78 años por un virus (posteriormente sabremos que fue un cáncer de estómago), hace un año.

Es la tercera de 4 hermanos:

La mayor es una mujer de 53 años vive sana, casada, es hermana de madre (el padre de la paciente es el segundo marido de la madre).

Le sigue otra hermana de 43 años, vive sana, soltera.

El pequeño es un hermano de 38 años con "depresiones", soltero.

La paciente vive actualmente con éstos dos últimos.

En el resto de la familia no hay datos de enfermedad física de interés salvo antecedentes de muerte por infarto en la familia paterna.

b) Psicológicos-psiquiátricos:

Hermano con depresiones en Ttº farmacológico

Una tía paterna con depresiones.

Antecedentes personales

a) Físicos:

Menarquia a los 13 años. Menopausia: post-quimioterapia (hace 4 meses)

A los 20 años hemorragia gástrica.

Helicobacter Pylori.

Fibroadenoma desde hace 7 años.

En este momento esto es lo que nos cuenta, posteriormente en una sesión de tratamiento saldrá toda su historia psicósomática.

b) Psicológicos-psiquiátricos:

Cuadro ansioso hace un año que requirió Tt^o ansiolítico.

Acontecimientos vitales

- Hace un año cambió de trabajo, choca con un jefe que le hace la vida imposible. "Creo que quizás el cáncer se me desarrolló antes por esto". Esto le provocó: "tristeza, ganas de llorar, ansiedad". Recibió tratamiento farmacológico: Lexatín.

- A los 6 meses enferma la madre: cirugía y muerte a la semana. "Me afectó mucho, adelgacé. Tomé ansiolíticos desde Octubre a Noviembre. Entonces noté que el Fibroadenoma empezó a crecer de forma desorbitada y en la revisión fue cuando me dijeron lo del cáncer".

Propia personalidad

"Cerrada, introvertida, tímida, antes tenía que hacer un esfuerzo para relacionarme con la gente, a partir de la enfermedad me he abierto más. Exigente conmigo misma, perfeccionista intento hacer todo bien; altruista intento ayudar a la gente. Más bien triste, no soy muy alegre, soy pesimista. Afectuosa y lo demuestro. Muy cumplidora, responsable...me encanta regalar, prefiero que no me regalen. Normalmente soy la confidente de los demás, de sus problemas pero yo no le cuento mis cosas a cualquiera...salvo a una amiga a la que le cuento mis cosas, tengo mucha confianza con ella".

Como vemos cumple criterios de Personalidad Tipo C: estado de ánimo donde predomina la tristeza, rasgos depresivos. Muy exigente y cumplidora. Afecto negativo e inexpressividad emocional: es la que escucha y atiende los problemas de los demás, pero le es más difícil hablar de los suyos y sobre todo quejarse. Debajo de todo ello se percibe mucha rabia contenida y enfado que no manifiesta.

Motivo de consulta

"Llamé porque me sentía agobiada, hablé con X...al principio lo llevaba bien pero después de la cirugía he empezado a pensar que no me voy a curar (llora)...miedo a tenerlo en otro sitio...delante de mi familia y amigos intento mantener el tipo, es como si me estuvieran engañando".

Situación emocional normal para su situación, pero destacar el control emocional de la paciente no hablando de lo que le pasa con las personas más cercanas.

Enfermedad

No voy a detallar todo lo que la paciente cuenta porque no aporta nada a esta presentación, sólo destacar lo más significativo:

En Agosto pasado acude al médico porque el "bulto" de la mama le ha crecido y éste le dice que como anímicamente está mal (muerte de la madre), no tiene importancia y que lo deje hasta Febrero cuando en una ecografía le detectan el tumor.

Le dan QT previa a la cirugía para reducción del tumor: 4 ciclos "se redujo mucho el tumor"

Cirugía: Mastectomía radical bilateral + linfadenectomía

QT postoperatoria: Está recibiendo el tercer ciclo.

Radioterapia: comenzará después del 4^o ciclo de QT.

Efectos secundarios: vómitos y náuseas.

Alopecia: "También se me ha caído el pelo, fue radical con el T. (fármaco), lo pasé mal por la forma de caerse, fue el primer síntoma de la enfermedad... me rapé y no me quise ver el primer día, luego ya sí...no quiero dar pena, que piensen ¡uf, tiene cáncer, pobrecilla!...ahora con el nuevo tratamiento se me han caído hasta las cejas, pestañas...ahora me veo más deteriorada..."

Destacar que al hablar de los efectos secundarios lo que ahora le preocupa más es la alopecia, imagen externa, la evidencia de que tiene lo que tiene y el tratamiento que está recibiendo. Esto tapa otro aspecto importante: la mastectomía y lo que ello pueda significar. Pero en este momento no habla de ello, está en un segundo plano. Esto puede explicarse porque lo que más le preocupa ahora es lo externo y también porque la misma angustia de la modificación de su imagen corporal, no permita que salga de forma espontánea.

Psicológicamente cómo lo has vivido

"Al principio lo llevé bien, ya cuando me hicieron la ecografía y me la repitieron ya pensé: tengo cáncer; se lo dije a mi hermana...no me vine abajo, era algo que ya intuía. Me enfrenté muy bien a la enfermedad, a las pruebas...El bajón ha sido en Septiembre cuando la gente viene de vacaciones y vuelve a la rutina y yo no vuelvo (llora)...Tuve un retraso de una semana en la QT...el no empezar a trabajar...no puedes planificar nada (llora)...luego surgen cosas".

