

ANUARIO DE PSICOLOXÍA E SAÚDE

Nº/ **15**

Revista Oficial da
Sección de Psicoloxía e Saúde do COPG

CORPO

PARIR

SENTIDOS

MODIFICACIÓN CORPORAL

CAMBIOS

DISTORSIÓNS

DOR

Nº15

REVISTA OFICIAL DA SECCIÓN DE
PSICOLOXÍA E SAÚDE DO COPG

CONSELLO EDITORIAL

Xacobe Abel Fernández García / Presidente

Paula Marcos Carregal / Vicepresidenta

María Villarino González / Secretaría

Eduardo Martínez Lamosa / Tesoureiro

Alicia Carballal Fernández / Vogal

Carlos José Losada López / Vogal

Sandra Cudeiro Domínguez / Vogal

CONSELLO DE REDACCIÓN

M^a Gabriela Domínguez Martínez / Directora
PSICÓLOGA CLÍNICA. PRÁCTICA PRIVADA EN PONTEVEDRA

Laura Sotelo Estévez
PSICÓLOGA CLÍNICA. ÁREA SANITARIA DE PONTEVEDRA – O SALNÉS

Paula Rodríguez Vázquez
PSICÓLOGA CLÍNICA. ÁREA SANITARIA DE VIGO

Noelia Pita Fernández
PSICÓLOGA CLÍNICA. ÁREA SANITARIA DE FERROL

Aislinn García Hermo
PSICÓLOGA CLÍNICA. ACLAD CORUÑA

anuario@copgalicia.gal

EDITA

Colexio Oficial de Psicoloxía de Galicia
Españeira, 10 baixo
15706 Santiago de Compostela

T. 981 534 049 | Fax. 981 534 983

www.copgalicia.gal | copgalicia@copgalicia.gal

DESEÑO E MAQUETACIÓN – Laura Decibreiro

IMAXE DE PORTADA – Adobe Stock Photos

ISSN: 2444-6653

Novembro, 2022

Depósito Legal: C 1615-2019
<https://copgalicia.gal/seccions/psicoloxia-e-saude/publicacions>

O Consello Editorial e o Consello de Redacción non se fan responsables das opinións verquidas nos artigos publicados

As opinións expresadas na Presentación son responsabilidade do Consello de Redacción

APUNTAMENTO

A preferencia de idioma no orixinal de cada artigo foi determinada polo/a seu/súa autor/a, coa tradución do Consello de Redacción e revisión do COPG

SUMARIO

04	PRESENTACIÓN M ^a Gabriela Domínguez Martínez
06	PARIR / PARIR CON CALORE Hadriana Ordóñez Otero
16	SENTIDOS / O COIDADO DOS SENTIDOS BÁSICOS NA INFANCIA COMO BASE DA ESTRUTURA PSÍQUICA DO SER HUMANO María Ramos González
30	MODIFICACIÓN CORPORAL / A MODIFICACIÓN CORPORAL Mónica Fernández Castro
38	CAMBIOS / CAMBIO CORPORAL. QUEN SON EU? M ^a Dolores Viñas Carballeira
54	DISTORSIÓNS / DISTORSIÓNS. RUIDOS E SILENCIOS DO CORPO. O PROCESO DE AFACERSE A CONVIVIR CON LESIÓN MEDULAR Gonzalo Martínez Sande
76	FERRAMENTAS – DOR / TRATAMENTO GRUPAL DA DOR Enrique Bazako Goiburu
	ANUARIO ABERTO
96	CASO 1 / REGULACIÓN EMOCIONAL E MANEXO DA ANSIEDADE: TRABALLANDO DESDE UN ENFOQUE GRUPAL – Lucía Díaz Riola e Leire Meabe Sotomayor
104	CASO 2 / A MAXIA DOS GRUPOS – Rocío López Díaz, Carlos Díaz Marcelo, Elisa Llamas López e Ana Pérez Romero
112	COMUNICACIÓN / ALIANZA TERAPÉUTICA E PSICOSE – Marta González Rodríguez, Sabela Bermúdez Míguez e Noelia Pita Fernández

“Ai, miña filla, este corpo foi testigo do noso amor”

Miña avoa.

PRESENTACIÓN

M^a Gabriela Domínguez Martínez

Directora do Consello de Redacción

Psicóloga Clínica

Práctica privada en Pontevedra

gabriela.dominguezmartinez@gmail.com

O tema deste ano é o corpo, ese lugar no que repousa a vida, o lugar no que habitamos, ese lugar que damos por sentado, ao que en ocasións non lle prestamos atención e que moitas veces se fai presente cando hai unha ausencia no mesmo (enfermidade, discapacidade). O corpo, o que amosamos, o que nos permite estar no mundo, sentilo, darnos a coñecer e coñecelo, experimentar e experimentalo, vivilo, disfrutalo, sufrilo, percorrelo, entendelo. Nel reflíctese o pasado, amósase o presente e preparámonos para o futuro. A nosa experiencia da vida é encarnada nun corpo, existimos como tal e porque temos un corpo, estamos vivos... Que complexidade algo que damos por sentado.

O obxectivo do *Anuario* é o de invitar á reflexión. Hai artigos que nos fan pensar e artigos que nos fan sentir, pero son todos artigos para reflexionar. Quen escribe decide como e desde onde o fai.

O corpo nace, empeza a selo ou a formarse no corpo da nai, así que abrimos o *Anuario* con ese corpo materno. Co artigo “Parir con calor”, a psicóloga Hadriana Ordóñez fai un relato desgarrador narrado en primeira persoa sobre a importancia de ter en conta o corpo nun momento tan importante, de cambios e vulnerabilidade para a muller (e o bebé). Vén acompañado de banda sonora para cada momento descrito.

E do corpo da nai pasamos ao corpo do neno. Neste caso, a psicóloga María Ramos co seu artigo “O coidado dos sentidos básicos” enfatiza a importancia de considerar os sentidos básicos e o seu coidado na infancia, pois a integración dos mesmos será de grande importancia para o desenvolvemento do corpo do neno. Os sentidos, esa vía de entrada de estímulos do mundo no corpo. Fai un percorrido sobre a importancia do seu coidado, do que os pode prexudicar e das consecuencias da ausencia de coidado acompañado de investigacións sobre o tema. Fai fincapé na importancia de ter isto en conta para a práctica clínica (con nenos, familias e adultos).

Seguimos percorrendo o corpo, esta vez tendo en conta tamén aspectos do exterior, da cultura e de como o de fóra penetra ou se mesura no corpo. Así, Mónica Fernández, no seu artigo “A modificación corporal”, fai un percorrido sobre a historia e os significados da modificación corporal, fala dos tipos de modificacións que se poden facer e da importancia de considerar o ambiente e a cultura para poder comprendelo; enfatizando a idea de que o corpo é algo que nos pertence e sobre o que poder decidir.

Pero o corpo tamén enferma, e cambia, e sofre e hai que adaptarse. Dolores Viñas, no seu artigo “Cambios no corpo, quen son eu?”, escribe sobre os cambios no corpo tras unha enfermidade grave como é o cancro de colon desde a dureza e crudeza da súa experiencia persoal, para deste xeito conseguir transmitir a nivel emocional todo o que isto conleva. Fala dos cambios físicos, da sexualidade, da intimidade (ou da súa ausencia), das limitacións, da (in)dignidade... e sempre desde o recoñecemento ao bo trato profesional.

Seguindo esta liña na que “o corpo deixa de ser o cómodo vehículo para moverse polo mundo”, Gonzalo Martínez, co seu artigo “Distorsións. Ruídos e silencios do corpo. O proceso de afacerse a convivir con lesión medular”, aborda os complexos procesos de adaptación á convivencia con distintas formas de cronicidade e as formas nas que vai cambiando o modo no que o suxeito se relaciona co seu corpo, usando como fío condutor as reflexións no traballo na Unidade de Lesionados Medulares do CHUAC.

E finalizamos a parte do monográfico co apartado de Ferramentas, da man de Enrique Bazako, que no seu artigo “Tratamento grupal da dor” expón un protocolo de terapia de grupo en pacientes con dor crónica a través dun programa estruturado deseñado para producir os seus efectos en 8 sesións semanais. Fala primeiramente da dor como un fenómeno complexo e multidimensional onde a per-

soa ten unha experiencia perceptiva e afectiva condicionada por múltiples elementos interactivos biolóxicos, psicolóxicos e socioculturais. Como el sinala, “non hai solucións máxicas, pero un traballo constante e sostido, dá os seus beneficios”.

E rematamos o *Anuario* coa participación de todos aqueles que desexan formar parte desta publicación enviando os seus artigos para o apartado do Anuario Aberto. Así, as residentes de psicoloxía clínica de Ferrol Lucía Díaz e Leire Meabe, no seu artigo “Regulación emocional e manexo da ansiedade traballando desde un enfoque grupal”, expoñen un caso clínico no que ofrecen o resumo dos contidos e resultados obtidos nunha terapia grupal. Por outra banda, dende a USMIJ do Hospital Universitario Virxe Macarena, Carlos Díaz, Rocío López, Elisa Llamas e Ana Pérez, no artigo “A maxia dos grupos”, fan unha viaxe a través do relato dos emerxentes dun grupo operativo con mulleres nais, trasladándonos a ese momento para transmitir esa maxia transformadora da terapia de grupo. E como colofón, as psicólogas clínicas Marta González, Sabela Bermúdez e Noelia Pita, co seu artigo “Alianza Terapéutica e psicose”, lémbrennos que unha boa AT favorece o éxito da psicoterapia e permite o cambio, tamén con pacientes psicóticos, e fano a través dunha revisión bibliográfica sobre o concepto de alianza terapéutica e a súa aplicación en psicose, destacando a relevancia do rol da psicoloxía clínica na intervención en TMG e dando claves para o correcto establecemento da AT.

E, como en cada número, agradecer e darlles os parabéns ás miñas compañeiras de equipo pola súa implicación, o seu traballo e compromiso; así como ás autoras e aos autores dos artigos, que tan ben o fixeron, e ás compañeiras do COPG.

Agardamos que vos quede un bo sabor de boca coa lectura!

PARIR

PARIR CON CALORE

Hadriana Ordóñez Otero

*Psicóloga sanitaria, experta en educación,
terapia e violencia sexual*

*Presidenta da Fundación Con Calore
Espazo de atención terapéutica para
víctimas de violencia sexual*

h.ordonez@cop.es

SUMARIO

CASTELÁN

RESUMO

Ter sido unha muller violada e transitar pola atención sanitaria durante todo o proceso de xestación, parto e postparto pode ser un evento de gran retraumatización para dita muller. É a nosa responsabilidade coñecer cales son as principais pistas que nos indiquen que unha muller puido ser ferida sexualmente para, así, poder prestarlle unha atención terapéutica coa mellor calidade e calidez posibles. Buscamos detectar formas específicas de violencia obstétrica en relación ás mulleres agredidas sexualmente. Este artigo recolle unhas experiencias relatadas en primeira persoa, xunto coa análise da sintomatoloxía presente durante a atención dos partos xunto cunha proposta de indagación na historia da vida sexual da paciente. Búscase que sirva de metodoloxía para a práctica sanitaria de atención ás persoas xestantes, ou no proceso de parto ou no posparto. A escrita vai acompañado dun conxunto de arquivos de audio que favorecen o entendemento, a empatía e experiencia do propio documento.

PALABRAS CHAVE — Coidados. Violencia de xénero. Violencia sexual. Violencia obstétrica. Terapia sexual.

ABSTRACT

For a woman who has been raped, moving through the healthcare system during the whole process of pregnancy, childbirth and postpartum can be a very retraumatizing event. It is our responsibility to know the main warning signs that a woman may have been sexually harmed so that we can provide her with the therapeutic care of the best possible quality and warmth. We seek to identify specific forms of obstetric violence regarding sexually assaulted women. This article gathers first-hand accounts of experiences, together with an analysis of the symptomatology present during delivery care and a proposal to inquire into the sexual history of the patient. It is intended to serve as a methodology for healthcare practice in the care of pregnant women, or in the process of childbirth or in the postpartum period. The text is accompanied by a set of audio files which favour understanding, empathy and the experience of the document itself.

KEY WORDS — Caregiving. Gender violence. Sexual violence. Obstetric violence. Sex therapy.

Ábrome ante vós. Sen vergonza nin culpa. Con todo o amor e a autocompaixón posibles. Elixo escribir para sandar. Compartir, para sentirnos todas nós, persoas cun obxectivo común: ser quen de acompañar durante o proceso de embarazo, parto e posparto *con calore*.

Imaxinarme con todo o corpo baixo a dirección e decisión dun home: inviable.

Deitarme tumbada boca arriba coas pernas abertas, o suficientemente segura: imposible.

Confiar en quen me acompaña: inasumible.

Sentir á bebé como parte de min: incapaz.

Parir asociada a min. Ao meu corpo. Á rabia que se leva activando 39 semanas: inimaxinable.

Permitirme darlle espazo á alegría á vez que á oxitocina: inmesturable.

Collo aire e solto aire. Varias veces. Comeza o proceso de parto da dor.

Tómome unha pausa, e escoito “O medo dunha nena” de Sés.

<https://www.youtube.com/watch?v=zP530wtz-DRg>

Todos estes pensamentos son automáticos e inconscientes. Saltan xa desde que sei que estou embarazada (das dúas veces). Entro en angustia profunda. Nin lle teño nome ao que sinto, nin tratamento fármaco nin psicolóxico posible. *Detectades os síntomas dissociativos?, o shock?, o malestar?*

Collo aire, solto aire. Sigo co proceso.

Se me preguntaran hai 8 anos ou hai 6 anos se fora agredida sexualmente nalgún momento da miña vida, primeiro tornaría muda. Seino. Logo duns segundos que para min serían 100 anos, contestaría: abofé que si.

Que desde nena a rapaza, o fun. Aínda que eu non lle poñería ese nome. Pois igual así conseguiría, ao igual que as meniñas, que se pechase os ollos, en realidade non me pasaría. Ilusa, non si?

Non imaxino á matrona preguntándome isto.

Igual si, pero non pasou. Non se deu. O xinecólogo tampouco preguntou. Ela normalizaba o meu estado de ansiedade xeralizada. El normalizaba que eu tensase as pernas en cada unha das probas. Que me sentise incómoda e incluso fose agresiva con el. *Que levante a man quen sinta na súa pel o nivel de dor emocional, física e sexual.*

Collo aire e solto aire. Tomo unha segunda pausa e escoito o “Arrolo de Domaio”, de Paulo Nogueira e Magoia Bodega, de “Non hai berce coma o colo”.

A segunda e a terceira matrona tampouco preguntaron. Mais si me falaron da existencia da posibilidade de construción do meu plan de parto. De que ía poder ser eu a que decidise sobre os ritmos durante o nacemento da miña meniña. De que podía dirixir os puxos e incluso podía poñer a miña roupa. Ou ningunha, como foi o caso. De poñer música que me sentase ben, beber o zume de piña que precisase, traer algún olor que me calmase, e incluso estar acompañada en todo momento. *Alguén se decata da desconfianza permanente? da angustia implosiva?*

Imaxinábao.

Viable.

Posible.

Asumible.

Capaz.

Mesturable.

Sen ninguén dicir nin preguntar nada sobre a historia de vida sexual, máis alá da última menstruación e os abortos que puidese ter, eu víame facendo por vida para poder parir nunhas condicións mínimas de sensación de seguridade. Non o conseguía. Foi un traballo terrible. Sen apoio. Sen empatía. *Percibides a hipervixiancia, a alerta continua, a sensación de estrés continuado, o malestar psicolóxico, a sensación de desamparo?* Desde a miña casa, eu sinto que si. Que o vedes todo.

No meu corpo vívese a escuras cunha navalla

Foto: Alexander Krivitskiy



na man. Así que era moi probable que no proceso deste primeiro parto, tivese a necesidade de arrearlle a calquera xinecólogo que tentase tocarme a patada limpa. Así funciona a miña amígdala. Benvidas a ela. Completamente dissociada e inconsciente do trauma complexo dun TEP continuado que vivía (e pervive) en min. En toda a miña pel, en toda a miña memoria. Nos meus xenitais. En toda a miña sexualidade. *Chegadas a ver a expresión atemporal da raiba?*

De facelo, levaríanme psiquiátricamente presa.

Igual non me entenderían. *Vedes a violencia estrutural?*

Agora eu si me entendo. Despois dun camiño dorosísimo de consciencia do dano das violacións e do impacto que elas tiveron sobre o meu corpo, a miña emocionalidade e a miña sexualidade. Despois de estar acompañada ao longo destes anos por profesionais que fixeron un traballo espectacular para que eu me abrise. Fixeron posible que confiase un pouco sequera. Para min, a terapia psicolóxica é coma cocer marisco. Se se dá a temperatura axeitada, os berberechos ábrense. No parto, *as berberechas* ábrense da mesma maneira. Agora ben, de non pasar isto, de non darse todo este trato cálido, o berberecho quedaría pechado. De abrillo á forza, seguramente terá area dentro. Para que forzar, se o corpo, naturalmente, instintivamente, sabe como abrirse?

Durante os procesos de embarazo, eu pelexaba contra as pantasma das que me alertaba o meu cerebro. Con toda a miña enerxía, protexíanos a min e á miña meniña. *Vedes os disparadores do trauma?* Era o meu cerebro o que interpretaba os estímulos en contra da miña supervivencia: o ritmo que viña marcado polas demais persoas, a escuridade, o silencio, o trato xélido e despersonalizado, o acceso ao meu corpo sen mediar palabra, estar medio espida, a práctica de probas innecesarias na miña vaxina, ignorar os meus sentimentos, o trato descoñecedor da miña realidade ou ignorar a miña linguaxe non verbal.

Agora, o meu corpo na vez de paralizarse para sobrevivir, atacaba. Xa había unha madurez cognitiva. Tiña ferramentas. Xa podía botar man da fala, da voz e das unllas! Ter, teño unhas unllas que poderían arrincarlle a pel a alguén. Facer dano. Sangue. Sería capaz de ferir para poder fuxir. Daquela tamén as tiña. Mais coma unha boa gacela, a estratexia de supervivencia foi a parálise. Serviu. Foi un éxito. Parte de min segue viva.

Mais agora, neste proceso de embarazo non podía fuxir, tiña que afrontar (sen acompañamento emocional e psicolóxico ningún), ser quen de parir.

Agora son consciente de que tiña fobia a parir.

Na aldea non sabían que me protexía de ser violada de novo. Outra vez deitada boca arriba. Coas pernas abertas. Tensas. Ríxida. Cun home no medio delas. Un home que decidiría onde, cando, como e para que. Era boa!

Preciso pausa. Ti? Sáíome daqui e vou aquí:

https://www.youtube.com/watch?v=tZmqwKJlp_k, *vés? Vamos escoitar á Roda.*

Escribo, dóeme o ventre.

Teño necesidade de chorarme. Dáme o soliño na praza de Curros Enríquez de Pontevedra.

Deixo entrar o osíxeno e a calma para darlle espazo a todo o malestar que me xera esta apertura. Desexo seguir escribindo este artigo. Desexo moito compartir para medrármos.

Coma se estivese nun parto, doume tempo. Respiro o suficiente para que se abra o corpo. E o disfrute. Agardo un pouco e collo forzas de novo á vez que sinto a pulsión de escribir.

Decido escribirlle a Natalia Guedella Sebastián. Ela é psicóloga perinatal. Confío nela para poder expresar a dor que me nace no ventre e pretende sair pola canle da vaxina. Ela sabe acompañar con toda a *calore* do mundo. Ela sabe escoitar. Estar. *Que diferenza facelo deste xeito, a que si?*

Collo aire e solto aire. Escoito “Corpiño de picote” de

Arrolos de salitre. Conéctome coa miña meniña: <https://www.youtube.com/watch?v=OR71vu1dj2Y>

De forma natural, ao escoitar o arrola a miña cadeira móvese circularmente. Coma se fose o péndulo da Baía Fernández de la Torre sobre min. Ela é adestradora emocional. Sinto a forza no útero. Chórome. Doume tempo.

