

EL LENGUAJE PSICOLÓGICO EN LA FASE TERMINAL

Olga Nelly Vargas G.

Psicóloga

En su libro "Sobre la muerte y los moribundos" ELIZABETH KUBLER ROSS dice: "El paciente hoy sufre más, no físicamente quizá, pero si emocionalmente. Y sus necesidades no han cambiado a lo largo de los siglos, sólo nuestra capacidad para satisfacerlas".

Efectivamente, si analizamos la formación académica del médico y demás profesionales de la salud, encontramos que está dirigida a curar, prolongar vidas, pero en pocas ocasiones enfocada a ayudar al paciente en fase terminal. Se cuenta así mismo con una serie de recursos técnicos, farmacológicos y quirúrgicos, con los cuales apasionadamente se trata de reducir los límites de la enfermedad o la muerte, pretendiendo ampliar cada vez más las fronteras de la existencia. Esto lleva a que la persona con una enfermedad en su etapa terminal se convierta en ese "desecho" o en la imposibilidad de las instituciones, evadiendo todos la responsabilidad y, en esta medida, la angustia que genera este pariente, pues nos confronta en lo personal y profesional con la realidad de la enfermedad y la muerte.

Muchas veces el dominio sobre la enfermedad se realiza con tantos gastos y esfuerzos extraordinarios, con un cúmulo de sufrimiento y molestias, con los efectos secundarios y secuelas de intervenciones, en la soledad; con el desconocimiento de lo que pasa y va a suceder, en el aislamiento de todo contacto humano, que el pariente termina padeciendo muchas veces más por el tratamiento, que por la misma enfermedad.

Partiendo de esta realidad social e institucional, la Clínica de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos emprendió la tarea de atender y asistir a las personas y familias que viven la fase terminal de una enfermedad, que estén en la etapa de postración o muy cerca al momento de la muerte. El programa tiene como objeto brindar una atención integral y humanizada, para lo cual cuenta con profesionales de diferentes disciplinas con la inclusión de la psicología, como elemento esencial dentro de su propuesta terapéutica.

PSICOLOGÍA Y MEDICINA

A pesar de que en nuestro medio la psicología lleva poco tiempo incorporada y reconocida dentro del área de la salud, hoy en día es indiscutible la estrecha relación existente entre los factores emocionales y fisiológicos del individuo; especialmente en los casos de personas que padecen enfermedades malignas, psicoso-máticas, con algún compromiso del sistema inmunológico y aquéllas que atraviesan la fase terminal. El abismo entre lo somático y lo psíquico es cada vez menos estrecho, gracias a los resultados de labores investigativas, estudios neuro-fisiológicos y de enfermedades psicosomáticas, así como, de la experiencia clínica.

La psicología cuenta con aportes, instrumentos y estrategias que pueden enriquecer la labor del equipo sanitario. En salud, tradicionalmente se aborda la enfermedad en tanto entidad clínica; para la psicología, la enfermedad es el problema del sufrimiento y el dolor humanos.

Todo pariente requiere de cuidados médicos y un control sobre su organismo y funciones, pero también está necesitado de ser atendido y cuidado en sus sensaciones y sentimientos interiores. La psicología colabora en un abordaje más integrador del pariente porque rescata su dimensión humana, poseedor de un cuerpo físico, mental, afectivo y espiritual que siente, piensa, ama, desea y teme. En la búsqueda por saber qué, cómo y por qué piensa y siente el pariente, surgen el médico, el terapeuta, la institución, la familia y la cultura en la cual se inscribe el individuo enfermo.

Volviendo a la correlación entre lo psicológico y lo biológico, podemos concluir de las diversas investigaciones y de la observación clínica:

- Hay relación entre la psicogénesis de las enfermedades neoplásicas y ciertos tipos de situaciones emocionales; el factor psíquico registrado con mayor reiteración ha sido la pérdida de nexos afectivos y emocionales importantes en la época anterior a la aparición de la enfermedad.
- Se ha encontrado correlación entre la personalidad premórbida **del individuo** y el tipo, localización y diseminación del tumor.

- Las primeras experiencias del niño con las figuras parentales, dejan una impronta en el ser humano que determinará en el futuro la forma como el individuo asuma las vivencias de pérdida, frustración, enfermedad y muerte.
- Cada paciente tiene una respuesta y comportamiento singular ante el dolor o la enfermedad conforme al significado que tienen para su estructura psíquica.
- Existe una relación notoria entre el estrés psíquico y la eclosión del cáncer.
- El bienestar del paciente terminal se puede modificar en la medida que cuente con o carezca de una adecuada red emocional que le brinde apoyo afectivo, familiar y terapéutico.
- Finalmente, es importante resaltar la gran incidencia del estado emocional del paciente en la evolución de la enfermedad, resultado del tratamiento activo y de la respuesta del sistema inmune.

Esta íntima conexión entre lo somático y lo psíquico llevó al psicólogo A. ADLER a afirmar que los síntomas psicósomáticos eran el lenguaje del organismo, pues consideraba que éste estaba más cerca del inconsciente que la parte consciente de la personalidad.

En la actualidad, los estudios sobre la relación de estos aspectos, ha llevado al surgimiento de una nueva disciplina llamada PSICONEUROINMUNOLOGIA que, como lo indica su nombre, involucra los factores neurofisiológicos, psicológicos y los mecanismos de defensa del organismo.