Por qué crees que te ha pasado

"Porque la vida es muy ingrata, he tenido mala suerte...que hay factores externos que te traen mala suerte...para animarme en la primera fase de la enfermedad positivice las cosas buenas, pero ahora ya no me sirve".

Como vemos, se aprecia cierto pesimismo en la paciente, atribuye lo que le ha pasado a la mala suerte, lo que nos puede estar indicando cierta sensación de indefensión que hay que tener en cuenta en el tratamiento. Como dato positivo es que aún pasándolo mal puede ver cosas positivas, aunque en este momento no sea así, nos está indicando que hay recursos positivos con los que poder trabajar.

Qué es lo que más te preocupa

"Que haya "extensiones" por el dolor físico que pueda acarrear"

Es significativo la palabra que usa "extensiones" por metástasis, posiblemente ésta la asusta más.

Qué es lo que más miedo te da

"Es lo mismo, que tenga recaídas, cuando ves que la gente recae, piensas también me puede tocar a mí".

Actitud

"Hasta ahora he tenido espíritu de lucha, que iba a poder, ahora tengo miedo a no tener fuerzas para soportarlo...aunque en el fondo tengo una actitud positiva porque creo que se está avanzando mucho en el tratamiento"

Aunque ahora no se encuentre bien, el afrontamiento parece positivo, ya que no predomina el

fatalismo y puede sentir esperanzas.

Apoyo

No está recogido en esta primera entrevista, posteriormente veremos que aunque con los hermanos tiene una relación conflictiva, siente que la cuidan. También cuenta con una amiga y un compañero de trabajo que la llama para ver cómo se encuentra y esto le gusta.

Estado de ánimo actual

"No es malo ni tampoco bueno, creo que es mediocre...con la gente de mi alrededor no manifiesto mi estado de ánimo para que no sufran...les oculto cómo me encuentro para que no lo pasen mal".

Explorando sintomatología emocional destaca: "Ganas de llorar; falta de ilusión; tristeza; me cuesta reirme y distraerme; desesperanza; no veo futuro y el que veo es triste; falta de perspectiva; disminución de la concentración; duermo mal, me despierto enseguida pensando en el problema; come bien; no pensamientos autolíticos...Falta de ilusión, total para que voy a hacer nada".

Como vemos se aprecian síntomas depresivos que, en este momento, no me parece que requieran tratamiento farmacológico, ya que es la reacción normal (aunque dolorosa) al proceso de la enfermedad. Está elaborando el duelo del diagnóstico, los efectos del tratamiento y, sobre todo, cómo todo ello ha modificado su vida cotidiana. Lo que nos planteamos como objetivos del tratamiento.

Al final de esta primera sesión hago contención emocional y devolución de su situación. Le entrego batería de tests para hacer en casa y le digo que escriba cómo se siente y que el próximo día lo traiga.

Encuadre de una sesión semanal.

Creo que se ha establecido una buena relación terapéutica. La transferencia y contratransferencia es positiva, por lo que podremos trabajar bien juntas su proceso de adaptación.

Segunda sesión

"Me vino muy bien el estar contigo el otro día. Me encontré bien, expulsé las emociones, como cuando vas al gimnasio y te cansas pero te encuentras luego con más calma, mejor. Por la tarde me encontraba triste, con ganas de llorar, me quedé sola y pude llorar tranquila. He escrito pero no se si lo he hecho bien" (lee lo que ha escrito).

"Me acuerdo de mi madre, ella me cuidaría"

"Fui el fin de semana a mi pueblo (en X)... lo paso mal allí, echo en falta a mis padres, es el recuerdo de mi infancia..."

T qué te ha supuesto la enfermedad

"Es un palo, antes tenía todas las posibilidades para ser feliz y la enfermedad ha sido una perturbación para mí, me ha quitado futuro...es una enfermedad larga...romper la rutina, no puedo plantearme cosas a largo plazo, sólo a corto plazo...Miedo al dolor, al deterioro, sufrimiento..."

NOTA después de la sesión: Está mejor emocionalmente, con menos síntomas emocionales. Tiene recursos adaptativos. Trabajamos afrontamiento: miedo al futuro. Trae los tests.

Tercera sesión

"Estoy mejor, volviendo a la rutina...El otro día no me pudieron dar el ciclo porque estaba baja, pero

no lo vi mal como otras veces, me vio el Dr. X y él me anima..."

"En general me encuentro anímicamente mejor que el primer día que vine..."

Habla de otras cosas de su vida actual, ha comenzado a ir a clase (estaba estudiando además de trabajar) y se sintió bien con los compañeros. Siente que le han tapado la angustia con frase como "qué bien estás".

Habla de la **madre**, llora su muerte, me pregunto ¿duelo no elaborado?

"Siempre estuve muy unida a ella, tenía **hambre de madre**... Tenía mucho carácter, quizás un poco dictadora...yo siempre la quería halagar".

Familia sobreprotectora que la agobiaba.

Importante fijarse como empieza a hablar de la madre, habla de ella de forma idealizada como una madre-buena, algo que más adelante veremos que no es así.

Trabajamos adaptación y anoto que creo que está haciendo un buen proceso, ya que se perciben recursos adaptativos muy positivos.

Le comento el resultado de los Cuestionarios: HAD (Ansiedad-Depresión), HS (Desesperanza), Control y Afrontamiento (Doping): no revelan nada anormal, está todo dentro de parámetros normales. Lo que correlaciona con la impresión clínica de que los síntomas emocionales que presentan son susceptibles de abordar desde el tratamiento psicológico.

Cuarta sesión

"El miércoles me pusieron el ciclo de QT (último)...he tenido muchos efectos secundarios, ayer fue el primer día que salí... he estado cansada, fatigada".