Recórdame a cando de nena, gozaba de verdade das cadeas.

Das voltas!

Daquela voaba.

Sentía en min alegría limpa.

Na aldea dicían que eu debía ser da alta burguesía. Que debía ser especial. Que non me servía o que ás demais. *Chegades a ver a violencia cultural?* Que a ver por que non paría no hospital que todas.

Do segundo embarazo, xa foi peor a presión social. Nin tan sequera foi no hospital. Desde o primeiro día, aforrei para parir na casa. Lin, e lin e escoitei a cantas mulleres puíden da miña familia e de Rianxo. Quería aprender

delas. Non ía pasar polo mesmo de novo. Quería que a decisión fose totalmente responsable para min e para el. Sabía que parir na miña casa podía darme maior sensación de seguridade. E así foi. A tortura desa vez xa non foi só a falta de especialización do persoal sanitario, senón a presión da veciñanza, das amizades, da familia. Aquí si que ninguén entendía.

Eu si me entendía. Agora podía controlar os disparadores, pero da calma: os meus ritmos, os meus desexos, os meus espazos, as miñas cousas, a nosa cama, a nosa familia, o can maila cadela, o sol, a salitre, o mar e os piñeiros de Punta Fincheira! Tiña o suficiente para estar tranquila. Que non segura. Pero era suficiente. Non había ningún tipo de trato frío nin forzoso. Ao contrario: era escoitada, era protagonista, era dona do meu corpo, era equipo co meu meniño nunha calma que me daba moita felicidade.

Sabía que era a mellor escolla para a miña saúde mental e sexual. Neste espazo, xunto coas matronas, a *calore* da miña meniña, a miña parella, a miña nai e a luz da casa, todo

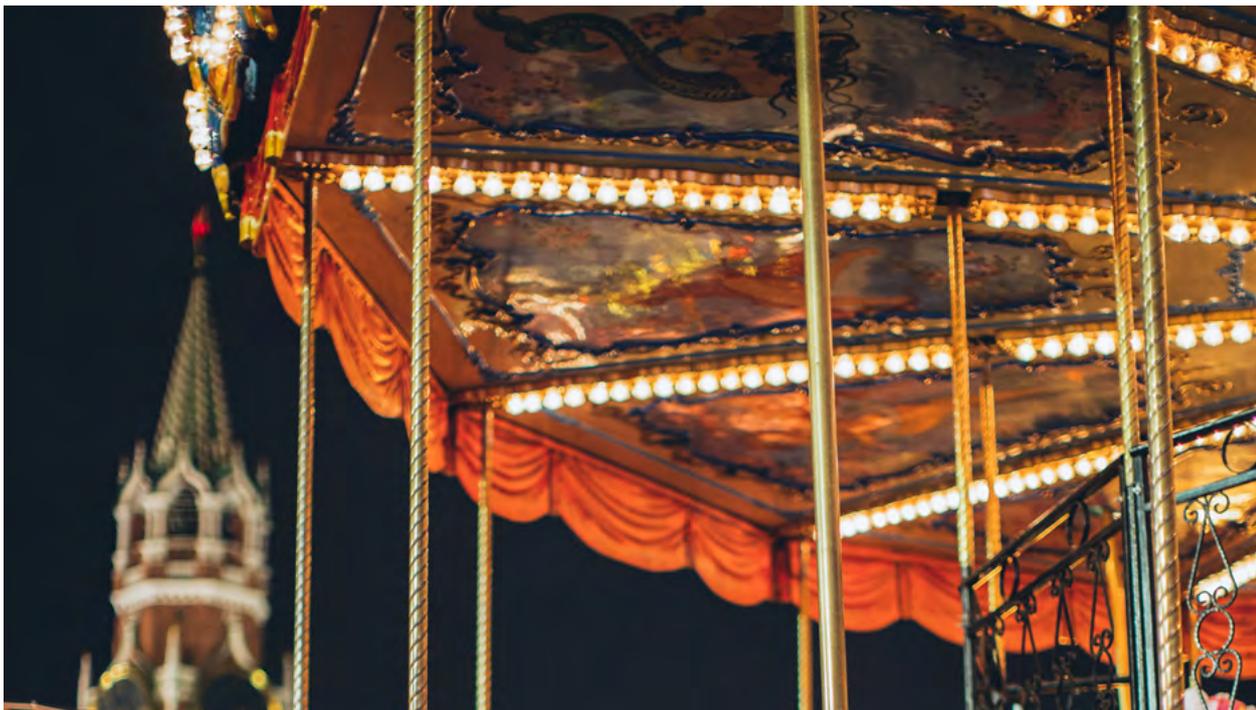


Foto: Elina Fairytale

ía ir ben. E senón, xa estaba o criterio das matronas. Elas ían dar a seguridade sobre a saúde do meniño.

Di Natalia Guedella que a violencia obstétrica deixa pegadas a través dunha liña do tempo. Esas pegadas, poden ir do embarazo, ao parto e rematar no posparto. Eu, ao fío desta oportunidade de escrita, elixín revisar as pegadas dos meus partos. Pescudando neles, sei que ditas pegadas están na miña cabeza e no resto do corpo. Seino por toda a potente somatización que agora, vista atrás, podo sentir. No seu momento, nin as profesionais sanitarias nin eu, fomos quen de ler e anticipar que estaban aí todos eses sinais. Que o corpo gritaba en modo alerta. Que precisaba unha atención sanitaria e terapéutica especializada para parir en calma. Mais ninguén a veu vir como necesaria.

As pegadas deses nacementos deixan en min a crenza de que estou rota para sempre. É tan forte esta idea negativa de min, que abruma ser consciente dela. Ser violentada sexualmente pode ser un golpe tan grande que nos esnaquice por dentro coma unha taciña de almorzo de Buño. Penso nunha taciña esmaltada en rosa. Cor rosa de amor propio. Ide mercando polvo de ouro para restaurarnos coma a taciña, así esa crenza estará en nós temporalmente.

Ser violentadas durante o embarazo, parto ou posparto é unha forma de violentarnos sexualmente. E ser violentadas durante esa condición obstétrica é unha forma de violencia de xénero. Sentirnos en perigo como mulleres, nun momento de tal vulnerabilidade. Por ser muller xestante.

Custa tragar esta realidade sen esmagar a gorxa e estricalo estómago. *Pásache a ti tamén?* Eu sinto rabia. É inxusto. É ausencia de humanidade.

Podemos facelo. Podemos conectar coa dor doutras sen magoalas.

Indaga con moito mimo e tacto na historia de vida sexual da persoa xestante que tes xunto

a ti. Mira para ela cando lle falas. Esquece o bolígrafo ou o ordenador. Xa apuntarás todo despois de que saia. Escóitaa con atención. Pregúntalle se nalgún momento, puido sentir-se sexualmente intimidada. Se se viu obrigada a practicarlle sexo a algunha persoa. Se puido vivir algunha experiencia sexual con algunha parella puntual ou estable que en si fose desagradable. Cre todo o que di. Non a xulgues. É posible que sinta vergonza, culpa, noxo, ansiedade ou calquera outro malestar por todas as túas preguntas. Obsérvaa para poder ir ao seu ritmo. Fálalle con naturalidade e calidez. Que sinta de verdade a túa proximidade. Pregúntalle como foron as súas primeiras experiencias sexuais. Se houbo penetración vaginal, se as gozou. Se ten un lugar seguro. Se se ten sentido insegura ou en perigo nalgunha situación de índole sexual. Se ten a capacidade de gozar da súa vida sexual. Se se gusta a si mesma. Se ten tido algunha traba na fase do desexo, a excitación ou o orgasmo nas súas relacións sexuais. Soa ou con outra persoa. Como percibe o seu desexo e o desexo das súas parellas sexo afectivas. Fíxate en se, ao mellor, ese desexo é hipoactivo ou hiperactivo. Se se sente cómoda espida diante de persoal sanitario.

Todas as respostas verbais e non verbais ás preguntas serán o ouro da súa realidade sexual. Queda con todos os detalles que poidas. Dálle as grazas por compartir contigo a súa intimidade. Trasládalle a importancia que ten toda esta información para o acompañamento.

Confía. Sé creativa. escoita e conversa con calma. Así, a narrativa sairá soa e seremos quen de darlle a atención máis cálida e de calidade posible.

Podemos acompañar con *calore*. Seino porque a practico. É a miña metodoloxía de atención.

Colle aire e solta aire.

Benvinda á nova versión de ti despois de pasar por min. Que non por riba de min. Senón xunto a min.

Para pechar, escoito a Xurxo Fernandes <https://www.youtube.com/user/xursko> e a Rodrigo Cuevas <https://www.youtube.com/watch?v=TViInSDn-m7E>.

Con ansia, agardo poder lerte a ti.

Coñecer o cambio en ti.



Foto: Pixabay

BIBLIOGRAFÍA

Alba, C., Aler, I., Olza, I. (2012). *Maternidad y Salud. Ciencia, conciencia y experiencia*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Aguado, R. *El vínculo como potenciador de la activación de las redes neuronales*. XXIV Reunión nacional de la AEP. El psicodrama como catalizador de conflictos. Bilbao. Universidad de Deusto.

Aguirre Crespo, A., Martínez Ramírez, B., Rivero, K., Blancas Mari, C.L, Badillo Perry, S.D., González Borge, L., Marzuca Hoyos, J.M. (2013). La atención del parto: poder, derechos, violencia. *Revista Salud Quintana Roo* 25.

Ayers, S. (2004). Delivery as a traumatic event: prevalence, risk factors, screening & treatment. *Clinical Obstetrics & Gynecology*, 47(3), pp. 552-567.

Baeza, C. (2016). *Amar con los brazos abiertos. Lactancia materna en la vida real*. Ediciones Encuentro.

Beck, C. T. (2004a). Birth trauma: In the eye of the beholder. *Nursing Research*, 53(1), 28-35.

Beck, C. T. (2004b). Post-traumatic stress disorder due to childbirth: The aftermath. *Nursing Research*, 53(4), 216-224.

Beck, C. T., Gable, R. K. (2012). A mixed methods study of secondary traumatic stress in labor and delivery nurses. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing : JOGNN / NAACOG*, doi: 10.1111/j.1552-6909.2012.01386.x; 10.1111/j.1552-6909.2012.01386.x

Beck, C. T., Gable, R. K., Sakala, C., Declercq, E. R. (2011). Posttraumatic stress disorder in new mothers: Results from a two-stage U.S. national survey. *Birth (Berkeley, Calif)*, 38(3), 216-227. doi: 10.1111/j.1523-536X.2011.00475.x; 10.1111/j.1523-536X.2011.00475.x

Beck, C. T., Watson, S. (2008). Impact of birth trauma on breast-feeding: A tale of two pathways. *Nursing Research*, 57(4), 228-236. doi: 10.1097/01.NNR.0000313494.87282.901.

Bellón Sánchez, S. (2015). La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista. *Dilemata* 18.

Bowlby, J. *Vínculos afectivos. Formación, desarrollo y pérdida*. Ed Morata.

Callister, L. C. (2004). Making meaning: Women's birth narratives. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing : JOG-NN / NAACOG*, 33(4), 508-518.

Claramunt, M.A., Álvarez, M., Jové, R., Santos, E. *La cuna vacía. El doloroso proceso de perder un embarazo*. Ed. La esfera de los libros.

Eelco Olde, T., Van der Hart, O., Kleber, R., Van Son, M. (2006). Posttraumatic stress following childbirth: A review. *Clinical Psychology Review* 26, 1-16.

Fernández-Guillén, F. ¿Qué es la violencia obstétrica? Algunos aspectos sociales, éticos y jurídicos. *Revista internacional de Éticas aplicadas Dilemata* 18.

Fernández, I. *La revolución del nacimiento: partos respetados, nacimientos seguros*. Mandala Ediciones.

Fernandez, F. ¿Qué es la violencia obstétrica? Algunos aspectos sociales, éticos y jurídicos. *Dilemata* 18.

Fernández Olza, I. (2014). Estrés postraumático secundario en profesionales de la atención al parto. Una aproximación al concepto de violencia obstétrica. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 111, 79-83.

Garzón, I. (2015). *La Sociedad que vaciaba úteros*. Uno Editorial.

Gerhardt, S. (2016). *El amor maternal. La influencia del afecto en el cerebro y las emociones del bebé*. Barcelona. Eleftheria.

Hill, D. *Teoría de la regulación del afecto. Un modelo clínico*. Ed. Eleftheria.

Hofberg, K., Ward, M.R. (2003). Fear of Pregnancy and Childbirth. *Postgrad Med J*;79:505-510.

Magnone Alemán, N. (2011). Derechos sexuales y reproductivos en tensión: intervencionismo y violencia obstétrica. *X Jornadas de Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales, Udelar, Montevideo*.

Odent, M. *El bebé es un mamífero*. Ed. Obstare.

Odent, M. *El nacimiento de los mamíferos humanos*.

Olza, I. (2008). El síndrome de estrés postraumático como secuela obstétrica. Información para profesionales de la atención al parto. *Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Salud Español*.

Olza, I. (2017). *Parix. El poder del parto*. Ed. B.

Olza, I., Fernández, P. (2020). *Psicología del embarazo*. Síntesis.

Olza, I., Lebrero, E.. (2012) *¿Nacer por Cesárea? Evitar cesáreas innecesarias, vivir cesáreas respetuosas*. I. Editorial Ob Stare.

Paricio, J.M. (2013). *Tú eres la mejor madre del mundo*. Ediciones B.

Pintado-Cucarella, S., Penagos-Corzo, J.C., Casas-Arellano, M.A. (2015). Síndrome de desgaste profesional en médicos y percepción de la violencia obstétrica. *Ginecol Obstet Mex*; 83: 173-178.

Ramírez, E. (2020). *Psicología del Posparto*. Ediciones Síntesis.

Ricoy, J. (2015). *Madre, el último tabú. Reflexiones sobre la violencia obstétrica*. Autoeditado.

Rodrigañez, C. *La represión del deseo materno y la génesis del estado de sumisión inconsciente*. Ediciones Crimentales.

Sánchez, J., Palacios, G. (2007). Trastorno de estrés postraumático en el embarazo, parto y posparto. *Matronas Prof*; 8 (1):12-19

Santos, P., Yáñez, A., Al-Adib, M. *Atención profesional a la pérdida y el duelo durante la maternidad*. Consejería de Salud y Política Sociosanitaria, Servicio Extremeño de Salud.

Schore, A. (2010). El trauma relacional y el cerebro derecho en desarrollo: interfaz entre psicología psicoanalítica del self y neurociencias. *Rev GPU*; 6; 3: 296-308.

Serrano, M., Claramunt, M.A., Carrascosa, L., Silvente, C. (2014). *Las voces olvidadas: Pérdidas gestacionales tempranas*. Editorial Ob Stare.

Soet, J.E., Brack, G.A., Dilorio, C. (2003). Prevalence and predictors of woman's experience of psychological trauma during childbirth. *Birth* (Berkeley, Calif.), 30(1), 36-46.

Takehara, K., Noguchi, M., Shimane, T., Misago, C. (2014). A longitudinal study of women's memories of their childbirth experiences at five years postpartum. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14:221

Thomson, G., Downe, S. (2008). Widening the trauma discourse: the link between childbirth and experiences of abuse. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology*, 29(4), 268-273. <https://doi.org/10.1080/01674820802545453>

Thomson, G., Downe, S. (2008). Widening the trauma discourse: the link between childbirth and experiences of abuse. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology*, 29(4), 268-273. <https://doi.org/10.1080/01674820802545453>

Verny, T., Kelly, J. *La vida secreta del niño antes de nacer*. Ed Urano.

<https://iboneolza.org/publicaciones>

www.nice.org.uk/guidance/cg192

<http://www.childbirthconnection.org/>

<https://www.msccbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/atencionParto.htm>

<http://www.asociacionpsicologiaperinatal.es/category/noticias/>

<http://www.theguardian.com/society/2014/may/21/third-of-new-mothers-sufferdepressivesymptoms>

<https://www.youtube.com/watch?v=WWbaZio2bfg>

<http://larevoluciondelasrosas.blogspot.com.es/>

<http://www.cbc.ca/news/health/hospital-mistreatment-stories-1.3834899>

<http://www.lascasildas.com.ar/>

<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/atencionParto.htm>

<https://www.elpartoesnuestro.es/blog/2015/04/14/cesareas-innecesarias-lasrecomendaciones-de-las-omqs-que-espana-parece-no-escuchar>

<https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/campanas/observatorio-de-la-violenciaobstetrica>

www.sociedadmarce.org



SENTIDOS

O CUIDADO DOS
SENTIDOS BÁSICOS
NA INFANCIA COMO
BASE DA ESTRUTURA
PSÍQUICA DO SER
HUMANO

María Ramos González

*Psicóloga sanitaria e psicoterapeuta. Consulta privada en
Madrid, formadora e investigadora*

info@mariaramosgonzalez.com

SUMARIO

CASTELÁN

RESUMO

Un sentido é unha capacidade de percepción pola que recibimos directamente información dun ámbito da nosa existencia e do mundo que nos rodea. Sobre a base dos sentidos básicos edificarase toda a estrutura psíquica, física, emocional e social dun ser humano. Coidando os sentidos básicos lógrase que a persoa teña unha boa confianza en si mesma e nas persoas que a rodean, sentimentos de pertenza e alegría, vivencias de equilibrio interno e externo, impulso para explorar o mundo que a rodea, habilidades sociais básicas como a empatía e valores morais como a xustiza.

PALABRAS CHAVE — Sentidos. Tacto. Benestar. Propiocepción. Equilibrio. Autorregulación.

ABSTRACT

A sense is a perceptual capacity through which we directly receive information from an area of our existence and the world around us. The entire psychic, physical, emotional and social structure of a human being will be built on the basis of the basic senses. By taking care of the basic senses, a person will have: good confidence in themselves and in the people around them, feelings of belonging and joy, experiences of inner and outer balance, the urge to explore the world around them, basic social skills such as empathy and moral values such as justice.

KEY WORDS — Senses. Touch. Wellness. Proprioception. Balance. Self-regulation

Hai moitos anos que a dualidade mente-corpo exposta por Descartes se vén cuestionando desde diferentes disciplinas tanto da saúde como das ciencias sociais. Pero ata que non se puido “demostrar” grazas aos avances da neuroimaxe, o atender o corpo –sobre todo desde a mirada da psicología–, permanecía nas marxes da disciplina salvo para algunhas escolas psicoterapéuticas que sempre o traballaron a pesar do descrédito ás que foron sometidas pola comunidade científica, non así polas persoas que acudían ás súas consultas, que melloraban significativamente.

E nos últimos anos, desde a psicotraumatoloxía, achegáronnos toda a investigación necesaria para saber que o trauma queda ancorado no corpo e fai que a súa abordaxe pase necesariamente por atender as mensaxes que o corpo transmite.

Na miña práctica clínica como psicóloga perinatal e especializada en infancia e familia, vin a importancia do coidado do corpo das nais e das criaturas como base para o establecemento dun bo vínculo, que sabemos sobradamente que será a base dunha estrutura psíquica suficientemente sa.