La psiconeuroinmunología pretende precisamente modular el sistema inmunológico a partir de trabajar las situaciones y estados emocionales del individuo enfermo, de manera que favorezca la evolución y tratamiento de enfermedades como cáncer, SIDA, dolor crónico, enfermedades psicósomáticas, etc. Este enfoque ha sido implementado por los doctores BORYSENKO, SIEGEL Y SIMONTON en sus clínicas particulares en Estados Unidos, donde a través de un trabajo interdisciplinario que involucra psicoterapia, tratamiento médico, apoyo emocional, técnicas de relajación y meditación, terapia familiar, etc., se permite a los pacientes y familiares la expresión de sentimientos y la búsqueda de nuevas posibilidades vitales

que favorezcan el bienestar físico y emocional de los enfermos y, en los casos que no es posible la curación, poder asumir más serenamente la realidad del morir.

Desde esta misma perspectiva el psicoanalista E. PICHÓN RIVIERE, traza una concepción integradora del individuo a través de lo que él denomina "Las tres áreas del comportamiento".

El esquema lo conforman tres círculos concéntricos que representan el comportamiento humano en el área de la mente, el cuerpo y el mundo exterior. Según PICHÓN RIVIERE una misma enfermedad puede manifestarse en cualquiera de las tres áreas, por medio del "balanceo psicósomático"; los síntomas pueden desaparecer de un área y emerger en otra.

Esta óptica del paciente en fase terminal, nos muestra cómo la enfermedad no es un fenómeno local. El ser humano se enferma en su totalidad; por ello requiere un abordaje interdisciplinario, integrador y humanizado en un momento de crisis y cambio en su ciclo vital.



ESTRATEGIA TERAPÉUTICA

El trabajo psicológico con pacientes en fase terminal parte de reconocer que surgen una serie de problemas y dificultades que tienen que ver no sólo con la enfermedad o el dolor, sino fundamentalmente con la estructura psíquica del individuo que las padece. Personalidad que estará determinada por las primeras experiencias afectivas con los padres, así como por su posterior desarrollo social y cultural.

El lenguaje psicológico es el lenguaje de la singularidad, reconoce que cada individuo es único, con un universo emocional propio, con respuestas y comportamientos subjetivos ante la realidad y transformaciones de la vida. Por ello aunque, como lo plantea la Doctora KUBLER ROSS, el paciente terminal evoluciona por fases: Negación, Agresión, Pacto, Depresión, y Aceptación, siempre será singular y propia la respuesta y vivencia de cada una de estas etapas en el ser humano que se encara a la enfermedad incurable y al dolor.

Por el hecho de ser experiencias individuales no se deben establecer protocolos o esquemas terapéuticos rígidos; cada ser humano enfermo tiene respuestas diferentes, requiere un abordaje diferente y un tratamiento construido a partir de su propia individualidad en interrelación con el equipo de salud para cada individuo.

El dolor y la enfermedad encierran un significado interior que en la intervención terapéutica es importante ayudarle a develar, ya que comprenderlo le permitirá conocer más de su enfermedad, de él mismo y del lenguaje oculto a través de los síntomas.

En el dispositivo terapéutico deben tenerse en cuenta los síntomas más comunes en los pacientes terminales a nivel físico y emocional: deterioro físico, baja respuesta del sistema inmune, insomnio, anorexia, estado de ansiedad y angustia, sentimiento de pánico, miedos, depresión, inactividad, agresividad, culpabilidad, aislamiento, soledad, entre otros.

Los principales objetivos de la intervención psicológica con pacientes en fase terminal los podemos resumir así:

- Favorecer la readaptación personal, familiar y social del enfermo.
- Disminuir la ansiedad y el estrés en el paciente y su familia.
- Posibilitar al paciente la expresión de sus sentimientos y pensamientos buscando mejorar la respuesta del sistema inmune.
- Favorecer la calidad de vida a través de mecanismos vitales **y sanos de la** persona.
- Sanar esquemas espirituales o mentales lesionados por la enfermedad **o el** tratamiento.
- Develar el significado profundo y el lenguaje que encierra la enfermedad.

- Rescatar la singularidad y responsabilidad de cada ser **humano frente a la** enfermedad y el tratamiento.
- Trabajar en forma interdisciplinaria rescatando los aspectos emocionales **e internos** del paciente, la familia y el equipo de salud.

La intervención psicológica está basada fundamentalmente en una interacción verbal o de otra forma simbólica, entre terapeuta y paciente. El lenguaje como mediador en la relación terapéutica, que permite expresar lo que acontece, palabra que puede ser dicha y escuchada, posibilitando distinguir entre lo imaginario y la realidad, asumir las contradicciones, cuestionarse y actuar con los demás, vivir con la realidad actual y asumir la responsabilidad individual frente a la salud, la enfermedad y el tratamiento.

Lo imaginario y la realidad mediatizados por la función simbólica a través del lenguaje. Lenguaje que es portador de sentido, de la historia de esa persona con sus penas y alegrías, portador de los temores y deseos más profundos del sujeto que habla. Ese espacio terapéutico del lenguaje que es revelador de una forma singular de actuar, de pensar, de sentir; que apacigua la angustia, que facilita el hallazgo de una salida para las fuerzas emocionales veladas y la búsqueda de una verdad individual.

Como lo plantea F. DOLTO, el terapeuta sería esa presencia humana que escucha, y en ese lenguaje expresado y escuchado poder reconocer al paciente que **hay** una forma de vivir, hay una forma de morir y una forma de vivir la inminencia de la muerte.

BIBLIOGRAFIA

1. DOLTO F. La dificultad de vivir. Argentina: Gedisa, 1986.
2. KUBLER-ROSS E. Sobre la muerte y los moribundos. Barcelona: Grijalbo, 1974.
3. LANCER M. El miedo a la muerte. En: "Cáncer, enfoque psicológico". Buenos Aires: Galerna 1978:245-259.
4. SCHAVELSON J. Cáncer, enfoque psicológico. Buenos Aires: Galerna, 1978.
5. VARGAS ON. Proyecto de Prácticas -Clínica de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos- HUSVP. Medellín, 1992.