"Ahora pendiente de empezar la RT, no le tengo miedo a este tratamiento...Me preocupa más el tratamiento hormonal"

Se perciben síntomas del Síndrome de Damocles (miedo a la recidiva), incertidumbre ante el futuro...Dificultad para la separación familiar, deseos de individualidad, siente que el grupo familiar la asfixia, se siente atrapada, pero no ve posible, por ahora, el irse a vivir sola. Trabajamos planes de futuro.

Como está mejor y ya tiene que ir bastante a médicos y hospitales (yo la veo en un hospital), creo que podemos distanciar las sesiones para probar cómo se siente, por lo que le propongo sesiones cada 15 días y si siguen bien alta por el momento, lo que acepta de buen grado.

Quinta

En esta sesión no tengo anotado nada, algunas veces prefiero solo escuchar y al final anotar algo si me ha llamado la atención.

Sexta sesión

"Me encuentro muy bien, apenas si pienso en la enfermedad"

"Fui a la consulta del Dr. X, me dijo que estaba todo bien, que hasta dentro de seis meses no me tiene que ver...me puse muy contenta"

"Ahora me importa menos que me vean sin pelo, con el gorro"

"Voy normalizando mi vida"

"Me has venido muy bien, me has ayudado a afrontar la enfermedad"

"He tenido una dependencia excesiva de mi familia"

T la enfermedad te ha liberado, te ha hecho crecer

"Sí, creo que sí, me encuentro mucho mejor"

Como ha acabado el tratamiento médico y han remitido sus síntomas emocionales, acordamos que también aquí dejará de venir. Ella lo había demandado y a mí no me parecía mal.

En este caso, como en otros con estos pacientes, se plantea el tratamiento como afrontamiento de lo que está pasando aquí y ahora, aunque se perciba que hay otros problemas de base pero que este no es el momento para abordarlos. En esta paciente, aunque no había hablado mucho de su vida previa, se pudo percibir que había conflictos en la relación con la madre y con los hermanos pero al no ser una demanda específica de la paciente, no entré a abordarlos. Pensé que si volvía, como así fue, quizás ya estaría en situación como para hablar de ello.

Decidimos que paráramos el tratamiento, pero que cuando ella quisiera podía llamar para vernos de nuevo.

SEGUNDA PARTE

A los 4 meses de la última sesión, llamó por teléfono para pedir cita.

Primera sesión

"He hecho el tratamiento de RT desde Diciembre hasta la primera semana de Febrero. Físicamente lo he tolerado bien...anímicamente a la semana tuve un bajón (coincide con las Navidades)...tenía ganas de llorar"

"La semana pasada tuve otro bajón, es lo por que te llamé y he venido"

T cómo te encuentras ahora

"Mal, con angustia, ganas de llorar, duermo mal...no puedo pensar en el futuro, no quiero...me falta ilusión, esperanza"

T lo relacionas con algo de ahora

"No, porque no ha pasado nada especial, no se sí es por la enfermedad o por qué es...Físicamente me encuentro cansada, limitada para hacer las cosas"

"Quería verte para que me entendieses"

De nuevo presenta síntomas depresivos que, aunque parecen de mayor intensidad que la primera vez, interpreto como secundarios al proceso de adaptación a la normalidad y anoto que si persisten o intensifican habrá que plantearse tratamiento farmacológico.

Esto es algo que no está descrito en la literatura pero que con frecuencia observo en los pacientes. Igual que se tiene que dar un proceso de adaptación a la enfermedad, cuando los tratamientos finalizan, hay que hacerlo a lo cotidiano. Ahora ya no hay que ir al médico, recibir fármacos, pero todavía no se está al cien por cien. La gente de alrededor espera que la persona esté como antes de la enfermedad, pero el enfermo siente que no está como antes. Hay personas que se sienten indefensas al no tener al médico al lado, ahora ya sólo tiene que ir a las revisiones o si le pasa algo. Psicológicamente hay que hacer el proceso de adaptación a la normalidad, aprender a vivir lo cotidiano con todo lo que ha pasado y esto no es algo que se consiga en un día o dos, requiere su tiempo.

Segunda sesión

(Viene sin peluca ni sombrero)

T cómo te encuentras

"Estoy baja de ánimos, tengo ganas de llorar...con poca ilusión...me da igual que lleguen las vacaciones..."

"Duermo bien porque tomo el X...me despierto cansada"

"Tengo miedo a las "extensiones".

Trabajos repercusión de la enfermedad, destacando sobre todo la limitación.

Al final escribo: Presenta un cuadro depresivo secundario a proceso de enfermedad. Creo que es necesario tratamiento farmacológico + psicológico. Como ella no sabe de ningún psiquiatra y me dice que si yo se de alguien, le doy el nombre del psiquiatra del Centro donde realizo mi actividad privada, para su valoración.

Pido Biografía y propongo sesiones semanales.

Tercera sesión

"Ayer estuve en la consulta del Dr. X, me vino bien, me di una panzada a llorar (me dice la medicación que le ha puesto)... me dijo que volviera a las tres semanas".

"Estuve muy cómoda, me dio mucha confianza sentí que me daba permiso para hacer lo que quisiera con lo de salir y hacer cosas...Cuando salí me encontré mejor y me di cuenta que lo que me pasa tiene que ver también con la **muerte de mi madre**...siempre me he valorado poco".

T quieres hablarme de tu madre

"Siempre he estado muy enmadrada...salir de casa me costó mucho..."