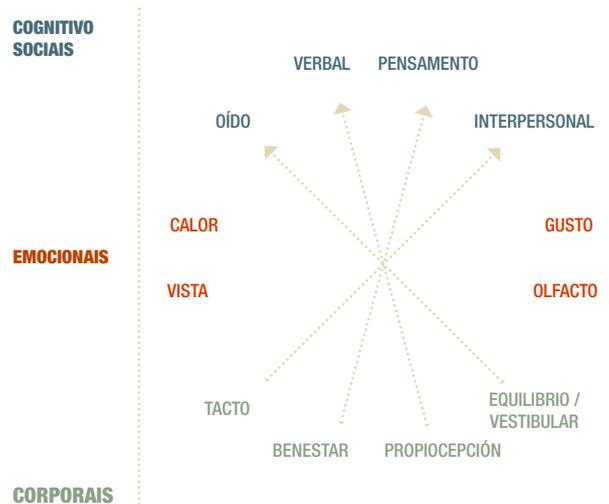
A formulación deste artigo baséase na teoría desenvolvida por Rudolf Steiner en 1910 sobre os doce sentidos. Naquel momento o desenvolvemento da súa teoría foi desde a súa observación do mundo, das persoas, e hoxe en día pódense corroborar algunhas das súas propostas desde o método científico como xa comentei.

No meu camiño profesional axudoume esta concepción dos sentidos, e o traballo cos sentidos básicos en particular, para poder comprender e poder explicar a importancia do coidado de cuestións básicas do corpo, que inflúen directamente tanto na construción psíquica, emocional e social dunha persoa como no traballo psicoterapéutico (infancia, adolescencia, parella, familia).

Un sentido é unha capacidade de percepción pola que recibimos directamente información dun ámbito da nosa existencia e do mundo que nos rodea. E esta información procesámola e vai configurando a nosa experiencia fisiolóxica, emocional e social.

Este artigo está enfocado nos sentidos básicos, que son os sentidos que nos dan a información de como está o noso corpo, e desde a teoría de Steiner, estes sentidos básicos estarán en relación cos sentidos superiores que nos dan información sobre o cognitivo e social. Esta relación significa que se temos afectados algún dos sentidos básicos, veranse afectados á súa vez os sentidos superiores. Doutra banda, desde esta visión, tamén sabemos que para traballar os problemas cos sentidos superiores, temos que necesariamente traballar cos sentidos básicos. Isto foi moi relevante na miña práctica clínica tanto no traballo coa infancia como con persoas adultas, porque me levou a unha forma de concibir o traballo diferente, de maneira que puxen a mirada sobre o corpo no centro do traballo psicoterapéutico.

O obxectivo deste artigo é falar sobre os sentidos que nos dan información sobre a nosa propia corporalidade, pero nesta imaxe pódense ver as relacións entre os sentidos e na bibliografía hai varios libros para quen queira profundar niso.



Vou expor sobre cada sentido unha breve definición, suxestións para coidalo tanto no ámbito familiar como no clínico, accións que o prexudican e as consecuencias que ten a ausencia do seu coidado. Todas estas achegas están baseadas en diferentes investigacións que están referenciadas ao final do artigo.

De calquera forma, esta clasificación non deixa de ser unha separación para unha explicación didáctica, xa que o coidado dun dos sentidos está estreitamente relacionado con outros. De aí a importancia de coidar os catro para que se poidan establecer uns bos cimentos para o desenvolvemento dunha persoa en harmonía e saúde integral.

SENTIDO DO TACTO

O sentido do tacto achégame a base da sensación de seguridade e confianza tanto en min como nas demais persoas. Achégame unha

imaxe integrada de min. Na conciencia dos meus propios límites, aprendo tamén a respectar os límites das demais persoas.

Achégame a vivencia e a posibilidade de ter unha relación afectuosa co mundo, que suporá os cimentos da autorregulación e a correulación. A teoría polivagal demostrou como o contacto suave coa nai fai que se active o nervio vagal ventral, para poder volver regularnos, e esta experiencia inicial tense nos brazos da nai (ou do/a coidador/a principal) que coa voz e o tacto logra regular a criatura.

Suxestións para coidalo

- Coidados conscientes, afectuosos e con presenza. Tomando conciencia de que temos entre as mans un ser sensible e sentinte.
- Pel con pel no momento do nacemento, sobre todo e despois o contacto coa pel será un regulador natural para atopar a calma e a sensación de seguridade.



Foto: Mikhail Maslov

- Xogos de moito contacto.
- Límites apropiados para a idade e as súas necesidades. Coñecer as verdadeiras necesidades en cada idade e darlles aquilo que necesitan; a sobreprotección na infancia e a autocompracencia na idade adulta dificultanos o coidado do tacto.
- Relación activa coa natureza, onde se poida estar en contacto coas diferentes texturas e temperaturas que nos achega o que atopamos na natureza. En contacto coa natureza na infancia e a adolescencia, crécese máis saudablemente, con menos enfermidades, máis destrezas físicas e motoras, máis capacidades sensoriais, menos tensións e mellor xestión emocional.
- Materiais naturais tanto para os xogos como a roupa que entra en contacto directo coa nosa pel.
- Empatía, proximidade, cariño, mecos...
- Trato coidadoso de todas as persoas e obxectos que nos rodean.

Accións que o prexudican

- Violencia física, abuso, berros, golpes (tanto os recibidos directamente como observar que se trata así a outras persoas, animais ou obxectos).
- Ausencia de contacto, contacto frío e/ou mecanizado no que facemos as tarefas de coidado ou de tacto, pero de forma rutineira e sen estar en verdadeira presenza. Xa en 1958 Harry Harlow e Margaret Harlow demostraron os efectos da ausencia de interaccións sociais que vaian máis aló de cubrir as necesidades biolóxicas máis inmediatas e que estean vinculadas á conduta afectiva durante as primeiras etapas da vida deixan unha pegada moi seria e difícil de borrar na vida adulta.
- Choque ou trauma, como parto traumático, accidentes, separación nai-bebé.
- Tempos en soidade prolongados cando aínda non temos a capacidade de autorregularnos.



- Sobreprotección, non deixar experimentar na vida coas consecuencias que iso poida traer, como pequenas caídas, ensuciarse, ter que facer esforzos... Françoise Dolto dicía que a sobreprotección é unha forma de malos tratos á infancia, e eu engado que tamén na vida adulta. Facer por outra persoa o que pode facer por si mesma, é unha forma de dicirlle que non confías nela nin nas súas capacidades.
- Disciplina cruel, dura, que antepón as necesidades da vida adulta ás das verdadeiras necesidades da infancia.
- Xoguetes desapropiados que non convidan á exploración. Contacto con materiais inertes. Vestir con fibras artificiais.
- Alimentos sobreespeciados a idade temperá.
- Estilo de vida sedentario.
- Sentimentos de desprotección, desorientación.
- Falta de empatía, cinismo, falta de contacto visual.
- Gabriel Corfas (2013) deixou en evidencia que os nenos que creceron en institucións e que foron tratados negligentemente mostran alteracións nos feixes de materia branca (axóns con mielina) asociados ao córtex medial prefrontal (mPFC), unha área moi concreta dos lóbulos frontais. O illamento social e a negligencia, por tanto, cando ocorre a unha idade temperá crítica, maniféstase posteriormente alterando a función cognitiva do adulto.

Consecuencias da súa ausencia de coidado

- Híper/hiposensibilidade.
- Hiperreacción e medo ao tacto (des)apropiado.
- Golpearse, onicofaxia, beliscos, autoleccións...
- Inseguridade no seu propio corpo.
- Medos: nocturnos, ao descoñecido, ao novo, ao abandono...
- Desconfianza en si e nas demais persoas.
- Autodefensa, bloqueo e tendencia a retirarse.
- Irritabilidade, conduta retadora e oposicionista, persoas con “pouco tacto”. Bowlby concluíu que as persoas que non puideren formar un lazo de apego íntimo coas súas nais durante os seus primeiros anos eran incapaces de empatizar cos demais, porque non tiveran a oportunidade de conectar emocionalmente con alguén na etapa na que o cerebro é sensible para iso.

SENTIDO DO BENESTAR

É o sentido que me informa do estado no que se atopa o meu corpo.

Se está coidado ímonos sentir ben no noso corpo. Ímolo percibir cando se produce unha alteración como fame, sede, sono, inquietude... Allan Schore (2002) expuxo que a nai modela e modula coas súas accións de coidado o cerebro do bebé, sendo os encontros afectivos entre a díade nai-fillo,/a onde a nai regula de forma intuitiva e inconsciente as necesidades fisiolóxicas e emocionais do bebé. Xéstase así unha relación de continuos encontros reguladores, os cales permiten que o bebé desenvolva distintas habilidades para afrontar e/ou regular a tensión, as emocións e as situacións novas, así como a aprendizaxe e os estados mentais. “A seguridade que brinda o lazo do apego é a principal defensa contra a psicopatoloxía inducida por traumas”. Por tanto, cando está ben coidado achégame a experiencia de tranquilidade, de seguridade, de confianza, de sentirme querido/a. É a base segura desde a que ir explorar o mundo. En cambio, cando está inmaturo ou danado pode dar unha constante información de malestar

que nos leva a unha inquietude e un nerviosismo excesivo.

Antonio Damasio, un dos grandes neurocientíficos deste século, di que o noso corpo sabe o que a mente aínda non se deu conta. Damasio acuñou o termo “marcador somático” para pór en evidencia que as sensacións do noso corpo inflúen na nosa toma de decisións (Damasio, 1996). Dos devanditos experimentos conclúese que unha maior interocepción (ser máis consciente das sensacións que veñen do noso corpo) nos fai ser capaces de regular mellor as nosas emocións, e tomar mellores decisións.

Suxestións para coidalo

- Contacto corporal afectuoso, con presenza e sentido.
- Ter un ritmo do día relaxado, pero predicible. No ritmo e a repetición atopamos o equilibrio. Tamén é importante incluírmos os ritmos do ano, facendo en cada estación do ano aquilo que corresponde. Para isto último a natureza é unha compañeira in-mellorable.
- A alimentación será de gran axuda para establecer un ritmo e darnos a sensación de benestar se nos alimentamos saudablemente, non só coidando os alimentos que tomamos senón tamén o como o facemos.
- Crear un ambiente agradable na mesa, coidando os detalles e aproveitando a oportunidade para charlar da vida e non contaminar o momento con informacións ou asuntos negativos.
- Ter momentos de descanso e silencio cada día.
- O descanso diante duna pantalla, non é descanso. Apagar as pantallas antes de que anoiteza, axudará a poder conciliar o sono mellor; porque o cerebro deixa de recibir o sinal de estar esperto que lle provoca a luz (azul) da pantalla.

- Coidar e protexernos dos estímulos que recibimos do mundo exterior, sobre todo nesta época na que ata no ascensor hai pantallas con informacións e imaxes de toda índole.

Accións que o prexudican

Hoxe en día eu diría que vivimos nunha civilización que dana sistematicamente este sentido, de maneira que logramos converter o anormal no normal, e temos unha sociedade moi enferma a nivel do sentido do benestar. “O estrés crónico, repetido e prolongado, asóciase con patróns a longo prazo da reactividade autonómica, expresada en cambios estruturais neuronais, que implican a atrofia e que poden conducir a un dano permanente, incluíndo a perda neuronal” (Schoore, 2002). O efecto do cortisol, permanentemente no sangue, que in-hibe a hormona do crecemento e o proceso de mielinización, prexudicando a capacidade de ter un bo funcionamento cognitivo.

Accións que prexudican o sentido do benestar:

- Ausencia de sensacións corporais (anestesia), ambientes estériles e demasiado confort, fannos deixar de sentir e percibir o noso corpo e as súas necesidades. A presenza de sensacións demasiado intensas, levando aos limiares do sufrimento por fame, sede, sono... tamén van prexudicar o sentido do benestar, porque deixa unha sensación de quedar abandonado/a ás sensacións corporais.
- Facer as cousas con pouco sentido e incoherentemente, sen un ritmo, con demasiada prisa e sen posibilidade de sentir o benestar no corpo. Non coidar os hábitos de sono, de alimentación, de hixiene... fai que o sentido vital se dane.
- Os medios de comunicación e a realidade virtual fan que sintamos certa frialdade e ausencia de vitalidade. As pantallas limitan a posibilidade do movemento e do xogo, pero parece que fan como se estivésemos

en relación. A neuroimaxe demostra como se activan moitísimas menos áreas do cerebro cando hai unha interacción humana cunha pantalla polo medio.

- Vivir en ambientes adultocéntricos, onde os ritmos e as necesidades das persoas adultas son as que están no centro da axenda e dos coidados. Así temos a infancia e a adolescencia con horarios escolares máis longos que as xornadas laborais, para poder facer unha suposta conciliación, cando en realidade o que se fai é someter a infancia e a adolescencia a ritmos, horarios e maneiras, que xa sabemos que son prexudiciais para as persoas adultas, pero para a infancia e a adolescencia é aínda peor, porque están en períodos críticos de desenvolvemento cerebral e a tensión vailles xerar alteracións que serán para sempre.

Consecuencias da súa ausencia de coidado

Os datos provenientes de investigacións de animais e de seres humanos que estudan a regulación da tensión a través do eixo hipotálamo-hipófisi-suprarrenal, apuntan a que as experiencias temperás de tensións configuran a reactividade do sistema, é dicir, a facilidade coa que se activa ou se desactiva o sistema ao longo da vida, xa que os circuitos cerebrais son particularmente maleables durante o período fetal e a infancia máis temperá. Martínez, M. & García, M. C. (2011).

Esta reactividade do sistema pódese traducir ou podémola ver claramente en persoas que presentan a seguinte sintomatoloxía, por esta falta de coidado do sentido do benestar:

- Baixa tolerancia ás reaccións físicas propias ou ben non perciben as necesidades do seu corpo (frío/calor, sede, ganas de ir ao baño).
- Inquietude, nerviosismo, non poden estar tranquilamente, evitan a calma. Hiperactividade.

- Agresividade.
- Adiccións.
- Tics.
- Torpeza e desorde.
- Problemas de sono.
- Hiperreactividade.
- Non sentirse queridos/as.

SENTIDO DA PROPIOCEPCIÓN

É o sentido que me achega información de como é o meu movemento e a miña localización no espazo. Achéganos seguridade na orientación espacial, no movemento e na propia capacidade. Fortalece a motivación de eficacia. Está directamente relacionado coa linguaxe, favorecendo a súa adquisición e afianzamento. Tamén favorece as habilidades sociais. É a base da alegría e do sentimento de liberdade, se son capaz de dominar o meu corpo ancora en min o sentimento de autocontrol.

“No ano 2018, unha revisión da literatura científica concluíu que as persoas sedentarias teñen un risco significativamente maior de padecer depresión. A práctica regular de exercicio físico supuña, segundo este estudo, ata un 25 % de diminución do risco, con independencia da idade ou o país. Obsérvase o mesmo coa ansiedade, cuxa incidencia se reduce entre un 15 % e 25 %. Estes resultados, entre outros moitos, sitúan o exercicio físico como candidato para tratar alteracións mentais graves, combinado cos protocolos médicos.”

Suxestións para coidalo

- Realizar actividades de motricidade grossa decote (pasear, saltar, nadar, xogos infantís, teatro, baile...).

- Escoitar contos e historias narradas por outras persoas.
- Realizar actividades de motricidade fina decote (facer punto, coser, pintar, debuxar, papiroflexia, cociñar...).
- Ter unha vida na que a repetición e o ritmo sexan unha constante, onde o predicible se converte nun lugar interno de descanso.
- Ser partícipe do que acontece ao noso arredor e facer partícipes a quen nos rodea, sobre todo a infancia e a adolescencia.
- Ver e imitar traballos cotiáns útiles (cociñar, amasar, anciñar, cavar, cortar, cravar, pintar...). A imitación vai espertar a creatividade e será o xerme da liberdade.
- Vivir en espazos e contornas onde sentirse seguro/a e a salvo.
- Moverse en diferentes elementos: area, auga, neve... Estar en contacto coa natureza permite desenvolver a intelixencia espacial e todas as demais destrezas cognitivas: atención, concentración, memoria... Tamén logra que mellore a comunicación, a creatividade e a expresión converténdonos en seres máis sociables e empáticos, con tendencia a cooperar e axudarse mutuamente.
- Xogos sociais.

Accións que o prexudican

- Uso de pantallas: a realidade virtual fainos ter sensación de movemento pero en realidade non está a suceder e xera sensacións sen carga na nosa interioridade. Preocúpame moitísimo a evolución desta tecnoloxía desde a pandemia e a vista no horizonte do metaverso.
- Estilo de vida moi rápido, impredecible e arrítmico.
- Transmitir medo ante calquera circunstancia da vida, e non entender que o risco forma parte de vivir.
- Sedentarismo, que co uso de pantallas se multiplicou exponencialmente. Non é que non nos permitan movernos fisicamente, senón que nos atrapa a pantalla e iso é o que limita os nosos movementos.
- Falta de orde e ausencia de modelos sans de imitación no movemento. Os modelos sans son persoas de carne e óso, non persoas que vemos na pantalla.
- Deportes competitivos a idades moi temperás. Antes dos 10 anos, teñen máis desvantaxes que vantaxes.
- Roupas e zapatos demasiado axustados ou pouco apropiados para facilitar o movemento con seguridade.
- Aparellos modernos no fogar que nos fan a vida máis cómoda pero que con eles deixamos de utilizar as nosas mans.

Consecuencias da súa ausencia de cuidado

- Fisicamente xera rixidez, que á súa vez se traduce nunha rixidez mental e anímica. A importancia do exercicio físico como explica Nazareth Castellanos, débese a que se xera no cerebro a “neuroxénese hipocampal”. Con ela fortalecemos o hipocampo, unha estrutura cerebral con forma de cabaño de mar, que é a máis importante para a memoria, a aprendizaxe e tamén para o estado de ánimo. De feito, cando unha persoa está nas primeiras fases da enfermidade de Alzheimer, o hipocampo atrofíase, faise máis pequeniño, o que fai que teña unha deterioración cognitiva importante.
- Sentimentos de estar fóra de control, movementos descoordinados.
- Soidade, non sentir ser parte do mundo, o que leva a sentir moita tristeza e inseguridade, que pode derivar nunha depresión.

- Sentimentos como a irritabilidade, inferioridade, desesperación, exceso de introspección, a falta de iniciativa e a presenza de moitos medos son indicadores dun sentido da propiocepción danado.
- Falta de conciencia de si, inconformismo, insensibilidade polas demais persoas e o seu espazo e hipersensibilidade polo espazo propio.
- Fracaso no logro de habilidades verbais e sociais, o que leva a dificultades na linguaxe e falta de empatía.

SENTIDO DO EQUILIBRIO

O sentido do equilibrio achéganos equilibrio a nivel físico (estabilidade gravitacional) e a nivel psíquico dános sensación de calma interior, tranquilidade e paz. Síntome seguro/a no espazo, sinto chan baixo os meus pés. Achégame o eixo desde o que poder tomar decisións e a sensación de tranquilidade e ecuanimidade. Fortalece a orientación espacial e a xeografía corporal, tan importantes para o sentido da propiocepción.



Foto: Tatiana Syrikova

Suxestións para coidalo

- Ter modelos saudables de imitación, que teñan unha vida con suficiente equilibrio entre o que senten, pensan e fan.
- Actividades como: patinar, bicicleta, equilibrios, xogos de abalo suave, arrolar, barras/cintas de equilibrios...
- Recibir un trato pausado, seguro, empático, ecuánime, sincero, tolerante e xusto.
- Sinceridade en asuntos éticos, tanto exercela como recibila das nosas persoas de referencia.
- Coidar os outros sentidos básicos.
- Establecer ritmos diarios, semanais, anuais. As festas e rituais para recoñecer os cambios axúdannos a estruturarnos dentro do tempo. Como di Byun-Chul Han, os rituais dan sentido á vida e fan que a vida resulte festiva e máxica.

Accións que o prexudican

- Estilo de vida arrítmico, incoherente e con pobreza en oportunidades de movemento tanto físico como social e anímico.

- Labia, verborrea de palabras e accións, pero inconexas e superficiais.
- Uso excesivo das pantallas.
- Humor negro e sarcasmo.
- Persoas adultas que antepoñen as súas necesidades, que non viven con ritmo as súas propias vidas, cansas e con pouco carácter e atrancadas nunha forma de ser. Isto prexudica non só as persoas que reciben as atencións e coidados, senón que a elas mesmas as prexudica no seu sentido do equilibrio e na vida en xeral.

Consecuencias da súa ausencia de coidado

- Fraxilidade emocional, inseguridade, sentimentos de fracaso, axitación interior, hipervixilancia, impulsividade, axitación motora e nerviosismo.
- O sistema vestibular-motor enferma. Por tanto, aparece:
 - Dificultade para escoitar, para imitar.
 - Dificultade na orde espacial exterior, movementos mecánicos e estereotipados.



Foto: Helena Lopes

- Dificultades de atención, para ter un pensamento claro e capacidade de xuízo.
 - Verborrea, falar atropelado, impaciencia, non pode esperar a súa quenda.
- Egoísmo.

CONCLUSIÓNS PARA A VIDA PERSOAL E FAMILIAR

- Ter un ritmo do día relaxado, pero predi- cible. No ritmo e a repetición atopamos o equilibrio. A alimentación será de grande axuda para establecer un ritmo e darnos a sensación de benestar se nos alimentamos saudablemente, non só coidando os ali- mentos que tomamos senón tamén como o facemos. É importante crear un ambiente agradable na mesa, coidando os detalles e aproveitando a oportunidade para charlar da vida e non contaminar o momento con informacións ou asuntos negativos.
- Ter un ritmo anual no que acompañemos as estacións do ano de maneira coheren- te. Cada época do ano convidanos a facer diferentes cousas. As festas e os rituais son fundamentais para dar un sentido á vida.
- Repartir as responsabilidades domésticas entre todos os membros da familia. Na infancia e adolescencia ter estas responsa- bilidades contribúe a fomentar un bo au- toconcepto (sentiranse útiles e importantes para o funcionamento da casa), a súa auto- estima refórzase e fortalece a súa vontade. Facer a cama, fregar pratos, varrer a casa ou o xardín, limpar o po, dobrar a roupa, cortar verduras, amasar... Ademais, con- tribúen a practicar movementos básicos que axudan a que o cerebro teña unha boa estimulación bilateral.
- Ter momentos de descanso e silencio cada día. A lectura pode ser unha boa compa- ñeira. O descanso diante dunha pantalla, non é descanso. Apagar as pantallas antes de que anoiteza, axudará a poder conciliar o sono mellor; porque o cerebro deixa de recibir o sinal de estar esperto que lle pro- voca a luz (azul) da pantalla.
- Coidar e protexernos dos estímulos que re- cibimos toda a familia. Estar permanente- mente escoitando, vendo e falando sobre a situación que vivimos fai que alonguemos o noso sistema neurolóxico de cortisol, e entremos en estados de ansiedade. Decide en que momentos do día te vas informar, e deixa libre o resto do día para recibir ou- tros estímulos que te nutran e axuden a ter baixos os niveis de cortisol.
- Coidar a sobreexposición ás pantallas nes- tes tempos que corren é moi importante, sobre todo para as nenas e os nenos; toda a estimulación que reciben a nivel mental tras os videoxogos e as películas, necesita- rán sacala en movemento físico despois. Por iso é bo bailar, saltar, xogar pola casa, no parque, no campo, varrer, fregar...
- Ter un proxecto de traballo manual no que cada día lle dediques un intre a traballar coas túas mans, desenvolvendo a motrici- dade fina. Trátase de pensar un proxecto, dedicarlle tempo e manter a vontade para terminalo. Algunhas ideas: tecer unha manta, un bolso, unha bufanda con pun- to ou gancho; tallar madeira; modelar con arxila; papiroflexia; punto de cruz; feltro; carpintaría; xardinaría; repostaría...
- Contacto cotián coa natureza. Como di Heike Freire “a convivencia con plantas e animais é fundamental. Mellor se son salvaxes. Se nos fixamos un pouco, temos moita vida ao noso arredor, mesmo nas zonas urbanas máis duras. A natureza é tamén a forza do pequeno: unha plantiña, unha formiga, un gorrión...”
- A calma, a paciencia, o coidado, o tacto no trato, a proximidade, a atención participa-

tiva e cariñosa, os límites amorosos, mirada positiva, a seguridade, a protección, a confianza... axudarannos a gozar e coidar de estar en familia.

CONCLUSIÓNS PARA A VIDA PROFESIONAL E A CLÍNICA

A profesión de psicoterapeuta adoita implicar bastante soidade; convivimos cun alto nivel de intensidade emocional (allea e propia) que require de nós altas doses de presenza, escoita, empatía e claridade mental.

Especialmente se traballamos preto do trauma e en contacto con relatos de violencias, coñecemos as secuelas da psicofisioloxía da fatiga por compaixón e o trauma vicario, e a necesidade de equilibrar a nosa implicación empática, regular a activación do noso sistema nervioso e manter a nosa habilidade para pensar con claridade. Por iso é fundamental que coidemos dos nosos sentidos básicos para lograr exercer a nosa profesión sen que iso nos custe “a vida”.

Polo tanto, tódalas recomendacións anteriores para facer en familia resúltannos de utilidade para nós; pero creo que debemos aumentar as doses, posto que nos expomos moito máis ao desgaste das nosas “reservas psicofisiolóxicas”.

Algunhas especificidades para aplicar na nosa práctica clínica serían:

- Ter un horario que permita atender as necesidades das persoas coas que traballamos, pero tamén as propias. Que o horario teña un ritmo semanal e anual predicible axudará a que o encadre para os/as pacientes sexa claro e daralles tranquilidade, pero tamén nos axudará.
- Reservar espazos para coidar a nosa alimentación e descanso, é unha clave moi básica para a nosa saúde e tamén a das persoas que atendemos. Repítoa aquí, porque na axitación do traballo adoitamos esquecer estas cuestións básicas, respondendo e-mails e mensaxes a altas horas da noite ou comendo “calquera cousa” entre paciente e paciente.
- Tempos e espazos de autocoidado verdadeiro, atendendo ao psicofisiolóxico, pero tamén ao creativo e social.
- Contacto coa natureza, tanto no cotián como nos tempos reservados de descanso profundo. A natureza será unha grande aliada para lograr que o noso sistema nervioso entre na calma necesaria para poder exercer mellor a nosa profesión.
- Actividade física que che permita entrar en contacto co teu corpo, co movemento e a conciencia corporal. Isto axudará a ter unha disposición físico-emocional que axudará ao traballo terapéutico e á túa vida.
- Dentro da consulta primar o trato respectuoso, delicado e coidadoso cara á persoa. Coidar que cada encontro sexa verdadeiro e exclusivo, estando absolutamente presentes e atendendo á súa individualidade deixando “atrás” as teorías e vendo a persoa que temos diante.
- Tanto na anamnese como na psicoeducación non debe faltar tratar estes aspectos da saúde:
 - Alimentación.
 - Sono: ritmo e cantidade.
 - Descanso.
 - Actividade física.
 - Contacto coa natureza.
 - Relacións sociais.
 - Creatividade, paixóns, afeccións.

BIBLIOGRAFÍA

Bowlby, J. (1958). The nature of the child's tie to his mother. *International Journal of Psycho-Analysis*, 39, 350-373.

Castellanos, N. (2022). *Neurociencia del cuerpo. Cómo el organismo esculpe el cerebro*. Editorial Kairos.

Damasio, A. (1996). *El error de Descartes de 1996*. Santiago de Chile. Editorial Andrés Bello.

Freire, H. (2017). *¡Estate quieto y atiende! Ambientes más saludables para prevenir el déficit de atención y la hiperactividad*. Barcelos. Herder Editorial.

Goddard, S. (2017). *El niño bien equilibrado*. Barcelona. ING Edicions.

Goleman, D. (2011). *El cerebro y la inteligencia emocional*. Barcelona. Ed. BSA.

Han, B.-C. (2020). *La desaparición de los rituales: una topología del presente*. Barcelona. Herder Editorial.

Harlow, H. (1958). The nature of love. *American Psychologist*, 13, 673-685.

Makinodan, M., Rosen, K. M., Ito, S., Corfas, G. (2012). A critical period for social experience-dependent oligodendrocyte maturation and myelination. *Science*, 337(6100), 1357-1360.

Martínez, M., García, M. C. (2011). Implicaciones de la crianza en la regulación del estrés. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 2(9), 535-545.

Porges, S. W. (2001). The polyvagal theory: Phylogenetic substrates of a social nervous system. *Psychoneuroendocrinology*, 23, 837-861.

Porges, S. W. (2017). *La teoría polivagal: fundamentos neurofisiológicos de las emociones, el apego, la comunicación y la autorregulación*. Ediciones Pléyades.

Rodríguez, J. (2009). *Procesamiento léxico-semántico de los verbos y su sustrato neuronal*. Universidad de Oviedo.

Schore, A. N. (2005). Attachment, affect regulation, and the developing right brain: linking developmental neuroscience to pediatrics. *Pediatrics in Review*, 26, 204-212.

Schuch, F. B., Vancampfort, D., Firth, J., Rosenbaum, S., Ward, P. B., Silva, E. S., Hallgren, M., Ponce De Leon, A., Dunn, A. L., Deslandes, A. C., Fleck, M. P., Carvalho, A. F., Stubbs, B. (2018). Physical activity and incident depression: A meta-analysis of prospective cohort studies. *American Journal of Psychiatry*, 175(7), 631-648.

Sharp, H., Pickles, A., Meaney, M., Marshall, K., Tibu, F., Hill, J. (2012). Frequency of infant stroking reported by mothers moderates the effect of prenatal depression on infant behavioural and physiological outcomes. *PLoS ONE*, 7(10). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0045446>.

Spitz, R. (1945). Hospitalism: An inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 1, 53-74.

Steiner, R. (2014). *Los doce sentidos del ser humano*. Editorial Pau de Damasc.



MODIFICACIÓN CORPORAL

A MODIFICACIÓN
CORPORAL

Mónica Fernández Castro

Black Flamingo tattoo & piercing, Vigo

monibodypiercing@gmail.com

SUMARIO

CASTELÁN

RESUMO

A modificación corporal acompaña o ser humano desde hai miles de anos. Durante milenios, foi a marca distintiva de moitas civilizacións; en diferentes lugares, diferentes culturas, por diferentes razóns e con diferentes técnicas, pero cun fin similar: transmitir a súa cultura de xeración en xeración da maneira máis física posible. Desde o século XXXII a. C. ata os nosos días, algunhas técnicas evolucionaron moitísimo, pero outras moitas seguen sendo moi parecidas a como eran hai miles de anos. Desde cortes e marcas a lume vivo, ata as técnicas máis avanzadas de cirurxía estética actual, o ser humano sempre buscou o embellecemento do corpo de maneira moi diferente segundo cada cultura. É unha forma máis de expresión e os motivos son moi variados: rituais, ofrendas, manifesto do status social ou simplemente por razóns estéticas. Estas prácticas forman e seguirán formando parte da nosa historia.

PALABRAS CHAVE — Modificación corporal, tatuaxe, piercing, cirurxía, beleza.

ABSTRACT

Body modification has accompanied humankind for thousands of years. It has been the distinctive feature of many civilisations for centuries; in different places, different cultures, for different reasons and with different techniques, but with a common aim: transmitting their culture over generations in the most physical way. Since the 32nd century B. C. until present days, some of the techniques have evolved a great deal but other procedures have almost remained the same as thousands of years ago. From cuttings and hot-branding to the most advanced current aesthetic surgery techniques, the human being has always searched for bodily embellishment in many different ways according to each culture. This is one more way of expression and there is a wide variety of motifs: rituals, offerings, social status manifestation or simple aesthetic reasons. These practices are and will continue to be part of our history.

KEY WORDS — Body modification, tattoo, piercing, surgery, beauty.

Na súa definición máis simple, “modificación corporal” remite á alteración deliberada da aparencia física dunha persoa. Aínda que habitualmente esta frase só se aplica a prácticas como a tatuaxe, as perforacións ou as escarificacións, se botamos unha ollada á definición actual de “estética” darémonos de conta de que practicamente todas as persoas nos involucramos nalgunha forma de modificación corporal; por exemplo, é pouco común atopar algunha muller sen os lóbulos perforados, unha das modificacións corporais máis aceptadas e estendidas culturalmente, e que se adoita realizar cando somos bebés, sen o noso consentimento. Polo simple feito de nacer con xenitais femininos é tradición marcarnos, o que é moi primitivo, salvaxe e abusivo, pero aceptado socialmente.

Actividades tan simples, inocuas e temporais como tinguir o pelo, poñer lentes de contacto

de cores ou levar uñas de xel serían modificacións á fin e ao cabo, así como a musculación que algunhas persoas realizan dos seus corpos ata límites increíbles. Tamén a cirurxía e a medicina estética son algo moi estendido nos nosos días. Volveuse extremadamente común ver persoas cos beizos recheos de ácido hialurónico, inxectarse toxinas para paralizar músculos, levar próteses dentro do corpo ou fracturarse os ósos nasais unicamente por querer verse mellor. Ten algo de malo? O noso corpo pertencenos e, aínda que algúns son procesos dolorosos que necesitan dunha recuperación, ás veces lenta e complexa, estamos dispostos a pasar por iso só porque queremos e temos esa opción.

Pero, por que hai modificacións corporais aceptadas socialmente e outras, con moita máis bagaxe histórica e cultural, son vistas como verdadeiras aberracións? O estándar de



Figura 1. Princesa de Ukok ou Dama de Xeo. Momia Pazyryk, século V a. C.

beleza socialmente aceptado e implantado en occidente ten moito que ver. Certas prácticas que nos poden parecer unha atrocidade, noutras partes do mundo son perfectamente normais e habituais.

Desde hai moitos miles de anos, en todos os grupos de humanos ao longo da historia coñecida e rexistrada, houbo membros que modificaron os seus corpos e transmitiron a súa cultura de xeración en xeración da maneira máis física posible. Tatuaxes, pescozos alongados, cranios ovalados, marcas a lume vivo... Durante milenios foron a marca distintiva das civilizacións. As razóns detrás das súas decisións varían moitísimo, mesmo dentro da mesma comunidade. En moitas culturas, o status social e a riqueza maniféstanse con xoias no nariz, por exemplo. Noutras, as cicatrices e as tatuaxes teñen significados máis profundos. E, por suposto, en case todas as culturas existen as modificacións corporais simplemente por razóns estéticas, como adorno e embelecemento de ambos os sexos e de todos os xéneros, para tentar alcanzar un estándar de perfección dentro da súa cultura. Outra posibilidade é a realización destas prácticas como ritual ou ofrenda.

Os rexistros máis antigos sobre tatuaxes proveñen dos primeiros pasos do *Homo sapiens*. En 1991, un corpo momificado que data do século XXXII a. C. foi atopado por alpinistas alemáns. Os científicos chamárono Ötzi, o Home de xeo, ou coas antigas momias exipcias nas que se atopan tatuaxes de animais e outras criaturas; con todo, crese que a práctica se orixinou hai máis de 10.000 anos. A técnica da tatuaxe evolucionou en gran medida ao longo dos anos, tanto os pigmentos como as tintas que se utilizan melloraron moito nos últimos tempos. Xa sexa a man, picados cunha soa agulla ou con máquina, as razóns tras a decisión de tatuarse non variaron considerablemente en todo este tempo: moda, función estética ou unha mera declaración do tipo que sexa. Tamén se tatuaron persoas en contra da súa vontade para identificalas de forma permanente como criminais ou indesexables dunha comunidade; este estigma asociado aínda permanece en parte da sociedade. A pesar diso, o mundo da tatuaxe está a rexurdir cada vez con máis popularidade e aceptación.

Probablemente, a tatuaxe e o *piercing* sexan as prácticas máis antigas de modificación corporal; xa os exipcios marcaban aos seus sacerdotes con tinta e en Xapón sinalábase os criminais con esta técnica desde o primeiro milenio a. C.

A entrada definitiva da tatuaxe en Europa produciuse tras as primeiras expedicións occidentais á Polinesia, ao redor do século XVIII (antes era utilizado de maneira puntual por

algúns lexionarios romanos). A partir deste intre pasou a formar parte da cultura mariñeira, xa que os navegantes marcaban o seu corpo durante as súas expedicións por todo o mundo. Ademais de a esta tradición, quizá por influencia pirata ou xaponesa (ou ambas as dúas), as tatuaxes tamén se incorporaron á cultura criminal.

As tatuaxes tal e como as coñecemos pódense documentar desde o ano 3300 a. C., como se viu co descubrimento de Ötzi, o Home de xeo, ou coas antigas momias exipcias nas que se atopan tatuaxes de animais e outras criaturas; con todo, crese que a práctica se orixinou hai máis de 10.000 anos. A técnica da tatuaxe evolucionou en gran medida ao longo dos anos, tanto os pigmentos como as tintas que se utilizan melloraron moito nos últimos tempos. Xa sexa a man, picados cunha soa agulla ou con máquina, as razóns tras a decisión de tatuarse non variaron considerablemente en todo este tempo: moda, función estética ou unha mera declaración do tipo que sexa. Tamén se tatuaron persoas en contra da súa vontade para identificalas de forma permanente como criminais ou indesexables dunha comunidade; este estigma asociado aínda permanece en parte da sociedade. A pesar diso, o mundo da tatuaxe está a rexurdir cada vez con máis popularidade e aceptación.

Outra das momias con tatuaxes máis antigas que se descubriron é a chamada Princesa de Ukok (figura 1), achada en 1993. Presentaba varias tatuaxes no seu corpo: un cervo no seu ombreiro esquerdo e outros animais na seu pulso e nos seus dedos. Estas figuras sustentan a teoría de que a tatuaxe tiña unha importante función relixiosa na súa cultura.

É un concepto equivocado (aínda que bastante aceptado) que a perforación do corpo é unha moda un tanto recente, pero as perforacións nas orellas, por exemplo, son un trazo increíblemente común en case todas as culturas ao longo da historia e cunha gran variedade de mitos, lendas e significados detrás da xoie-

ría usada e a súa colocación. As perforacións no nariz documentáronse hai 4000 anos no medio Oriente, continuaron na India durante o século XVI e a día de hoxe séguense practicando, é parte do seu legado cultural. As perforacións noutras partes do corpo, como nos beizos, a miúdo en forma de grandes discos nunha perforación dilatada, practícanse en tribos de África, do sueste Asiático, e de América do Sur. Todos estes *piercings* séguense facendo en Occidente, aínda que a razón principal sexa o ornamento e a mellora estética.

As escarificacións e o *branding* tamén son procedementos con miles de anos de antigüidade. Tradicionalmente, a escarificación estaba máis estendida entre as persoas de pel escura nas rexións ecuatoriais, xa que, ao ter moita melanina na pel, as tatuaxes non eran moi visibles.

Na rexión de Sepik, en Papúa Nova Guinea, atópase o pobo coñecido como “*pel de crocodilo*”, unha das etnias máis singulares deste peculiar país e que mantén varias das súas tradicións como eran na súa orixe. Unha delas é a de escarificar o corpo para imitar a textura da pel dos crocodilos, xa que, conforme ás súas crenzas, son os seus antepasados. Levan a cabo un rito de iniciación doloroso e sanguento para, así (segundo eles), adquirir a forza destes animais. O devandito ritual consiste en realizar decenas de cortes na pel do peito e das costas que dan como resultado infinidade de cicatrices avultadas que proporcionan esa aparencia de pel de crocodilo.