T cómo era tu madre, preséntamela

"Era muy directiva y a la que creo que más ha manejado ha sido a mí...Murió en Agosto de hace dos años...le diagnosticaron un cáncer (**recordar que en la primera entrevista dijo que había muerto por un virus, ahora ya puede nombrar la palabra cáncer**)

"Cuando me diagnosticaron el cáncer yo creo que estaba de luto"

"Al morir mi padre, mi madre se viene a vivir conmigo y mis hermanos. Yo había comprado un piso con mi hermana y creo que fue un error. Fue a los 32 años que creo que era la edad ideal para hacer mi vida, mi gusto...creo que a partir de ahí fue ya lo de hacer lo que los demás han querido..."

Esto nos recuerda lo que hablábamos en el desarrollo teórico al hablar de la personalidad de los pacientes psicosomáticos: control de sus impulsos, hiperadaptados, cumplidores, etc.

Cuarta sesión

"Estoy mejor, con menos ganas de llorar, ya empiezo a ser yo. Los primeros días de tomar la medicación tuve los efectos secundarios que el Dr. me había dicho, luego ya bien...Me encuentro bien sin estar eufórica".

T le señalo el trabajo psicológico que hay que hacer ahora, ver las causas de su malestar, que pueden tener que ver con cosas de ahora o de antes

"Creo que la muerte de mi madre no lo acabo de aceptar...quién me va a proteger...Hace ocho años

yo tenía que haber sido capaz de separarme... Cuando volví de Barcelona (se fue por motivos laborales), mi padre se muere y se decide comprar un piso y vivir todos juntos, sentí **frustración**, mi ilusión hubiera sido tener mi piso, mi casa..."

T anoto y le señalo que parece que la estructura familiar no tolera la separación, que separación es igual a ruptura

"Mi madre siempre me hablaba mal de los hombres...nos decía: a vosotras quien os va a aguantar...Hemos vividos todos a la sombra de mi madre, a mi me conocen por ser la hija de ella, no por mi nombre..."

"Cuando mi madre se muere es como si yo también me hubiera muerto..." ...

T cuál es tu imagen, cómo te ves

"No tengo una imagen de mí...no soy nada..."

"Siempre he tenido un montón de **complejos**: yo era la fea...mi hermana la que va delante de mí era la guapa...toda la vida mi madre me ha comparado con ella, toda la vida siendo la tonta, la triste, la poca, fea, estudiosa, la hacendosa...vamos la **Cenicienta**..."

"No sé por que mi madre ha querido que mi hermana y yo siendo tan diferentes viviéramos juntas...creo que para fastidiarme..."

"Mi hermana se parece a mi madre: perfecta, alegre, decidida..."

Esta sesión es rica en contenidos. Comienza a poder sacar la rabia, frustración, enfado que le han acompañado a lo largo de su vida. Vemos como puede ir empezando a ver a la madre real no a la idealizada de las primeras sesiones y cómo ha sido la relación con ella. Parece que no ha sido una madre suficientemente buena para ella. La imagen tan deteriorada que tiene de ella: Cenicienta.

Quinta sesión

"Bien mejor...me venía la imagen del cuadro que tú me decías (restauración, ir quitando capas poco a poco para descubrir el original)...lo veía bien, que es posible...El otro día pensaba que no lo era y que debajo no había nada...lo veía como una cara, ahora no..."

"Esta semana he hecho cosas que me apetecen a mí...notaba como que me había quitado una carga que quizás me la había puesto yo..."

T le señalo como el pasado es nuestro archivo, donde están los datos para entender el presente

"Mirar el pasado creo que me puede doler...Mi familia era perfecta y yo adoraba a mi madre, pero no si esto era así o era impuesto..."

Lee la biografía (transcribo lo que fui anotando porque es una pena que no la conserve, normalmente me suelo quedar con ella pero en este caso la paciente la traía, leía, hablábamos y al final se la llevó)

"Somos 4 hermanos, yo soy la tercera, antes del niño"

"Cuando yo nací, lo que se buscaba era un niño, nací porque tenía que nacer un niño, sino no hubiera nacido...yo me he sentido como la desilusión...a mi hermano le he protegido mucho, mimado, de pequeña estaba con él más que con mi hermana, le he mimado tanto que creo que hasta le he perjudicado...le hacía los trabajos del colegio..."

T le señalo si su **nombre** le dice algo (es de mujer y de hombre)

"Claro como esperaban un niño me pusieron Teresa José, mi hermano se llama José..."

Enfermedades

"Nací muy gordita... a los 6 años me cambió el metabolismo, empecé a adelgazar, estaba más endeble, tenía anginas, fiebres reumáticas..."

"A los 10 años se me paralizaron las cuerdas vocales. Vivíamos en un pueblo pequeño, íbamos al transporte escolar, me caí, me hice una herida, tuve un "susto de tipo nervioso" (es lo que le dijeron los médicos), faringitis. Me trajeron a Madrid donde me dijeron que tenía paralización de las cuerdas vocales".

La ve un psiquiatra de su ciudad, que le pone tratamiento farmacológico.

"Me duró unos cuatro meses, hablaba muy bajito, la voz no la perdí...ahora creo que fue una llamada de atención: mi hermana la mayor tenía su sitio por ser la mayor, la segunda porque era la buena, perfecta y luego el niño porque era niño, y yo estaba sin sitio...de esta manera estaban pendientes de mí, me mimaban, yo estaba a gusto (llora)..."

"A los 18 años tuve una hemorragia gástrica, perdí bastante sangre...vivía con mi hermana la mayor que estaba casada y yo vine a estudiar...Ella tiene mucho carácter...fíjate que estuve una semana haciendo deposiciones negras, me notaba cansada pero no tuve la suficiente confianza como para decírselo (llora), de esto me doy cuenta ahora...Me diagnosticaron de "úlceras de estrés"....Para mí era la convivencia con mi hermana..."