Varias tribos aborixes do norte de Australia e o pobo Karo, en Etiopía, son só algunhas das moitas culturas que, ata o día de hoxe, seguen practicando ritos tradicionais en que inclúen a escarificación. Os Karo, especialmente as mulleres, locen escarificacións no peito para embelecerse; efectúanas cun coitelo ou unha navalla e despois cóbrenas con cinza. Tanto os homes como as mulleres utilizan a ornamentación facial e corporal para resaltar a súa beleza e destacar o seu status social.

A modificación do cranio para volvelo ovalado ou alongado levouse a cabo en diferentes países ao longo de todo o mundo. Os primeiros rexistros remóntanse a 45.000 anos antes do presente e é unha práctica que continúa nalgúns lugares como a República do Congo e Vanuatu. Esta deformación foi practicada desde os tempos dos hunos e os alanos ata comezos do século XX. En diferentes países de América do Sur e nos Estados Unidos de América, desde os maias (Mesoamérica) aos paracas de Perú, pasando polos Chinook do noroeste de América do Norte e os Choctaw do noroeste, a modificación do cranio era unha práctica común. O rexistro escrito máis antigo de deformación cranial data do 400 a. C. e é a descrición que fixo Hipócrates dunha tribo africana á que denominaba os macrocéfalos ou “*cabezas longas*”.

As padaung (mulleres con pescozo de xirafa) pertencen ao grupo étnico ou tribo Kayan, unha minoría étnica tibeto-birmana de Myanmar. Cando teñen cinco anos colocan un adorno de latón en forma de espiral ao redor do pescozo ao que van engadindo aneis e que, aos poucos, vai premendo as clavículas cara a abaixo facendo que pareza que teñen o pescozo máis longo. Existen varias teorías sobre o porqué desta práctica: hai quen di que lles serve para evitar as mordeduras dos leóns, que as nenas elixidas para levar os aneis han de ser especialmente protexidas por nacer un mércores de lúa chea, e tamén se contempla a posibilidade de que empezase a utilizarse para afeitar as mulleres evitando así a súa escravización por outras tribos.

No contexto occidental moderno, a escarificación e o *branding* (queimaduras), aínda que son prácticas moito menos estendidas que as tatuaxes, seguen sendo formas comúns de modificar o corpo. O resultado estético dunha escarificación curada depende en maior medida da cicatrización do corpo e da xenética do seu propietario que da destreza do artista, o que unido á dor e á incomodidade do procedemento e da súa curación, fai que, probable-



Foto: Tony Wu

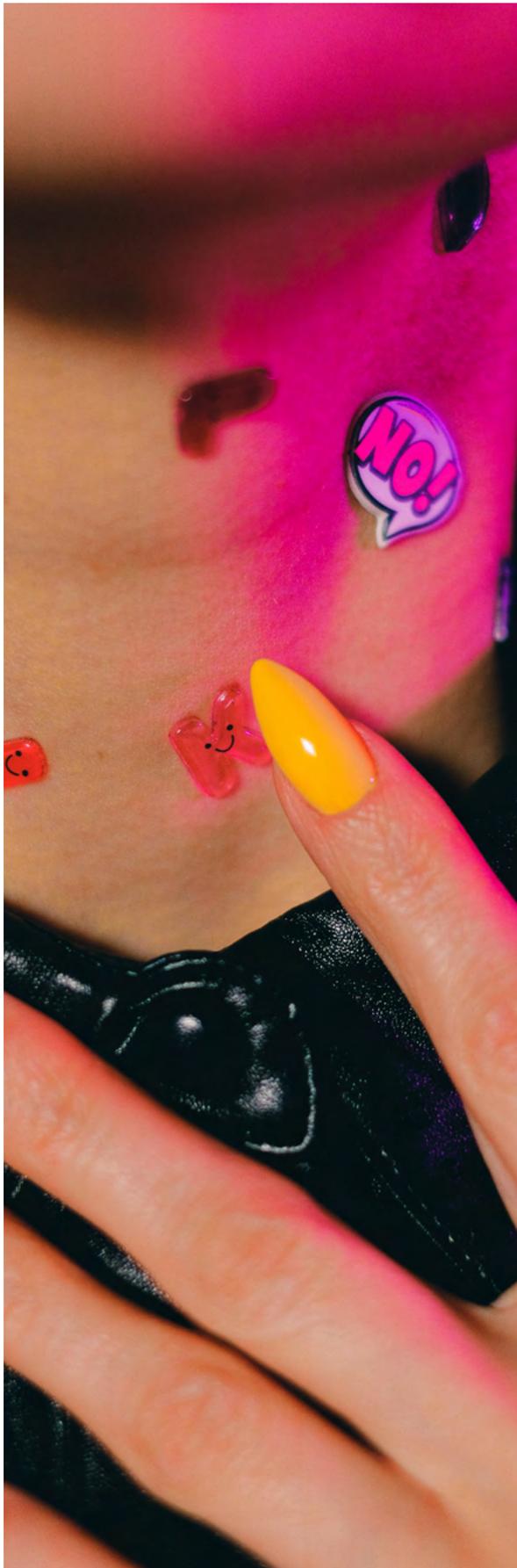


Foto: Shvets Production

mente, nunca se volva tan común como, por exemplo, facer unha tatuaxe.

Aínda que os implantes son unha práctica relativamente recente (é un proceso mediante o que se insiren obxectos estraños debaixo da pel), as contas xenitais, coñecidas como *beading* ou perlas, foron un elemento moi común entre os mariñeiros do Pacífico Sur e os Yakuza xaponeses durante moitos anos. Tamén era moi frecuente nos sistemas penais da antiga Unión Soviética e na Europa do Leste. De feito, segue sendo un procedemento bastante solicitado en moitos estudos no mundo occidental actual. A día de hoxe realízase con bólas de teflón biocompatible ou silicona, substituindo con iso os antigos materiais orgánicos non estériles potencialmente perigosos.

Os implantes transdérmicos, implantes cirúrxicos colocados baixo a pel cunha única saída, son realizados (ou deberían sêlo sempre) por modificadores corporais cunha grande experiencia e habilidade cirúrxica. Este tipo de implante pode ser algo problemático para curar, pero segue sendo popular entre os máis experimentados en modificación corporal. Na última década, as xoias transdérmicas redeseñáronse e os procedementos e os materiais refináronse ata o punto de que se pode entrar en case calquera estudo do mundo e obter un microdermal, unha pequena base implantada debaixo da derme mediante un procedemento rápido, simple e pouco doloroso, non máis que calquera outra perforación; despois, o extremo roscado do microdermal cicatrizará ao nivel da pel, o que permitirá que os accesorios (tamén roscados) se poidan intercambiar. Non son aptos para calquera persoa, xa que o éxito na cicatrización e, por conseguinte, na duración depende moito do noso estilo de vida.

Outras modificacións máis invasivas practicadas nos últimos tempos, por poñer algúns exemplos, son poñer as orellas en punta, bifurcar a lingua ou varios tipos de modificación xenital. Estes procedementos atópanse máis preto do mundo da cirurxía estética.

É importante destacar que o máis básico e fundamental na modificación corporal é que sexa algo que decide facer cada persoa libremente, sen que ninguén decida por ninguén. Xa sexa por simple estética ou por algún motivo máis profundo, o noso corpo pertécenos e a nosa decisión é a única válida. Poida que alguén non entenda que a unha persoa lle guste levar a lingua bífida, pero tampouco somos quen para opinar de forma pexorativa sobre a estética doutras persoas, xa que o que nos pode parecer bonito, correcto ou “normal”, probablemente non o sexa para outra persoa. É unha forma máis de expresión, quizá a máis elevada, debido a que decidir pasar por un proceso doloroso para conseguir algún cambio definitivo no noso corpo é algo serio e habitualmente moi meditado.

BIBLIOGRAFÍA

Angel, E. (2009). *The Piercing Bible: The Definitive Guide to Safe Body Piercing*. Crossing Press.

Ganguly, W. (2007). *Earrings: Ornamental Identity and Beauty in India*. BR Publishing Corporation.

Musafar, F. (2002). *Spirit and Flesh*. Daedalus Publishing Company.

Pitts, V. L. (2003). *In the Flesh. The Cultural Politics of Body Modification*. Palgrave Macmillan.

Rauf, D. (2018). *The Culture of Body Piercing (Body Arts: The History of Tattooing and Body Modification)*. The Rosen Publishing Group.

Rubin, A. (Ed.). (1988). *Marks of Civilization: Artistic Transformations of the Human Body*. Museum of Cultural History.

Schaff, A. (2006). *Body Modification*. Artesian Press

CAMBIOS

CAMBIO CORPORAL
QUEN SON EU?

María Dolores Viñas Carballeira

Psicóloga. Mestra de Educación Primaria

mvinas@edu.xunta.es

SUMARIO

CASTELÁN

RESUMO

O cancro de colon -tumor do intestino goso- é o segundo tumor máis frecuente do aparello dixestivo. Aínda que se dá en diferentes idades, é máis típico a partir dos 50. É máis frecuente en homes que en mulleres e pode aparecer de maneira asintomática.

A palabra cancro xeralmente crea sentimentos de tristeza e ansiedade. É coñecida por todos. Pero a palabra ileostomía é descoñecida por moitos. Vivir cunha bolsa de ostomía non é fácil. Vivir cun cancro tampouco.

A enfermidade, a quimioterapia e a ileostomía produciron cambios notorios tanto no meu corpo e na miña mente, como na confianza en min mesma. Cambios na imaxe corporal, identidade persoal e nas emocións, así como en hábitos, novas rutinas e modo de vida. Cambios que tes que aceptar e traballar polo teu benestar físico e saúde mental.

Hai que aprender a vivir unha nova vida. Pero con dignidade.

PALABRAS CHAVE — Cancro, quimioterapia, ileostomía, imaxe corporal, identidade persoal, autoconfianza.

ABSTRACT

Colon cancer is a tumour of the large intestine -the second tumour more frequent of the digestive system-. It's more typical from the fifties. This cancer is more common in men than in women and it may appear asymptotically.

The word cancer usually produces feelings of sadness and anxiety and it's known worldwide. But the word ileostomy is unknown to many people. Living with an ostomy bag is not easy, neither with cancer.

Disease, chemotherapy and ileostomy have produced important changes in my body and also in my mind and self-confidence. They have produced changes in my body image, personal identity and emotions as well, changes in habits, routines and way of life.

Changes must be accepted in order to improve your well-being and mental health. You must learn to live a new life. But with dignity.

KEY WORDS — Cancer, chemotherapy, ileostomy, body image, personal identity and self-confidence..

INTRODUCCIÓN

Antes de empezar a escribir o artigo, é necesario a aclaración ou a definición de certos termos da medicina clínica –recollidos de modo sinxelo– algúns ben coñecidos por moitos, pero outros non tanto –quizais por falta de visibilidade se se me permite–.

Penso que só podes poñerte no lugar do outro cando experimentas algo similar en calquera ámbito da vida. Se non, podes escoitar, pero non “entender ou comprender na súa totalidade”. As palabras cancro e ileostomía acompañanme xa desde hai 18 meses e espero que o sigan facendo durante moitos meses e anos máis. Ata o seu momento, eu descoñecía por completo de que ía este asunto. Es moza, e quen pensa que, de súpeto, todo vai cambiar con tal grao de magnitude, que porá patas arriba todo o teu mundo. Quen pode pensar que, de súpeto, che fan unha visita para quedar un cancro e unha ileostomía. Así, de súpeto, sen alertar.

Definición. O cancro colorrectal (AECC)¹ orixínase no colon ou no recto –que constitúen a parte final do tracto dixestivo–. O colon comunica o intestino delgado co recto que, á súa vez, termina no ano. Dependendo da súa localización anatómica e do lugar onde se orixine, denomínaselle cancro de colon ou cancro de recto. Normalmente denomínase cancro colorrectal, dado que ambas as patoloxías comparten características comúns.

Epidemioloxía. O cancro colorrectal afecta fundamentalmente a persoas maiores. A idade media de presentación é 70-71 anos e a maioría dos pacientes teñen máis de 50 anos no momento do diagnóstico, aínda que non hai que esquecer que tamén pode aparecer en persoas máis novas. Afecta a homes e mulleres case por igual, aínda que o risco de padecelo é un pouco inferior en mulleres.

A nivel mundial, no ano 2018 o cancro colorrectal representa o terceiro en incidencia en

ambos os sexos despois de cancro de pulmón e mama (datos dispoñibles GLOBOCAN²).

Incidenia. Segundo o Observatorio do Cancro AECC, en España estímase que, durante os próximos anos, o cancro colorrectal será o máis diagnosticado en ambos os sexos. É o segundo tumor máis frecuente nos homes despois do de próstata e o segundo nas mulleres despois do de mama. O cancro colorrectal supón o 15,3% de todos os tumores diagnosticados en 2020. Os cancros máis frecuentemente diagnosticados son os de colon e recto, mama, pulmón, próstata e vexiga urinaria.

Mortalidade. O cancro colorrectal é a segunda causa de morte por cancro, só por detrás do cancro de pulmón. Entre os homes, os responsables do maior número de falecementos foron o cancro de pulmón e o cancro colorrectal (cun incremento na incidencia do 1,2%). Nas mulleres, ocupa o terceiro lugar despois do cancro de mama e de pulmón (cun descenso na incidencia do 3,8%). A mortalidade de cancro de colon cambia de forma máis rápida que noutros tumores debido á estreita relación deste tumor co estilo de vida e dieta.

Dito todo isto, a maior redución da incidencia e da mortalidade do cancro colorrectal débese a unha melloría nos métodos de cribado.

A ILEOSTOMÍA

Eu descoñecía a existencia desta palabra. Sabía que algunhas persoas levaban unha bolsa colgada do seu abdome onde recollían as deposicións. A primeira vez que souben isto foi hai uns 28 anos cando a miña nai, paciente de cancro de mama, tiña como compañeira de habitación a unha señora cunha bolsa. Cando entrei na habitación e, falando en prata, a habitación cheiraba a caca, era como se alí estivesen varios bebés co cu sucio. Menos mal que as cousas cambiaron grazas á investiga-

ción! Recordo que iso me produciu un sentimento de pena, compaixón e tristeza por esa persoa descoñecida.

Nunca oín falar deste tema –das ostomías– nin dos pacientes ostomizados, nin tampouco me topei cunha lectura relacionada ata que chegou o momento. Se cadra, porque non prestaba atención a iso. Pero nestes últimos meses, tampouco.

O tema “bolsa de ostomía” creo que en xeral é un pouco escatolóxico, aínda que esteamos na era da “normalización”, non? Eu quedei con esa imaxe e ese cheiro, e nunca máis pensei niso. Cando me dixeron que se cadra me tiñan que pór unha bolsa, nin imaxinaba o que era e todo o que traería asociado. Para levar unha bolsa téñenche que practicar unha ileostomía ou unha colostomía. No meu caso, unha ileostomía. Falemos do que é de modo sinxelo.

Que é a ileostomía? É un tipo de ostomía. O íleo é a parte distal do intestino delgado. Se se separa do cego e se saca, chámase ileostomía. O íleo sácase a través dunha incisión na parte inferior dereita do abdome chamada estoma, a través do cal se deriva a saída das feces ou dos ouriños ao exterior. A ileostomía expulsa as feces líquidas, medio formadas. Ten un alto caudal. Outro termo parecido é a colostomía, pero son cousas diferentes.

As complicacións da ileostomía inclúen sangrado, deshidratación, obstrución do estoma e exoriación da pel circundante. O paciente deshidrátase rapidamente, polo que necesita beber moitos líquidos. Os intestinos pequenos conteñen moitas encimas dixestivas que saen con feces medio formadas e esaxeran o bordo da ileostomía. Por tanto, unha boa hixiene, baleirar regularmente a bolsa de ileostomía e aplicar unha barreira protectora ao redor do bordo do estoma prevén calquera irritación e inflamación do seu bordo.

A ENFERMIDADE

Despois dos apuntamentos anteriores poderdes facer unha idea do que cambiaron tanto o meu corpo e a miña mente, como a perspectiva da miña vida. Contareivos un pouco a historia.

A madrugada do día 26 de febreiro do 2021 ingresei no servizo de urxencias do CHUF³ cunha obstrución intestinal da que realmente eu non era consciente. O médico cirurxián de garda que me atendeu, solicitou as probas pertinentes –analíticas varias, TAC abdominal e RX–. Tras os resultados das mesmas e da exploración, viu fea a cousa e comentoume que había que operar de urxencia á primeira hora da mañá. En principio, dime que valorarán poñer unha bolsa. *“A ver se hai sorte e non é necesario”*.

O meu marido deixárame en urxencias, pero non o deixaron pasar, co que estiven soa -mais non só ese día, senón os 26 que estiven hospitalizada- e morta de medo, por suposto. Nunca me operaron, menos con urxencia. Menos mal que nesa quenda estaba de garda unha amiga íntima enfermeira, que estivo pendente de min todo o tempo e acompañoume ata a hora de quirófano. O seu agarimo e as súas palabras reconfortáronme nese momento de angustia, terror e soidade. O peor, polo que me caían as bágoas, non era pola gran dor física abdominal e inchazón polos que ingresara, senón porque non me despedira dos meus nenos. Pensei en se non os volvería a ver nunca máis (sempre me entran ganas de chorar cando conto isto, échense os ollos de bágoas e encólleseme o corazón cando o penso). Pero dou grazas porque aínda podou estar con eles.

Tras a primeira operación e o postoperatorio, sóbenme á habitación e o primeiro médico que me visita é unha xinecóloga. Non recordo nin a súa cara nin o seu nome. Caras, non lembro as de ninguén, pois estábamos no mellor da pandemia por COVID-19⁴. Nomes tampouco, porque estaba aínda moi aparvada e en

shock. Dime que me quitou os ovarios, porque estaban feos e xa cumpriran a súa misión (teño dous fillos: un rapaz de 21 e unha rapaza de 14). Comentoume que podería ter unha pequena hemorraxia (como da regra) pero que iso sería normal. Comentou que a operación saíra ben e máis nada que eu lembre, porque repito que non podía procesar ben a información. Estaba aparvada tras unha operación de máis de cinco horas.

Ao día seguinte vénme ver un dos meus cirurxiáns, das novas xeracións, duns corenta e tantos, encantador, próximo e magnífico profesional. E empeza co goteo de información: de momento que me operaran e quitaran un tumor que leva a anatomía patolóxica e, en principio valoraron non poñer a bolsa. Pero lamentablemente, aos cinco días (o 02 /03/2021) téñenme que volver operar, pois a drenaxe non pintaba ben. Lévanme facer outro TAC e o cirurxián dáme a noticia de que hai que abrir outra vez e pór a bolsa de ostomía.

Outros días víñame visitar o médico residente (hoxe xa médico titular) e seguíanme caendo goteos de información do que tiña. Así aos poucos, para poder dixerir. O veredicto tras a espera duns dez días foi o seguinte:

- Adenocarcinoma mucinoso maligno de colon descendente esquerdo⁵.
- Colectomía subtotal con anastomosis ileo-rectal⁶ (26/02/2021).
- Ileostomía terminal⁷ (02/03/2021).
- Tromboembolismo pulmonar incidental⁸.

O NOSO EU

Que pasa cando me miro ao espello? Recoñezo un EU, a min. Unha imaxe mental subxectiva, persoal e familiar que temos de nós mesmos, que difire da imaxe que teñen os demais acerca do meu EU. Do mesmo xeito que cando vemos unha fotografía nosa, para

nós é diferente da imaxe que nos proxecta o espello. Vémonos máis gordos, máis fracos, máis guapos, máis feos... , gustámonos máis ou menos que ao natural. Interesante, verdade?

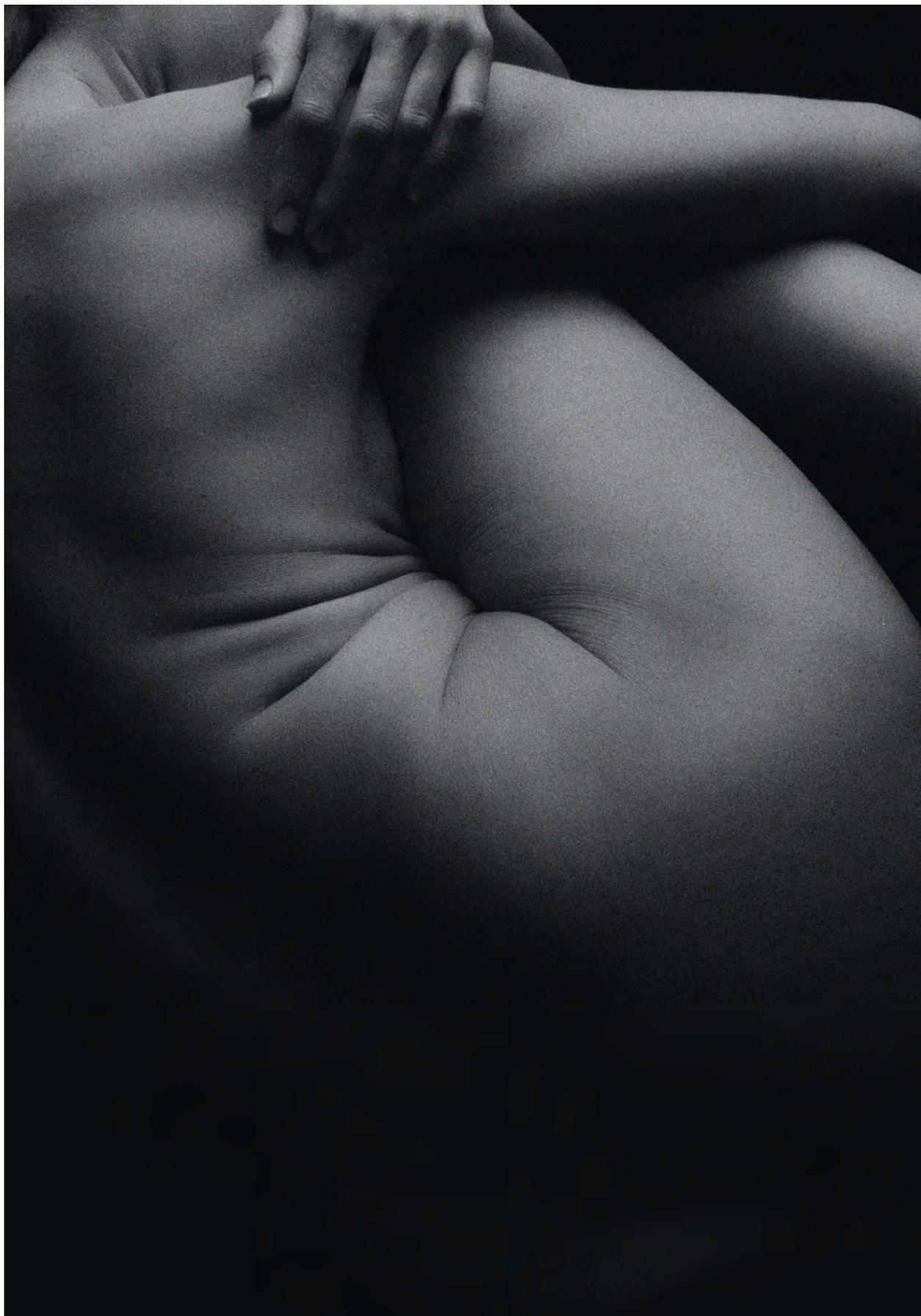
O recoñecemento do EU é fundamental para a adquisición das aprendizaxes da vida, para poder interactuar co mundo que nos rodea.

“A construción da aprendizaxe apóiase no coñecemento do noso corpo, do meu EU, xa que toda conduta incorporámola mediante el. Adquirir a habilidade do recoñecemento do noso EU é imprescindible para interactuar co mundo que nos rodea, para crear relacións con este e coas persoas. Mediante o recoñecemento do corpo constrúese o espazo e as súas limitacións, tomando consciencia de cada unha das partes con axuda dos sentidos. Tendo en conta isto, non é de sorprender a vital importancia que cobra o descubrimento do esquema corporal definido como “a representación mental do meu propio corpo, das súas posibilidades e limitacións de acción”. Por iso a medida que o neno recoñece o seu propio corpo e o domina, fálizase a incorporación das aprendizaxes. O desenvolvemento do esquema corporal ten todo un proceso, depende da maduración neurolóxica así como tamén das experiencias que se teñan. Alcanza o seu pleno desenvolvemento cara os 11 ou 12 anos e evoluciona e madura ao longo da vida.”⁹

O noso EU vai evolucionando co transcurso do tempo. E non só é un físico, senón que EU tamén é corazón ou alma e poder de pensamento. Estas tres globalidades forman o meu EU e o de todos os humanos, diferenciándonos dos animais. Este EU é a adultez do desenvolvido na nenez, e é o que me distingue dos demais, de ti.

Por desgraza, un cancro invasivo cambia o corpo. Algúns máis que outros, e no meu caso, tanto as cicatrices das dúas operacións e unha terceira en novembro do 2021, así como a bolsa de ostomía, cambiaron a miña imaxe corporal por completo.

Foto: Alexander Krivitskiy



O EU DE ANTES

Antes do fatídico día 26 de febreiro (tiña 52 anos) nunca pisara un hospital, quitando os dous partos e outras cousas sen importancia. Era unha persoa sa. Facía cada ano as miñas análíticas de rigor e sempre perfectas. Os últimos anos cun pouco de anemia, típico da pre-menopausa, pero nada máis. Nunca adoitaba tomar medicación. O meu físico era o dunha persoa sa. Non recordo desde a miña adolescencia deixar de practicar deporte (só cando quedei embarazada). Fixen un pouco de todo, pero sempre con intensidade saíndo da zona de confort, e tres ou catro días á semana (aerobic, zumba, cardio, musculación, saídas en bicicleta).

Xa nos últimos anos, ioga dinámico, algo parecido case ao circo do sol. O mellor a esta idade é practicar ioga, porque quedas xenial en todos os aspectos, no corpo e na mente. O corpo pídeche estar estirado, musculado, con flexibilidade e equilibrio para evitar os inconvenientes propios da idade. E a mente pídeche estar tranquila, sen tensión e relaxada.

Considérome unha persoa coqueta, que me gusta ir ben sempre, sexa sport ou arraxada.

A miña complexión sempre foi forte, costas anchas, abdominais marcados e todo moi recollido grazas aos adestramentos. Talle M. Estatura 1,61. Sempre pesei moito debido a que estaba ben musculada e sempre me deu un pouco de vergoña dicilo. Saín do hospital aos 26 días, con 20 kg menos. Si. Vaia cambio. Como dicía a miña filla Lola, “*mami, estás delgada-fofa*”. A perda de peso foi case todo da masa muscular.

O meu pelo era rizado, sempre un pouco máis de media melena, pero non moi longo. Comprara había pouco un alisador-modelador moi bo, que herdou agora Lola para a súa longa melena. O meu *skinhead*¹⁰ agora non me permite usalo, claro.

Psicoloxicamente era unha persoa forte, resolutive, optimista, con coraxe, moi sociable, dinámica e activa, animada, moi traballadora, inquieta intelectualmente e estudosa, organizada e metódica –un pouco obsesiva e perfeccionista como cabe esperar–. Gustábame ter sempre todo controlado cun planning semanal –as miñas amigas dicíanme que como era capaz de facer tantas cousas; pois co plannig–. Cariñosa, por suposto. As miñas dúas vocacións, o ensino e a psicoloxía. Con mil cursos e gran formación. Sempre con ese gustiño de aprender e innovar e dar o mellor de min mesma.

Todas as etapas da vida son boas, aínda que todas teñen os seus problemas. Cumpriuse un dos tópicos estúpidos que din todos os humanos por dicir (algo), porque cres que nunca che vai a pasar a ti –e dun día para outro cámbiache a vida–. Tíñao todo. Como digo sempre, dun día para outro, pasei do todo –do meu todo– á nada. Esa é a dura percepción da miña vida agora. Pero estou a saír da nada en busca dese novo todo.

OS PRIMEIROS DÍAS NA CASA

Lembro o día de saída do hospital. Chegara de madrugada a urxencias cunhas mallas negras, suadoiro de raias negras e brancas e deportivas negras. Pero NON quería saír de alí así, de loito. Ademais, xa era primavera. Envíei unha mensaxe de whatsapp á miña filla e díxenlle que me collese un vaqueiro e unha camiseta branca, xersei rosiña, deportivas rosa claro e chaleco granate. A súa contestación “*mami, rosa e vermello, puñada no ollo... haha*”. Pero ese modelíño xa o combinara así máis veces e gustábame. Quería sentirme un pouco ben, ser un pouco dese EU que fora abandonado case facía un mes. Pero do que quedaba pouco. Todo este proceso foi como un renacer.

E a verdade, xa tres veces.

Tentei poñerme soa como puideron a roupa, pois doíame todo o corpo con calquera movemento. Unha operación déixache rota, eu nunca experimentara esa sensación de non poder coa miña alma e co meu corpo. Case non podía andar pola perda de masa muscular. Os pantalóns “pitillo” caíanme cando antes me quedaban perfectos. Para as zapatillas deportivas pedín axuda. Pero xa non tiña autonomía. Era dependente. Sentes que perdes ata a dignidade. Xa sei que para eles es un corpo, pero para ti, o corpo é parte do teu eu.

Cheguei a casa como dixen con 20 kg menos. Lembro o día en que o cirurxián me dixo que xa me ía a dar a alta. Eu contesteille “*estás de carallada? Case non podo andar!!!*”, pero eles saben o que é o mellor para ti. Creo que comecei a baixar da cama sobre o día 15 de hospitalización. Teño unha cicatriz desde o peito ata a pube, aberta dúas veces pola segunda operación, e un embigo artificial (co pequeno e bonito que era o meu). Doíame tanto todo, que era horrible o mínimo movemento. Cando me empezaba a sentar no sofá do hospital e chamábanme por teléfono, pedía que me dixesen canto tempo levaba sentada, porque 20 minutos era un récord. Cando camiñaba polas mañás contaba o tempo con cancións. Sempre puña a mesma, “No quiero más dramas en mi vida”, de Alaska, moi boa como motivación, ao principio unha vez, logo dúas, logo tres... Andar era un mundo. Nesa tempada caín dúas veces porque non tiña forza nas pernas.

Así cheguei a casa, unha nova EU en todos os sentidos. Abracei os meus fillos e funlles contando aos poucos. Ese día puxen o pixama con axuda. Literalmente, non podía pór nin a roupa interior. Chamei a miña filla para que me axudase. Sentes que perdes a dignidade como persoa. Metía a perna por un lado do pixama e non era capaz de facelo polo outro. É moi duro. E metínme na miña cama que botaba tanto de menos. Quería descansar de verdade, só descansar e deixarme levar. Non

podía nin pensar. Todo ao meu redor érame indiferente. O que no pasado me podía molestar, como a desorde, agora xa non o vía. Só quería descansar e facelo na miña cama. As miñas únicas preocupacións durante moitos meses foron coidar a miña alimentación, ir a tratamento e durmir.

Das dúas cicatrices, quedoume unha zona próxima á pube sen curar nin pechar e estiven a ir a curas ambulatorias durante tres meses. Despois da alta hospitalaria, tiña programadas moitas citas, citas diarias no Centro de Saúde. Sobre o 7 de xullo déronme a alta ambulatoria. Estiven unhas doce semanas para a cura da drenaxe da ferida que tiña encima da pube. Tiña 6 cm de profundidade segundo me contaron cando me deron a alta (para non asustarme polo camiño). Alí coñecín a miña querida enfermeira durante todo ese período.

Durante tres meses, as curas eran de luns a domingo. Ao principio a drenaxe botaba moita sucidade e coágulos. Simplemente a cura consistía en introducir aquacel prata dentro da gran fenda. Ao principio, metíanme unha chea de apósitos para limpar a zona máis profunda e furgábanme ben. Un pouco molesto e grimoso, a verdade, pero despois do que pasara, tomábao con resignación e paciencia. Así todos os días da semana. Os domingos e festivos ía ao Punto de Atención Continuada. E alí tamén comecei a coñecer novos profesionais que me atenderon estupendamente. Durante unha boa tempada tiveron unha chea de citas con xinecoloxía, cirurxía xeral, enfermaría de ostomía e medicina interna, ademais das miñas citas ambulatorias co meu médico de cabeceira, o que está pendente quincenalmente da miña evolución e coidado. Os días ían pasando con estas rutinas, pero o resto do día pasábao na cama. Almorzaba, comía, merendaba e ceaba na cama, porque a drenaxe da ferida molestábame moito e non podía sentar ben nunha cadeira. A miña habitación foi a miña cova e refuxio durante a longa recuperación física e mental.

Tras as curas, un pouco antes de acabalas, fun á consulta de oncoloxía. Alí coñecín a miña oncológa, estupenda profesional e persoa. Desde o minuto un, cando me explicou todo o que levaría o proceso de quimio, pedín axuda psicolóxica para poder estar acompañada neste longo camiño. Da miña psicóloga, direi que escoita e que quita o mellor de min para o afrontamento desta situación, que recolle as bágoas que non choro na casa e que, como humana, sofre comigo. É a miña guía e apoio. A miña confidente. Ela sabe o que non sabe ninguén.

Empecei a saír de casa coas miñas amigas no mes de agosto, uns seis meses despois da operación. Coa primeira coa que baixei foi coa miña gran amiga da alma Menchu. Acórdome dese grande abrazo no portal, o primeiro tras o COVID, as miñas bágoas nos ollos. Non me dixo nada, pero eu sei que se asustou ao verme. Con quen quedara non era EU.

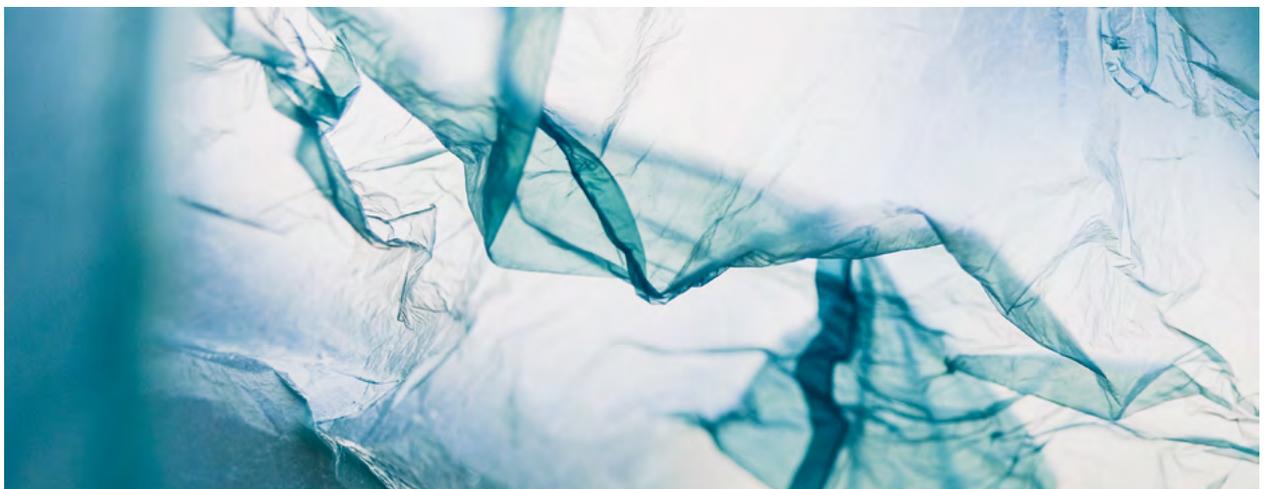
O NOVO EU DE AGORA

Fisicamente son outra, gañei uns quilos (uns 4-6) desde que saín do hospital, que van fluctuando segundo me vaia coa quimio. Onte puxen a última sesión (a 12ª) do segundo tratamento e déronme unhas pequenas vaca-

cións de quimioterapia. Levo 24 sesións, que son dous tratamentos longos. A miña quimio é crónica. Vou cada 15 días, 6-7 horas os martes, e traio un infusor¹¹ con quimio durante dous días enchufado a un catéter.

O primeiro tratamento foi peor que este. Déranme no Hospital de Día unha folla cos efectos secundarios, dos que tiven todos.

- Irritación da gorxa.
- Sabor a tubaxe (cando vomitas aseméllase a ese cheiro).
- Vómitos e náuseas.
- Alteración dos sabores e do olfacto e noxo ás comidas.
- Falta de sensación de sede e de apetito.
- Sangrado de nariz e costras na mucosa nasal.
- Irritación da mucosa da boca.
- Perda de densidade do cabelo.
- Proído nas palmas de mans e plantas de pés.
- Proído no coiro cabeludo.
- Descamación da pel.
- Infeccións de ouriños.
- Debilidade muscular.



- Hipersensibilidade nas xemas dos dedos das mans e pés.
- Sensación de cansazo extremo.
- Baixada de plaquetas.
- Rubor nas fazulas.
- Perda leve de memoria a curto prazo (*chemo brain*¹²).

O segundo tratamento foi diferente, pois non se pode repetir. Os síntomas foron:

- Engurras nas xemas dos dedos debido á hipersensibilidade do primeiro tratamento.
- Infeccións de ouriños.
- Diarrea e deshidratación severa.
- Náuseas.
- Perda de densidade de cabelo
- Sequidade da pel.
- Perda de ton e calidade da voz debido á irritación de gorxa.
- Delgadeza debido ao tratamento e á absorción de alimentos debido á ostomía.

De todos estes efectos secundarios, os que máis afectaron ao meu EU foron a perda do cabelo e a extrema delgadeza inicial.

Non estou calva, pero teño zonas con moi pouco pelo, co que decidín desde un primeiro momento cortalo. Ao principio deille un corte bonito “en curto”, pero logo empezaba a ver peliños por todas partes e rapáronmo con máquina. Nesa época, ao principio, tiña sempre moito frío pola perda de graxa e de pelo, claro. Vin unha chea de tutoriais en Youtube de como pór panos, fulares e bragas para o pescozo na cabeza. Quedan xenial. Déixovos unha ligazón para que o vexades, buscadeis “Panos, bragas e bandanas para a quimio” e sáenvos unha chea de tutoriais de como poñerse guapa durante o tratamento.

Xa vos dixen que era moi coqueta. O pelo volvíno cortar neste segundo tratamento. Xa tiña bastante, pero empezou a caer de novo. Agora

decidín ir sen nada na cabeza e non ocultarme, só me poño pano, viseira ou pabela se fai moito sol ou frío. A verdade é que, aínda que te poñas mona, o pelo fai moito e a cabeza con pouca densidade non favorece (as miñas amigas dinme que teño a cabeza ben feita e que me queda ben, pero venme con bos ollos). Agora co descanso da quimio, crecerá un pouco. Pero tomei a decisión de comprar unha perruca para o inverno. Haberá que probar mil, pero creo que me vou a ver máis EU. Gustábanme os meus rizos e agora non me vexo guapa. Non me atopo ao mirarme ao espello.

Nestes meses, non só me afectou a perda de pelo, senón como é o meu corpo agora. Moi delgado. A anchura non cambiou demasiado, se me ves de fronte nótase menos, pero de perfil, un suspiro, pero como moi ben, unha chea, unhas seis veces ao día, e todo o que quero ou se me antolla.