"El estómago no me ha dado guerra hasta el año cuando muere mi madre, empecé con vómitos. Me hicieron una endoscopia y me dijeron que tenía el

Helicobacter Pylori, cuando me iban a dar tratamiento me salió el cáncer (a los 40 años)"

"Al decirte esto, me estoy dando cuenta que las enfermedades se han dado en períodos puntuales de mi vida".

T quieres que lo veamos (ella me va diciendo la edad y lo que le pasa y yo le pregunto qué te dice):

Historia psicósomática

<u>Edad</u>	<u>Síntoma</u>	<u>Qué te dice</u>
6 años:	Adelgaza	"Dejo de ser niña".
9-10 años:	Pérdida de la voz	"Empiezo a ser mujer y no quiero"
18 años:	Hemorragia gástrica	"No he vivido adolescencia me he perdido algo"
40 años:	Cáncer de mama	"Se me está acabando ya la vida"

"Me doy cuenta que he estado perdiendo la vida..."

....

"Ayer estuve con el Dr., me dijo que siguiera igual con el tratamiento, lo estoy tolerando bien, me dijo que me veía mejor, que volviera en un mes"

Creo que pocos comentarios se pueden hacer a esta sesión, ya que los datos de la misma nos están diciendo mucho acerca de la paciente.

Nace porque querían un niño, no ha tenido sitio en el grupo familiar, de la única forma que se la veía y tenía en cuenta era cuando enfermaba.

Le han privado toda identidad, hasta el nombre se lo pusieron de hombre ¿hay mayor maldad?.

También en su historia psicósomática podemos percibir los conflictos que tienen que ver con su

identidad femenina. Para satisfacer a los padres (más a la madre) tenía que ser un chico y en los momentos que su cuerpo va cambiando, va siendo una mujer, se produce el conflicto y lo que sus palabras no pueden hacer, lo hace su cuerpo, enferma. La enfermedad física parece que es la única salida que ha tenido, lo que quizás la ha protegido de enfermar psicológicamente.

Sexta sesión

"Bien, aunque el jueves tuve un bajón...quedé con una amiga que es enfermera a la que no había visto desde que había hecho el tratamiento...me pasé el rato llorando...creo que fue porque recordé el momento del tratamiento, ella es muy maja, no me agobia...me permití el lujo de decirle cosas de mi familia (críticas) que antes no hubiera hecho, no se si lo hice por compartirlo o por tener su aprobación (de que se tiene que independizar)...luego me sentí a gusto".

...

Hablamos de la reincorporación al trabajo

"Creo que si quiero trabajar es por los demás, para decirles: mirar lo bien que estoy y porque si tardo mucho me va a costar más..."

Habla de su trabajo

Me pregunta "¿podemos seguir leyendo?" (biografía)

"Mi madre era muy activa, abierta, siempre había gente en la casa pero a mí eso no me gustaba, ella siempre estaba pendiente de los demás, igual yo añoraba tener mayor intimidad familiar y que estuviera más pendiente de mí...Además, yo siempre era la primera que se levantaba de la mesa para fregar, decía que no me importaba, pero ahora me doy cuenta que sí, que me fastidiaba...eso le hacía a mi madre sentirse reina..."

"Me he sentido la criada y ellas las reinonas...No quiero ir al pueblo porque rechazo esa casa, me he sentido media vida mía la chacha, la Cenicienta..."

"Siempre me han estado comparando con J que es la guapa. Recuerdo un comentario de mi madre: - me ha dicho el Sr. X Vd. tiene una hija muy guapa-...esto me dolía mucho, yo creo que le tenía envidia, no se me ha olvidado, además siempre me da rabia por mi madre por decirlo y por mí porque no lo olvido y eso que han pasado 32 años, o por haberlo oído..."

T qué te hizo sentir mal

"Yo permitía que los demás lo dijeran, pero que lo dijera mi madre, fue bajarme un escalafón (el comentario de la madre lo hace delante de una tía de la paciente)..."

"Una cosa de mi hermana que me molesta es que cuando me llaman mis amigas ella se mete, les habla...no se da cuenta de que son mis amigas...esto no se lo he dicho a ella..."

"Siempre me sentido fea, quizás he rechazado mi cuerpo"

"Mi madre era como una Lola Flores...siempre nos unía a J y a mí, aún después de muerta...". Cuenta la historia de la herencia, lo que la pertenece todo está compartido con su hermana J, no tiene nada suyo. Dice que siempre le han tenido por la débil.

Como vemos la relación con la madre es conflictiva. Una madre que no la mira, que no la valora, que no existe para ella y mientras, ella adopta el papel de la hija buena, hacendosa, trabajadora, tratando de satisfacer a una madre insatisfecha. Esto es algo que he observado también en otras pacientes con cáncer de mama.

En una anotación tengo que se percibe la culpa por no ser chico, una traba más para asumir su identidad femenina y curiosamente su historia psicósomática llega a un cáncer de mama, el cáncer femenino por excelencia, que tiene que ver con la identidad y la sexualidad.

Pero ahora ya se está pudiendo permitir la crítica y sacar su enfado

Séptima sesión (después de dos semanas sin vernos por vacaciones de S. Santa)

"Al final me quedé en Madrid...estoy empezando a tener más personalidad...Vino una prima de Valencia y lo pasamos bien, aunque al principio me agobié porque a ver qué iba a tener que hacer para agradarla..."

...

Hablamos de la relación con la madre, que ahora se repite con la hermana

"No quiero hacer con ella igual que hice con mi madre, aunque viva cinco años quiero ser yo..."

"Quiero hablarte de un compañero de trabajo...Demostraba afecto hacia mi de forma diferente pero yo no sentí nada por él...luego ya me cambié de trabajo, corté con él...aunque él ha seguido llamándome...no quiero salir de una dependencia de mi madre y de mi hermana y meterme en otra...él durante la enfermedad ha estado pendiente de mí...tengo miedo, no se si al fracaso, a que me deje..."

T parece que confías poco en ti

"Sí, siempre he sido la más fea, la menos válida, la más sosa...No entiendo porqué se ha fijado este hombre en mí...me da miedo que esto no funcione..."

"No recuerdo que mi madre me achuchara, lo he echado en falta (llora)...recuerdo que le decía a mi madre que quería más a mi hermana y ella no lo desmentía, no me decía que no era verdad..."

"He sido la Cenicienta...me tengo que plantar"

"Como he visto la muerte, me digo total para qué he nacido"

Aparece por primera vez el hombre. Me estoy dando cuenta al transcribir el caso de que del padre no se nada, tampoco ha hablado de su sexualidad, sólo en la sesión de hoy al hablar de esta relación, que por un lado desea y le gusta y por otro le asusta. Recordar que el mensaje de la madre era negativo hacia los hombres y hacia ella "a ti quien te va a querer".

Pero se van viendo los avances del tratamiento.

Octava sesión

"Me encuentro muy bien. Ayer estuve con el Dr, creo que estoy mejor que antes de la enfermedad y eso lo hemos conseguido entre las dos..."

"Estoy consiguiendo reafirmar mi personalidad, por temor no hacía ciertas cosas...Creo que me apetece ir a trabajar, ya que tengo flexibilidad horaria".

"Me he comprado un cochecito...estuve atareada la semana pasada..."

...

Trae un escrito (recuerdo), en el que sale su miedo a salir, a ser rechazada, infravalorada, comparaciones con la hermana. Miedo a fracasar, al qué dirán.

"Creo que por eso nunca he tenido pareja, para que no me dejen"

A continuación cuenta una historia de un "novio" que tuvo y que le quita una prima.

...

"Mi madre se preocupaba de mí físicamente, pero no he recibido palabras de afecto, de cariño, de valoración...ni de ella ni de mi padre, él estaba a la sombra de ella, en mi casa era como "El

Pescailla" (marido de la Faraona que vivió a la sombra de ella)

Tengo hecha una anotación: vivió pegada a la madre, ella no era nada, era en la medida que era la madre...no tiene identidad propia...cuando la madre muere ella enferma de cáncer.

"Mejor me hubiera muerto con ella...para vivir como he vivido, mejor muerta...aunque ahora estoy aprendiendo a vivir...casi diría que ha sido una suerte tener un cáncer porque me ha hecho espabilar..."

Sale su nombre, dice que se lo pusieron por el deseo de su madre de haber tenido un niño.

"Cuando me llaman Teresa me gusta, es más mío...mi madre siempre me llamaba Teresa José".

Por fin aparece el padre, pero un padre que parece que no ha pintado mucho, por el que tampoco ha sido reconocida.

Está dando pequeños pasos en su autonomía, por primera vez tiene algo suyo: un coche.

También vemos en esta sesión como la enfermedad es una oportunidad para vivir de otra forma.

Novena sesión

"Bien, aunque soy muy indecisa...me influye lo que piensen los demás..."

T por qué crees que es esto

"Porque los demás eran perfectos y yo no...para agradar...me da rabia ser así"

T le señalo cómo antes ni se lo planteaba y ahora hasta se puede enfadar ...

Continuamos con la biografía

"A los 15 años (Instituto) me vine a Madrid con mi hermana la mayor (hermana de madre)...la convivencia con ella fue difícil (llora)...me sentía rechazada, no valorada..."

Habla del rechazo de la hermana, le llama la atención el silencio de la madre cuando dejó la casa de la hermana "nunca me preguntó nada de por qué me fui"

"Tenía la sensación de estar de prestado, igual que en la casa de mis padres...lo que me llevaba a pensar que el problema era yo..."

"Me han dominado toda la vida...Mi madre muerta sigue manipulándome como en vida (por la herencia)".

Décima sesión

"Bien con ganas de que llegue el viernes que empiezo a trabajar, mañana pido el alta...voy a intentar ir casi con el horario normal, me apetece hacerlo" ...

Seguimos con la biografía

Hizo Magisterio, vivía con dos tías: una soltera y otra viuda.

Se viene a vivir a Madrid con los hermanos que también están solteros y vivían juntos. Ella se encarga de las tareas de la casa. "Lo decidió mi madre...me cargué con el peso de la casa, creo que porque económicamente no aportaba nada..."

De nuevo habla de la relación con la madre: "conflictiva, manipuladora, controladora...me decía que yo era triste, amargada..."

...

"Me he sentido como una marioneta movida por mi madre...He crecido pegada a mi madre, no jugaba

con las amigas, tenía miedo de salir...De pequeña me recuerdo siempre mala, una milindres...luego en el colegio me sentí bien, integrada, una integración que no había sentido en mi familia, creo que me sentía aceptada".

Décimo primera sesión

"Empecé a trabajar hace cuatro días, bien, tenía un poco de miedo..."

T miedo

"A cómo te miran (las mamas), que me preguntaran si ya estoy buena (se emociona)...me han dado flexibilidad horaria"

...

Trabajamos proceso de adaptación a la normalidad, a su vida cotidiana

"Incluso creo que estoy mejor que antes de la enfermedad, antes intentaba no molestar, agradecer a los demás, ahora es diferente...La enfermedad me ha hecho espabilar".