Recordo na terceira ou cuarta cita coa psicóloga o pronunciar as palabras “ non sabía que isto era tal difícil... Non son EU cando me miro ao espello, non me recoñezo, é como se a miña alma, o meu EU estivese noutro corpo que non me pertence”. Xa pasaron 18 meses e miro a foto de perfil do meu teléfono, as fotos de casa..., e sigo sen ser EU. É duro sentir a distorsión corporal, sentir algo parecido a que xa non es TI. Que non hai equilibrio como antes entre o teu corpo e mente. O seu consello foi que me mirase moito ao espello e que me aceptase. Eu sempre aceptei as miñas cicatrices, signo de loita, pero paréceme dura a situación de non gustarte como antes, porque non me recoñezo. Moitas veces parecíame ver a imaxe dunha estraña ante o espello.

Os humanos somos así. Se es louro, queres ser moreno. Se estás gordo, queres estar delgado. Se estás delgado, queres estar gordo. Pero 20 Kg menos, cun peso moi baixo para a miña complexión física, sen masa muscular, sen abdominais, sen embigo, con tres cicatrices moi grandes debuxadas no abdome, cunha bolsa colgando na parte esquerda, sen pelo... E só

con 53 anos!. O meu corpo espido non irradia saúde, nin beleza, pero antes si. Xa sei que externamente non se ve, que se disimula, que quen me coñeza agora pode pensar que estou sa porque teño moi bo aspecto de cara e sempre o tiven (sen olleiras polas horas que descanso e por non ter tensións), porque me arranxo e non cambiei a miña maneira de vestir a pesar da bolsa de ostomía.

Como lle dixen á psicóloga “acepto por suposto a situación, todo o que me ocorreu foi a miña táboa de salvación, e dou mil grazas e pónome de xeonllos ante todo o meu equipo médico, pero cada vez que baleiro a bolsa e a vexo aí colgando... Doume peniña”, e creo que é lícito poder expresalo e sentilo. Teño o dereito a estar encabuxada ás veces. Supoño que a ninguén lle gustaría levala, do mesmo xeito que a ninguén lle gustaría levar unha perna ortopédica, por exemplo.

Todo isto é parte do proceso de dó¹³ polo que pasamos. Que normalmente segue unhas etapas:

- shock ante a noticia recibida,
- negación, todo chega de modo inxusto e inesperado de modo que non nos dá tempo a procesar,
- ira, rabia e frustración e procura de culpables,
- negociación, sóñase con situacións non reais,
- depresión, volvemos á realidade deixando de soñar e temos sensación de baleiro.
- e, por último, a aceptación, aprendemos a convivir co noso problema.

Eu non me resigno ante esta enfermidade coa que terei que convivir sempre e espero que, durante moito tempo, pero acepto a situación e agora estou serena. Conseguín un pouco de serenidade emocional¹⁴ con moito traballo, e aínda estou niso.

En todo este tempo, a outra parte do meu EU tamén cambiou, madurou, reseteou. Todo

leva o seu tempo e hai que aprender de novo, aprender a que xa nada volverá ser como antes. Todos os plans da miña vida víronse afectados en maior ou menor medida coa enfermidade, ademais do meu corpo. Agora vivo ao día. Non existen plans. Só semanais, e ás veces, nin se poden facer. Cabréache xa non poder seguir o ritmo da túa xente, da túa anterior vida, que os teus fillos perdan cousas porque agora, por exemplo, non aguanto un día enteiro fóra de casa porque me canso, que non poidamos viaxar... Mil cousas.

A miña parte emocional, ao principio da enfermidade estaba moi sensible, supoño que como a de calquera paciente con cancro. Xa NON che importan as parvadas que nos importan a todos os humanos nin as preocupacións banais. Só che importa poder amencer e anoitecer e non ter dor. Que o teu corpo se vaia recuperando e que o teu cerebro poida procesar e pensar en positivo. Só queres tranquilidade. Non importa nin o diñeiro, nin a desorde, nin o traballo... Só importa o vivir outro día máis, estar en paz, o amor, a amizade, a familia... Só iso. Na túa cabeza proxéctase a película da túa vida, da túa nenez, adolescencia, mocidade, madurez... E recreaste niso, no feliz que eras, en todo o que conseguiras, en todas as persoas que estiveron en diferentes etapas da túa vida, no pracer... En fin, en todo o que viviches, e o futuro non aparece de momento, porque estás a analizar o pasado. A miña tranquilidade combinábase con chamadas de teléfono diarias, conversacións de toda esa xente que che escoita e te quere, amigos/as e familia que che acompañan no proceso, sen os que, na miña opinión, é imposible saír a flote e proxectar ese futuro.

A tranquilidade combineina con moito descanso físico e mental, coa lectura, facer punto e series. Así transcorreron os primeiros seis meses duros polo primeiro tratamento de quimioterapia e de recuperación física. Tras eses meses, empecei a saír e a compartir en directo experiencias e a pórme ao día das vivencias das miñas amigas e resto do mundo. Xa

cansaba de ser o centro de atención. Pero no meu barrio, non quería saír máis aló para non atopar xente e dar explicacións. O meu físico estaba bastante deteriorado aínda. Preocupábase a miña imaxe. E agora tamén.

Agora non podes planificar porque no medio da quimio nunca sabes como vas estar ao día seguinte. Se vas estar tirada en cama ou poderás facer algo. Das dúas semanas entre cada ciclo, sete días no meu caso estaba fatal, logo, como as contraccións do parto, chegado á cima, empezas a recuperar e a volver empezar de novo con outro ciclo.

Cando empezou a rutina do cole dos nenos e chegou o inverno, xa me podía o aburrimiento e decidín retomar as oposicións de ensino. Os últimos ciclos do tratamento foron xa case asintomáticos (o corpo afaise) e empecei a mirar leis novas, decretos... E pareceume que debía de ocuparme durante o período de baixa. Tanto á miña oncóloga, ao meu médico de familia como á miña psicóloga, contelles os meus desexos de traballar de novo a pesar da gravidade da miña enfermidade. Estudar foi parte da cura, pois se estudo, non penso e estou todo o día entretida. Presenteime pola praza de discapacidade e aí vin unha porta aberta. Fun á oposición no medio dun ciclo e a ler coa miña bolsiña de quimio no exame oral. Supoño que ninguén no seu san xuízo se poría a estudar en serio unha oposición ante tal panorama, pero eu si. Son forte mentalmente e aí seguía a miña esencia de inquietude intelectual.

Entre tanto, terminei case un libro coa miña experiencia no meu novo camiño, que aínda me falta por *puntillar* e que quero publicar para axudar coas miñas vivencias e aprendizaxes a aqueles que teñen o mesmo que eu, as súas familias e cuidadores... Entre tanto recibín unha marabillosa noticia. Incapacidade permanente absoluta a unha semana da oposición. Outra patada máis. Xa sei que cun cancro grao IV e quimio crónica non se está para tirar foguetes, pero quería seguir un

pouco máis traballando, ata que vise que non puidese, pero non foi así.

Este tema está a custarme, porque volvo ser cu inquieto. Por outra banda, estou moi contenta porque esa son EU, unha persoa activa, optimista, alegre, que busca saídas, que quere unha nova vida para ser feliz, aínda que sexa doutra maneira. Non hai que centrarse no problema, senón na procura de solucións. O meu plan agora é axudar os demais dinamizando o tema do cancro de colon e de ostomía. Estou a pedir axuda ao equipo médico para poder facelo desde o SERGAS. Ter a cabeza ocupada durante todo o día esconde o estar enferma e é parte da miña terapia.

E que digo do deporte. Xa sei que hai pacientes que con tratamento oncolóxico fan deporte, pero claro, se o teu corpo está moi frouxo e te pos a estudar, non queda moito tempo nin hai forzas. Nestes meses de vacacións sen quimio espero recuperar e coller a bici e facer un pouco de ioga. Pero estou oxidadísima. Xa fixen ioga durante un mes sen quimio no inverno. Agora hai moitas cousas que non podes facer se practicas deporte. Hai que buscar outras alternativas debido aos inconvintes da bolsa de ostomía. Non se pode cargar peso nin nada que afecte á zona da barriga. Tes que probar o teu corpo, para ver o que podes ou non podes facer, porque cada paciente é diferente. Pero eu xa non son a mesma. O meu corpo enfermo xa nunca recuperará esa vitalidade que me caracterizaba.

A hixiene tamén se ve afectada. Eu son moi requintada coa limpeza. Isto aínda mo comentou o outro día unha amiga: “tíñache que tocar a bolsa xusto a ti”. Pero, vaste afacendo, aínda que sempre tes que ir co teu kit de supervivencia a todos os lados. Os principios custan moito. Afacerse ao ritmo do teu corpo, ás deposicións, a cando son, se te manchas, se tes fugas, se se despega, se se che queima a pel. En fin, só o entenderá alguén que estea na mesma situación. Están aí todos os teus medos psicolóxicos e as túas inseguridades porque, a

final de contas, como me dixo un día a miña enfermeira de ostomías, “agora o teu cu está na barriga”, e como haxa unha fuga grande, é unha hecatombe que só poderás resolver con tranquilidade na casa, porque desgraciadamente os baños públicos carecen da hixiene necesaria para o teu despregamento de medios ante ese problema. Para que vos fagades unha idea, ter unha fuga mentres dormes é como cando un bebé se caga tanto que o tes que cambiar de arriba abaixo. Eu dou grazas porque as bolsas teñen un sistema de desodorizante e non cheira nada, se non, isto converteríase nun estigma social e eu non saíría de casa.

Por iso os teus hábitos teñen que cambiar. As túas rutinas tamén. Tes que aprender a ouvir o teu corpo pois polo menos o meu sempre está en constante movemento. A ducha ten que ser cando o meu estómago estea case baleiro. Levo 18 meses aprendendo, e o que me queda.

As miñas inseguridades. Sempre fun unha persoa tímida. Pero nestes momentos, espírome diante de alguén que non sexa sanitari@cústame moito. A bolsa sempre está sucia, e por moi “encoloniada” que vaias, pasada o ferro e pulcra, parece que ti non estás limpa. Isto é unha percepción miña, pensamento que non podoo cambiar. Non me gusta nin que os meus fillos ma vexan. E porque non vistes as miñas coxas e barriga. As inxeccións de heparina diarias polo trombo, e que terei que pór durante toda a miña vida porque o cancro xa de seu crea trombos, decoran as miñas pernas e barriga con derrames e negróns. Non valen pastillas para o trombo, nin Sintrom no meu caso. Estou horrible. Pero asúmoo, é parte do tratamento. Non me espíria ante ninguén nestes momentos nin en broma, por moita confianza que tivese.

Saír á rúa, os primeiros días foi unha odisea. E se me mancho, se se me despega, se non me podoo cambiar... En fin, unha tensión continua. Non controlas o corpo, as sensacións de

cando a comida está a saírche, os novos rúidos da túa barriga, a roupa que levar, se se nota, se o notan, horrible. Tamén o de ir sempre con auga e con algo para comer por se che dá un baixón. Hai que comer e beber pequenas cantidades moitas veces ao día.

Despois de 18 meses, xa teño outra seguridade, pero só nas distancias curtas.

Os momentos de lecer tamén cambiaron. Tes que cambiar hábitos. Se antes comía no cinema, agora non podoo comer para non ter que levantarme no medio da película. Se vas en coche nun traxecto longo debes de comer un par de horas antes, para non ter que parar. Un simple zume e 100 km polo medio de camiño, ponme moi nerviosa. Comer e pasar o día fóra me estresa. Xa non podoo comer como antes se estou fóra por medo ao que poida pasar.

Aínda que non podoo tomar o sol por culpa da quimio, onde vou á praia! Alguén sabe dun chiringuito por se te tes que cambiar e que non cheire mal e estea limpo? Non é tan fácil. Podería estar tres horas na cadeira, pero non tres horas sen ir ao baño. E, ademais, non en todos os sitios hai baños para persoas con discapacidade onde despregar as túas cousiñas de limpeza. Só o saberán os meu colegas.

E o que me pesa o bolso, que parece que levo pedras, entre o kit, a bebida e a comida.

As molestias na pel. Ai! O peor. Levar unha bolsa de ostomía non se nota. Pola e listo. Pero como che cadre en períodos con moitas fugas, a pel sofre unha chea – tamén incrementada pola quimio-e vólvese húmida e escura, como queimada, e o adhesivo do disco máttate. Levámola 24 horas ao día 365 días ao ano. Algúns días de calma, tras a ducha, pódome pór crema na barriga e dar unha especie de masaxe ao redor do estoma, tal cal fan as nais no cuiño do bebé, pero non sempre, depende se o volcán está en erupción ou non. Quince minutos sen disco convértense nun mar de tranquilidade para a túa pel. Isto é o peor de levar bolsa, a pel queimada, e non hai remedio.



A memoria. Como dixeran, estiveran a estudar unha oposición polo medio, pero si direi que, nos primeiros meses durante o primeiro tratamento, estaba moi espesa. Non lembraba certas cousas, sobre todo as da memoria a curto prazo, non lembraba se me contestaran “si ou non” a unha pregunta, e ademais tardaban en vir á miña mente certas palabras cotiás. Estiveran a ler acerca disto e parece que se chama “*chemo brain*”.

O meu descanso nunca volveu ser o mesmo. Se estou con quimio, prodúcense moitos gases, e iso fai que a bolsa se infle e que teñas que levantarte unha chea de veces durante a noite. Téñome levantado ata oito veces. E non digamos os problemas de perdas durante a noite, que te fan levantar como unha estaca a cambiarte enteira.

Por iso, cambias hábitos. Creas novos espazos en casa. Creas o teu recuncho de enfermaría no baño, pois ante as fugas, non hai tempo para ir de aquí a alá coller o que necesitas. Todo ten que estar a man e organizado. Hai tantos produtos que necesitamos nun simple cambio, que tes que crear un ritual de limpeza. E coñecer o corpo, o que é normal e non é normal, a cor, textura do que sae pola túa barriga. Aprender de ti. Porque agora es diferente e o teu corpo tamén. Todo che funciona de modo diferente. A comida étrache e á vez xa che está saíndo e a iso tamén hai que afacerse. Pór a roupa adecuada dependendo do que vaias facer nese día, de onde vaias ir, de se vas comer ou non. Eu son coqueta. Se quero pór uns pantalóns apertados, teño que ter o estómago baleiro para evitar as fugas por opresión. Teño que controlar o que comín e a cantidade. Así durante todos os días. Pero como en todo, imos aprendendo a trampear e a dominar o corpo, así como a mente.

A intimidade agora xa non é como antes. Sen entrar en detalles, é difícil estar a unha cousa se estás a pensar noutra. A miña enfermeira de ostomías faloume da cantidade de separacións por mor da ostomía. O teu corpo xa non

é bonito, está mutilado e leva unha medalla. Vin en internet parches para tapar a bolsa, pero ter que programar o “cando” a túa barriga está quietiña penso que corta bastante o roio. En fin, cada un terá as súas cousas, pero é moi complicado. A solución é que o outr@ se poña no teu lugar, que pense en que podía ser el ou ela o/a paciente ostomizad@. Hai unha primeira vez e cada un irá ao seu ritmo, o caso é que te comprendan.

E a todo este problemón engadimos a falta de libido e de desexo como efecto da quimioterapia, un dous por un. Nun airiño é coma se envelleceses dez anos nuns días. Que tristeza. Falo do teu corpo, porque a túa mente pensa noutra cousa, e non o acepta.

Vexo tamén moi difícil empezar unha nova relación con outra persoa, aínda que non imposible. Pero eu creo e case poden afirmar que é máis por min, pola miña vergoña, que pola outra persoa. Se antes era tímida, agora sono moitísimo máis.

Chorar. É un dereito. Lembro un día que fun á asociación contra o cancro e a psicóloga faloume dos que nos chaman campioas, xabatas, que nos elevan ao rango de deusas... Vaia trapallada. As miñas amigas dinme que non saberían como facer se lles tocara a elas, que non o levarían ben. Ata o meu médico felicítame e admírame pola miña forza. Pero como lle dixeran, lévoos ben, aínda que estou fodida e desafiuzada, ese é o estado. Ninguén se coñece ata que se enfrenta a novas experiencias na vida. Pero as experiencias hainas que vivir, non valen as contadas por outros, e de todas hai que aprender. Tes dúas opcións soamente. Cavar a túa tumba e caer, ou levantarte e seguir con dignidade, cada día, chorando, ben seguro, porque agora a vida non se parece en nada á que tiñas e gústache menos, pero é vida. O meu pensamento é “non chores máis dun día, porque día que choras, día que perdes”, e eu quero perder os menos posibles.

É duro. Moito. A definición da miña vida agora é difícil, describiríaa cunha palabra

malsoante, pero é vida e é moi bonito vivir e gozar de todo o que che rodea, aínda que con cancro e bolsa. Hai que seguir por un mesmo e polos que tes ao redor. A pesar de todo, a vida é un agasallo.

Teño que loitar e buscar o meu EU, único, forte, positivo, e sobre todo agradecido por ser como son. Que dá grazas sempre por levantarse e deitarse sen sufrir e poder vivir dignamente. E por suposto, dar grazas á ciencia e a eses maravillosos seres que, valéndose dela, velan pola túa saúde, cóidante e preocupáanse por ti.

1. **AECC.** Asociación Española Contra o Cancro.
2. **GLOBOCAN.** Global Cancer Observatory (GCO.) Plataforma web interactiva desenvolvida polo Centro Internacional de Investigacións sobre o Cancro que forma parte da OMS (Organización Mundial da Saúde). <https://infocancer.org.mx/?c=investigacion&a=globocan>
3. **CHUF.** Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol.
4. **OMS.** A Organización Mundial da Saúde estableceu a propagación do COVID-19 como emerxencia sanitaria internacional ou pandemia mundial.
5. **Adenocarcinoma mucinoso maligno de colon descendente esquerdo.** O adenocarcinoma de colon é o tipo de cancro que se orixina nas células que forman as glándulas responsables da produción do moco que serve para lubricar o interior do colon e o recto e, desta forma, facilitar a progresión do birlo fecal (facilitar a defecación). É o tipo de cancro de colon máis frecuente, representando aproximadamente o 95 % dos casos. <https://www.cancer.org>.
6. **Colectomía subtotal con anastomosis ileorectal.** Pasos cirúrxicos. Boston Medical Center.
7. **Ileostomía terminal.** Extírpase ou desconecta o colon e ás veces unha parte do íleo. Tamén pode extirparse ou desconectarse o recto e o ano. O estoma adoita facerse na parte inferior dereita do abdome. myhealth.ucsd.edu/Spanish.
8. **Tromboembolismo pulmonar incidental.** El tromboembolismo pulmonar (TEP) é a oclusión ou taponamento dunha parte do territorio arterial pulmonar (vasos sanguíneos que levan sangue pobre en osíxeno desde o corazón ata os pulmóns para osixela) por mor dun émbolo ou trombo que procede doutra parte do corpo. Incidental: por mor da operación. Fundaciondelcorazon.com.
9. **Coñecemento do eu.** <https://www.redcenit.com/importancia-do-recoñecemento-do-eu>
10. **Skinhead.** Termo inglés. Cabeza rapada.
11. Os **Infusores** de quimioterapia ou bombas elastoméricas son dispositivos que permiten fornecer medicamentos continuamente e de forma controlada, a través do catéter do paciente, durante 24 ou 48 horas.
12. **Chemo brain.** <https://www.cancer.org/treatment/treatments-and-side-effects/physical>. Termo empregado polas persoas sometidas a tratamento de quimioterapia que produce disfunción cognitiva, falta de concentración, confusión e perda temporal de memoria como efecto secundario do tratamento.
13. **Dó.** O dó é a reacción psicolóxica normal ante a perda. xa sexa a perda dunha persoa querida, un animal, un obxecto, etapa ou evento significativo. Cando se fala de perdas e en especial das perdas relacionadas a unha persoa, é unha experiencia que necesita ser compartida, acompañada e respectada. DSM-V.
14. **Serenidade emocional.** É o valor de manter a calma no medio da dificultade. Se vinculamos serenidade con promoción do benestar psíquico e emocional, podemos entendela como un estado psicolóxico apracible e sosegado, relacionado coa capacidade de manter a calma en situacións estresantes.