De nuevo vemos los aspectos positivos de la enfermedad y cómo poco a poco va volviendo a lo cotidiano, sintiéndose cada vez menos en el papel de enferma y más en el de persona normal.

Décimo segunda sesión

"Bien, aunque he tenido sentimiento de miedo ante una reunión que tenía de trabajo...creo que siempre lo he tenido"

T miedo a

"Hacer las cosas mal, que me regañen, me siento mal, pienso que no soy eficaz, que no valgo para nada" ...

Trae de nuevo a la madre "recuerdo que me decía: eres rara, siempre estás de mal humor, enfadada...era rara porque no era como las demás...me decía que tenía mala leche..."

Décimo tercera sesión

"Me encuentro muy bien. Estuve con el Dr, me bajó la medicación...me verá después de las vacaciones (de verano) para suspender el tratamiento...Hablamos del futuro..."

"Ahora quiero disfrutar el presente, liberarme del pasado y del futuro..."

T qué te gustaría

"Seguir igual en el trabajo...ser más individual, independizarme...aunque me da miedo de perder a mis hermanos, mi familia..."

Se plantea como objetivo comprarse un piso y vivir independiente, la mayor dificultad la ve en la relación con la hermana.

Hacemos una valoración de sus aspectos positivos y negativos:

Negativos: Tragar todo, su físico, ser sufridora, la última de la fila, baja autoestima, poco carácter, sumisa.

Positivos: Ser constante, tolerante, cariñosa, ordenada, eficaz, cumplidora, mañosa.

Ideal (lo que la gustaría): Poder decir las cosas, imponer mi criterio.

Trabajamos acerca de ello, de lo que ha cambiado, de lo que puede cambiar y de lo inmodificable.

Décimo cuarta sesión

La semana anterior no pudo venir a la sesión, llamó por teléfono para cambiar la cita.

"Estoy bien, aunque veo que siempre tengo que estar pendiente de mis cosas"

"En general bien en el trabajo"

"Lo que noto es que no me apetece discutir"

"Siento atadura con mis hermanos...mi madre nos casó" ...

Hablamos de los planes para las vacaciones del verano

"Tengo sensación de liberación que me ha dado la enfermedad y por haberos conocido a vosotros".

"Quiero vivir, pero no como hasta ahora...La enfermedad me ha enseñado a vivir...hasta ahora he vivido la vida de los demás, no mi vida..."

Como se ve las últimas sesiones han sido de evaluación y de despedida. Ya habíamos hablado que si seguía bien finalizaríamos el tratamiento. Ahora llegan las vacaciones de verano y quedamos que a la vuelta nos veremos y si todo sigue bien acabamos la terapia.

Décimo quinta y última sesión

Nos vemos en Septiembre después de las vacaciones del verano.

"El verano bien...estuve 15 días fuera y muy bien, lo he vivido de forma diferente a otras veces."

"No me ha costado volver al trabajo"

"Creo que he superado un montón de cosas aquí: miedos, inseguridad..."

"La semana pasada pasé la revisión y todo está bien, no he tenido miedo como otras veces"

"Quiero hacerme la cirugía reparadora, ya me han visto los cirujanos plásticos"

"He aprendido a disfrutar de lo que hago".

Nota final: Está muy bien física y psicológicamente, haciendo vida normal, con un buen afrontamiento de su situación, incluso mejor que antes de todo el proceso de la enfermedad. Está pendiente de consulta con el psiquiatra, aunque está ya con dosis mínima de medicación.

Alta por remisión de sintomatología. Si en algún momento necesita volver, se pondrá en contacto con nosotros.

COMENTARIO

En el desarrollo teórico vimos la historia de la Psicósomática, la visión de diferentes autores, la personalidad del paciente psicósomático para entroncar con el cáncer y lo que tienen en común ambas disciplinas.

El caso clínico creo que ilustra muy bien todo lo teórico. Hemos visto la historia psicósomática de una paciente que concluye con la aparición del cáncer. El desarrollo de las sesiones ha permitido ir relacionando los diferentes contenidos de la historia de la paciente con la teoría.

Hemos visto a una paciente típica oncológica y psicosomática, lo que no es tan frecuente ni habitual. Al ser un tratamiento corto, ha permitido la transcripción íntegra de las sesiones (de lo que tenía anotado, ya que en ocasiones no he escrito todo el tiempo), lo que ha facilitado la comprensión y reflexión del mismo.

Señalar que cuando se escribe acerca de lo que se ha hecho, podemos ver los logros y también las faltas. En este sentido he caído en la cuenta que ha habido dos aspectos que han salido sólo superficialmente: la repercusión de la mastectomía y la sexualidad, ambos importantes y que no han sido tratados con más profundidad. Siendo benévola con la paciente y conmigo, solo me cabe decir que si así ha sido es porque había otras cosas más a flor de piel o que no he sido lo suficiente hábil como para rescatarlo. En cualquier caso creo que ha sido un tratamiento exitoso, en tanto que la paciente pudo volver a su vida cotidiana después del proceso de la enfermedad.

Por último, decir que hubo desde el principio una buena alianza terapéutica y que la relación transferencial y contratransferencial fue lo suficientemente buena como para poder hacer un trabajo terapéutico eficaz. Agradecer a la paciente la confianza que desde el principio depositó en mí y a mis profesores más actuales que tanto me han enseñado acerca de lo relacional, lo intersubjetivo, la flexibilidad y apertura en la práctica terapéutica.

REFERENCIAS

1. González de Rivera JL (2003). *Medicina Psicosomática*. ADES Ediciones, Madrid.
2. Cardenal V, Oñoro I (2000). Perspectivas actuales en la investigación de las relaciones entre variables psicosociales y la enfermedad del cáncer. *Psicología.com*, vol 3, No. 3, Enero.
3. Lipowski ZJ (1977). Psychosomatic medicine in the seventies. *Am J Psy*. 134, 233-244.
4. Freud S (1973). *Obras Completas*. Biblioteca Nueva, Madrid.
5. Bion W (1977). *Aprendiendo de la Experiencia*. Paidós, Barcelona.
6. Spitz R (1961). *El primer año de vida del niño*. Aguilar, Madrid.
7. Erickson E (1968,1974). *Identidad, Juventud y Crisis*. Paidós, Buenos Aires
8. Winnicott D (1995). *La familia y el desarrollo del individuo*. Lumen-Hormé (4ª Edición), Buenos Aires.
9. Winnicott D (1973). *La Naturaleza Humana*. Paidós, Buenos Aires
10. Winnicott D (1963). Elementos positivos y negativos en la Enfermedad Psicosomática, en *Exploraciones Psicoanalíticas 1*. Paidós, Buenos Aires
11. McDougall J (1989). *Los teatros del cuerpo*. Yébenes, Barcelona.
12. Ferenczi S (1997). *Sin simpatía no hay curación. El diario clínico de 1932*. Amorrortu editores, Buenos Aires.
13. Stern D (1998). *La primera relación madre-hijo*. Ediciones Morata, Madrid.
14. Stern D (1997). *La constelación maternal. La psicoterapia en las relaciones entre padres e hijos*. Paidós, Barcelona.
15. Marty P (1995). *La psicosomática del adulto*. Amorrortu, Buenos Aires.
16. Pelorosso A (2008). Abordaje del paciente psicosomático. www.winnicott.com.ar/psicosomatico.htm.
17. Liberman D y cols. (1986). Del cuerpo al símbolo. Anaké, Santiago de Chile.
18. Sami-Ali M (1991). *Pensar lo somático. El imaginario y la patología*. Paidós, Buenos Aires.
19. Seabra I (2007). El síntoma psicosomático dentro de una teoría psicosomática relacional. Revista electrónica de Psicoterapia. *Clínica e Investigación Relacional*. Vol 1 (1), 165-176, Junio.
20. Bonet J, Luchina C (1998). *Estrés y Procesos de Enfermedad. Psiconeuroinmunoendocrinología. Modelos de Integración Mente-Cuerpo*. T1. Biblos.
21. Eysenck HJ (1995). The causal role of stress and personality in the etiology of cancer and coronary hearth disease. En Ch. D Spielberger, IG Sarason (Eds): *Series in stress and emotion: Anxiety, anger and curiosity*. Vol 15, 3-12. Washington: Taylor & Francis.

22. Grossarth-Maticek R, Eysenck HJ (1990). Personality, stress and disease: Description and validation of a new inventory. *Psychological Reports*, 66, 355-373.
23. Grossarth-Maticek R, Eysenck HJ (1991). Personality, stress, and motivational factors in drinking as determinants of risk for cancer and coronary heart disease. *Psychological Reports* 69, 1027-1045.
24. Levenson JL, Bemis C (1995). Cancer onset and progression. En: A Stoudemire y cols. (Eds): *Psychological factors affecting medical conditions*; 81-97. Washington: American Psychiatric Press.
25. Contrada RJ et al (1990). Personality and Health. En: LA Pervin (Ed): *Handbook of Personality*; 638-670. New York, The Guilford Press.
26. Sebastián Herranz J, Alonso Fernández C (2003). El proceso de adaptación a la enfermedad e intervención psicológica. En: Valentín V, Alonso C, Murillo T, Pérez P, Vilches Y (Eds): *Oncología en Atención Primaria*. Nova Sidonia Oncología y Hematología, 793-804, Madrid.
27. Durá E, Ibañez E (2000). *Psicología Oncológica: Perspectivas futuras de investigación e intervención profesional*. Psicología, Saúde & Doenças, 1 (1), 27-43.
28. Greer S, Morris T, Pettingale KW (1979). Psychological response to breast cancer. Effect on outcome. *Lancet*, 785-789.
29. Shaffer JH et al (1982). Family attitudes in youth as a possible precursor of cancer among physicians: A search for explanatory mechanisms. *Journal of Behavioral Medicine*, 5; 143-163.
30. Greene WA (1954). Psychological factors and reticuloendothelial disease. *Psychosomatic Medicine*, 15; 220-230.
31. Spiegel D, et al (1989). Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet* 14, 888-891.
32. Ibañez E, Romero R, Andreu Y (1992). Personalidad tipo C: Una revisión crítica. *Boletín de Psicología*, 35, 49-79.
33. Da-Shih H, Silberfarb PM (1988): Psychological factors: Do they influence breast cancer? In Cooper (Ed): *Stress and Breast Cancer*; 27-62. New York, Wiley and Sons.
34. Caparrós N (2008). *El proceso psicósomático. El ser humano en el paradigma de la complejidad*. Colección Imago. Biblioteca Nueva, Madrid.

NOTAS

¹ Trabajo presentado en el Instituto de Psicoterapia Relacional como trabajo final de los Estudios de Especialista en Psicoterapia Psicoanalítica Relacional, Diciembre 2008.

² Carmen Alonso Fernández es Psicóloga Especialista en Psicología Clínica y Psicoterapeuta de Orientación Psicoanalítica. Miembro del *Instituto de Psicoterapia Relacional*, Madrid.