DISTORSIÓNS

SUMARIO

CASTELÁN

DISTORSIÓNS.
RUÍDOS E
SILENCIOS
DO CORPO. O
PROCESO DE
AFACERSE A
CONVIVIR CON
LESIÓN MEDULAR

Gonzalo Martínez Sande

*Psicólogo clínico. Programa de enlace coa
Unidade de Lesionados Medulares. Unidade
Psiquiátrica de Interconsulta e Enlace. Área
Sanitaria de A Coruña e Cee*

Gonzalo.Martinez.Sande@sergas.es

RESUMO

A lesión medular é un acontecemento inesperado que modifica de maneira radical a relación co propio corpo e que obriga a realizar cambios en diversos ámbitos vitais. No presente artigo ofrécesenos unha descrición das características das lesións medulares e a súa epidemioloxía en Galicia. Así mesmo, facilítasenos información sobre diversas teorías psicolóxicas que falan do proceso de adaptación, os estilos de afrontamento e o axuste emocional. Finalmente, proporcionásenos un marco xeral das intervencións psicoterapéuticas nos procesos de convivencia coa enfermidade baseado no traballo realizado pola figura do psicólogo clínico na área de interconsulta.

PALABRAS CHAVE — Lesión medular, corpo, distorsións, procesos adaptativos, afrontamento, enfermidade e familia, interconsulta.

ABSTRACT

Spinal cord injury is an unexpected event that radically modifies the relationship with one's own body and forces changes in various areas of life. This article offers a description of the characteristics of spinal cord injury and its epidemiology in Galicia. It also contains information on various psychological theories on the process of adaptation, coping styles and emotional adjustment. Finally, we are provided with a general framework of psychotherapeutic interventions in the processes of living with the disease based on the work carried out by the clinical psychologist in the consultation-liaison service.

KEY WORDS — Spinal cord injury, body, distortions, adaptive processes, coping, illness and family, consultation-liaison.

As reflexións que compartimos con este escrito parten do traballo que se realiza na Unidade de Lesionados Medulares do CHU A Coruña como fio condutor. Tal é o marco de referencia. Son do parecer de que gran parte do que a continuación comentamos pode ser tido en conta noutros procesos de adaptación á convivencia con outras situacións de cronicidade e as formas nas que vai cambiando o modo no que o suxeito se relaciona co seu propio corpo.

A LESIÓN MEDULAR. ASPECTOS DESCRITIVOS. EPIDEMIOLOXÍA

A lesión medular representa un acontecemento que interrompe de maneira brusca e, na maior parte das ocasións, inesperada, na vida dunha persoa e obrígaa a cambios en todos os ámbitos, na relación consigo mesma e cos demais.

Imos procurar, cunhas poucas pinceladas, sinalar certas características deste tipo de lesións.

A función da medula espinal é dobre: discorre por ela a transmisión bidireccional de estímulos cerebro-organismo e, ademais, é o centro nervioso que coordina a fisioloxía das vísceras torácicas, abdominais e pélvicas. O traumatismo medular afecta todos estes sistemas (Rodríguez Sotillo e Miguéns Vázquez, 2005).

As complicacións máis frecuentes na lesión medular abarcan as autonómicas e cardiovasculares (por exemplo, as alteracións na termorregulación e a disreflexia autonómica), as urolóxicas (disfunción vesical neuróxena), as alteracións no ámbito da sexualidade e fertilidade, a dor neuropática, a espasticidade (con afectación na contorna de dúas de cada tres pacientes). Tamén está presente o risco das úlceras por presión. A lesión medular cambia de maneira radical a relación co propio corpo. Cambios en canto a deixar de sentir, notar,

percibir. Cambios en canto a como desprazarse no espazo, acceder e manexar os obxectos de uso cotián. Cambios nas funcións fisiolóxicas. Parte do corpo se volve mudo, cambia de linguaxe..., e nalgúns momentos rompe a falar de modo sincopado nun idioma estranxeiro, compórtase de modos que non coñecía.

Na valoración neurolóxica da lesión medular hai consenso entre os profesionais no uso da Clasificación Internacional da ASIA (American Spinal Injury Association), aprobada pola International Medical Society of Paraplegia en 1992. Esta escala describe a exploración da sensibilidade e o movemento nos seus distintos niveis a través da exploración de músculos claves (con resultado que se clasifica numericamente). Coa puntuación resultante pódese establecer o nivel da lesión (a altura: o último segmento sensitivo ou motor que se atope normal) e o grao da lesión (extensión do dano: lesión completa ou incompleta, da que existen 4 graos). Por tanto, cos datos resultantes da exploración, establécese a escala da ASIA (Hospital Universitario “A Fe”, 2001):

- GRAO A (lesión completa): Non hai función motora nin sensitiva por baixo da lesión.
- GRAO B (lesión incompleta): Non hai función motora, pero si sensitiva por baixo da lesión ata os últimos segmentos (sacos S4-S5).
- GRAO C (lesión incompleta): Hai preservación sensitiva e preservación motora parcial. A metade dos músculos claves infralesionais teñen valoración inferior a 3.
- GRAO D (lesión incompleta): Sensibilidade normal e a metade dos músculos claves infralesionais teñen unha valoración media superior a 3.
- GRAO E (normalidade neurolóxica). As funcións sensitiva e motora son normais.

A incidencia da lesión medular traumática en Galicia atópase ao redor de 2,46 casos por 100.000 habitantes e ano, lixeiramente por enriba do que refiren estudos da poboación española.

Do mesmo xeito que nas series publicadas nacionais e internacionais, a principal causa de lesión medular en Galicia foi durante moito tempo os accidentes de tráfico (Rodríguez Sotillo e Miguéns Vázquez, 2005).

Xa co cambio de século comezáronse a advertir certos sinais de cambio no perfil/tipo máis frecuente de paciente con lesión medular que se confirmou co paso dos anos. Así o comentaba M. E. Ferreiro (2013) na rolda de prensa do Congreso Paraplejia 2013 que se celebrou na Coruña:

“Aínda que o dato total de lesionados medulares dá lugar a certo alivio, debido a que apuntan a un lixeiro descenso, as mesmas cifras reflicten con todo que aumentan os casos máis graves. As tetraplexías ou lesións altas supoñen xa o 32,3 % do total das traumáticas, é dicir, debidas a accidentes (de tráfico, laborais, caídas casuais...) cando hai uns anos eran o 20,4 %. Doce puntos subiron desde o 2006, segundo o estudo realizado por Elena Ferreiro Velasco, médico da Unidade de Lesionados Medulares do CHUAC, de referencia para toda Galicia. O estudo, que recolle toda a casuística desde 1995, preséntase no Congreso Paraplejia 2013.

A especialista considera que, en boa medida, o incremento das lesións altas se debe á mellora dos servizos de atención de urxencias no propio lugar do accidente, xa que “adoitan facer unha insuficiencia respiratoria que hai que tratar de inmediato”. É dicir, antes falecían sen dar tempo a chegar ao CHUAC.

Coa prudencia de manexar unha serie de 17 anos, advirte Ferreiro, que todo apunta a un lixeiro descenso xeral das lesións traumáticas (paraplexías e tetraplexías), ao pasar de 2,4 casos por 100.000 habitantes e ano a 2,2. Tradúcese en pasar de 70-80 ingresos ao ano, a 54, e coincide ademais cun aumento da idade dos pacientes, situada en 49 anos de media en toda a serie, aínda que desde o 2006 superan os 50 (46 en homes e 58 en mulleres).

“Isto explícase –indica a doutora– non só polo envellecemento poboacional, senón tamén polo cambio na etioloxía: baixan os accidentes de tráfico e aumentan as caídas, sobre todo as casuais, non relacionadas co traballo ou o deporte, senón as caídas na contorna rural, da árbore que se está podando, o tellado ou os tractores”, recalca. “Os xubilados en Galicia non se xubilan, a maioría teñen unha aldea na que seguen traballando”, engade para expoñer a realidade dos números: “Este tipo de lesionados medulares por caídas casuais xa son o 39,5%, máis que os de estrada, que están no 38,9%”. Trátase, ademais, de pacientes máis maiores, con outras enfermidades e asistencia máis complexa. “Necesitan máis tempo para recuperarse e a volta á casa pode ser máis complicada, sobre todo neste momento de crise no que estamos”.

A PSICOLOXÍA E OS PROCESOS DA ENFERMIDADE E A DISCAPACIDADE. O CASO DA LESIÓN MEDULAR

Desde a perspectiva da Psicoloxía, no estudo da lesión medular (e doutras enfermidades e discapacidades) e o proceso de adaptación a realizar foron dominantes durante moito tempo os esquemas que, tendo como referencia o modelo de dó, analizábase desde a perspectiva da perda e a adaptación á perda a través dun modelo de fases.

Tradicionalmente se presentaba un modelo de **fases de axuste** cunha secuencia habitual ou “normativa” (Stewart, 1994). Como veremos posteriormente, un dos problemas conceptuais graves para entender e reflexionar acerca destas cuestións, está precisamente en considerar esta secuencia como normativa, xa que, deste xeito, pode facer perder de vista os aspectos que diferencian a resposta indivi-

dual e que, curiosamente, poden ser os máis importantes á hora de planificar a intervención de axuda á persoa que está a atravesar esa situación. Pero volvendo ao esquema que propón Salas Márquez (1995), distinguiríamos as seguintes fases no proceso de axuste:

- a) Shock emocional.
- b) Negación.
- c) Angustia.
- d) Depresión.
- e) Axuste.

a) **O shock emocional:** Caracterizaríase pola defensa que fai o eu da súa integridade mediante o bloqueo emocional, as reaccións de pánico ou a pasividade. Sería a fase inmediatamente posterior á adquisición da lesión.

b) **Negación:** É tamén unha defensa na mesma, parece coma se o eu fixese unha espera ata estar preparado para dar unha solución. Mentres tanto nega a existencia do trauma.

c) **Angustia:** Xa hai unha toma de conciencia da situación, aínda que sexa parcial, que se traduce emocionalmente nese estado de angustia (que pode mostrarse de modos diversos, con correlatos de inquietude, abatemento, insomnio...).

d) **Depresión:** Sería xa a construción da reacción psicolóxica ante a desgraza, período de melancolía activa que o paciente experimenta ao enfrontarse co abafador da súa situación. Gradualmente, ao irse establecendo unha aceptación dos sentimentos e unha secuencia de axuda, o paciente podería ir remontando esta situación para pasar a:

e) **Fase de axuste:** Esta fase implicaría que, unha vez que se resolvan as angustias emocionais anteriores, o paciente pode paulatinamente volver á normalidade, sendo capaz de aceptar as súas propias limitacións.

Como vemos neste esquema, se presenta o modelo-secuencia de “elaboración do dó”, como marco paradigmático para entender as

reaccións emocionais que atravesa a persoa que adquiriu unha discapacidade crónica.

Este modelo de análise contén certas presuposicións implícitas que poden entrañar riscos en relación coa consideración da clínica e á formulación do marco e traballo psicoterapéutico con estes pacientes:

- 1º Considerar inadecuada a resposta de negación.
- 2º Considerar como necesaria e inevitable a etapa da depresión post-lesión como paso necesario na secuencia de axuste.

Bas Sarmiento, Gala León e Díaz Rodríguez (1994), que fixeron unha ampla revisión dos traballos que se refiren aos aspectos da depresión e lesión medular, expoñen unha serie de interrogantes discutindo abertamente as “asuncións implícitas” no modelo de “elaboración do dó” aplicado á lesión medular.

- 1) É realmente a depresión unha consecuencia inevitable nas lesións de medula espiñal?
- 2) Realmente o experimentar depresión ou aflicción nun período inmediato á lesión é sinal de confrontación da mesma e un hándicap necesario para o progreso rehabilitador?
- 3) Os suxeitos que no devandito período non desenvolvan unha depresión terán, irremediabilmente, que pasar por esta fase a longo prazo?
- 4) A aflicción é sinónimo de depresión?

En resposta á primeira pregunta, os autores chegan á conclusión de que as poucas investigacións (orientadas especificamente cara este aspecto) das que se dispón non foron capaces de demostrar a inevitabilidade da depresión consecuenta a unha perda. Os estudos contemporáneos non atoparon unha relación significativa entre depresión e lesión medular. É máis, os poucos estudos que fixeron unha investigación sistemática a este respecto, conclúen que só entre unha cuarta e unha quinta parte dos pacientes, que adquiren unha lesión medular,

pasan por unha fase de depresión significativa.

A resposta á segunda pregunta é tamén igualmente importante. Curiosamente, atopouse, que a depresión é contraproducente para a rehabilitación e algúns autores descubriron unha correlación significativa entre a severidade da aflicción psicolóxica e os menores niveis de condutas de autocoidado. Atoparíamos que a conduta depresiva é preditora dunha hospitalización máis longa, de maiores complicacións médicas e de redución dos autocoidados e un marcador de mala evolución futura.

En terceiro lugar, a resposta a se os suxeitos que non desenvolven unha depresión terán que pasala posteriormente expón unha resposta importante no sentido de que a “aflicción retardada” non é necesariamente tan común como a tradición clínica parece suxerir. Desde o enfoque que ten que ver coas capacidades ou recursos dos pacientes para facer fronte ás dificultades, curiosamente chégase á conclusión de que as estratexias construtivas de resolución de problemas son as respostas máis adaptativas a medida que transcorre o tempo e, sendo así, as persoas que desenvolven este tipo de estratexias, non necesariamente teñen que atravesar unha depresión. Doutra banda, non hai que perder de vista, como se sinalará máis adiante, que, dentro do grupo de persoas que mostran depresión con rango clínico, hai unha parte que se deprime nos primeiros tem-

pos da lesión, durante a estancia hospitalaria, pero outro o fai tempo despois da alta.

En cuarto lugar, non hai que perder de vista o que a aflicción normal debe ser a consecuencia lóxica de calquera período de dificultade grave que un atravesese, por exemplo, a adquisición dunha lesión destas características. Pero non sempre unha aflicción ten que ser considerada como unha depresión, xa que a aflicción non é unha depresión clínica. As reaccións emocionais alteradas poden considerarse que forman parte do proceso de aflicción normal, coherente nese contexto, pero non necesariamente teñen que alcanzar o rango dunha depresión clínica.

Como conclusión da análise que estes autores realizan da bibliografía respecto á depresión e o axuste psicosocial en lesionados de medula espiñal, formulan un enfoque alternativo ao da secuencia habitual e necesaria de “elaboración do dó” e que eles formulan como unha listaxe de variables que poden modular o impacto da discapacidade. Aínda cando a lista que propoñen está construída desde a revisión da bibliografía referida a lesión de medula espiñal, pensamos que pode ser entendida como unha descrición de variables que modulan o impacto dunha discapacidade ou hándicap importante en xeral. Estas son as consideracións que Bas Sarmiento, Gala León e Díaz



Foto: Simon Berger

Rodríguez (1994) fan no seu traballo:

1) Os individuos que se perciben a si mesmos como capaces de regular as súas emocións e encarar sistematicamente os problemas poden ser capaces de enfrontarse con máis efectividade á súa incapacidade física. As orientacións dirixidas a metas e centradas no problema levan a un menor índice de depresión e a un axuste máis exitoso.

2) A incapacidade para o acceso e utilización efectiva dos sistemas de apoio pode contribuír ao desaxuste físico e psicolóxico.

3) Maiores alteracións psicosociais secundarias á lesión evidencian un peor pronóstico.

4) As persoas que adquiriron traumáticamente a lesión poden experimentar períodos de melancolía e pena, pero as reaccións interpersoais dos suxeitos significativos do medio poden reforzar a conduta depresiva e contribuír a prolongar os episodios de depresión.

5) As características do suxeito poden funcionar como variables que interfíren nas respostas emocionais e a depresión post-lesión.

6) Os autores sinalaban que se necesitaban máis estudos que clarificasen a posible implicación da gravidade da lesión respecto da depresión. Por agora non se puido establecer unha relación positiva entre tales variables. Nos estudos posteriores, como veremos cando comentemos sobre o afrontamento, tampouco se achou tal correlación.

7) O persoal rehabilitador tende a considerar que quen sofre unha lesión da medula espiñal é máis depresivo do que poderían ser eles mesmos. As expectativas do persoal sanitario poden facer que o paciente responda, cumprindo con tales expectativas, con depresión, hostilidade e ira (pretendemos instaurar comportamentos independentes e, con todo, castigamos aqueles pacientes que non foron “pacientes” co proceso rehabilitador e marcaron as súas propias metas).

8) A rehabilitación funcionaría como unha variable moduladora do estrés e axuste do suxeito. Os índices máis altos de estrés danse na admisión e na alta (efecto de incerteza); os niveis máis baixos de depresión e ansiedade adoitan aparecer un ano despois da alta.

9) Os suxeitos que tomaron parte na adquisición da lesión (que se senten responsables) mostran menos dificultades no proceso de adaptación.

10) As características de personalidade premórbida xunto coas diferenzas situacionais post-lesión marcan a variabilidade individual na resposta de axuste: as persoas “buscadoras de sensacións” parecen ter maior tolerancia á estimulación, ao risco e aos estresores que outras persoas. As características de personalidade que implican maior autoconfianza e unha disposición a facer as cousas con calma, un maior apoio familiar e menos estratexias de “coping” de evitación predín menores niveis de depresión nun período de catro anos.

11) Os pacientes con atribucións internas de control (os que pensan ter maior capacidade) informan de menores períodos de aflicción e depresión e demostran condutas máis adaptativas durante a rehabilitación. Isto fai pensar na existencia dun patrón de personalidade proclive á boa saúde e caracterizado polo optimismo, sensación de control e capacidade de adaptación, que desenvolve estratexias centradas no problema, na procura de apoio social e en procurar os lados positivos das experiencias estresantes. O punto de partida desta análise sería o do modelo de “desesperanza” ou “indefensión aprendida” que se desenvolverá un estado depresivo cando unha persoa perciba que non dispón de ningunha estratexia, nin agora nin no futuro, para cambiar unha situación persoal adversa (ou, doutro xeito, que considere que ningún modo de afrontamento vai ser eficaz para controlar unha situación negativa).

Os autores propoñen como resumo que os síntomas depresivos poden quedar moderados ou mediados por certas variables como son:

os recursos persoais, o apoio social e tamén o estado de saúde, as percepcións de benestar e control, os recursos económicos, os contextos interpersoais e os estilos de afrontamento da persoa en cuestión.

LESIÓN MEDULAR E PSICOLOXÍA. OS MARCOS DE AFRONTAMENTO

Ao longo dos anos 90, tanto no ámbito da lesión medular como no máis xeral da rehabilitación e as enfermidades médicas, foi cobrando maior relevancia a liña de reflexión centrada nas diferenzas individuais, incorporándose variables cognitivas e facéndose máis presentes as referencias ás diferenzas no afron-

tamento e as variables de personalidade (Weisman, 1994).

Galvin e Godfrey (2001) propoñen un esquema das posibles relacións entre o afrontamento no manexo dos estresores da situación de lesión medular e as súas consecuencias. Este traballo é debedor dos de Lazarus e Folkman e marcará a liña que seguirán outros autores que investigan no campo da lesión medular, entre eles o grupo dun estudo levado a cabo en Suecia.

O modelo que presentan Galvin e Godfrey (2001) plásmase na figura 1.

Posteriormente, Elfström, Rydén, Kreuter, Persson e Sullivan (2002a) realizan un estudo no contexto da Unidade de Lesionados Medulares de Gothenborg (Suecia), centro de referencia nacional, considerando, por

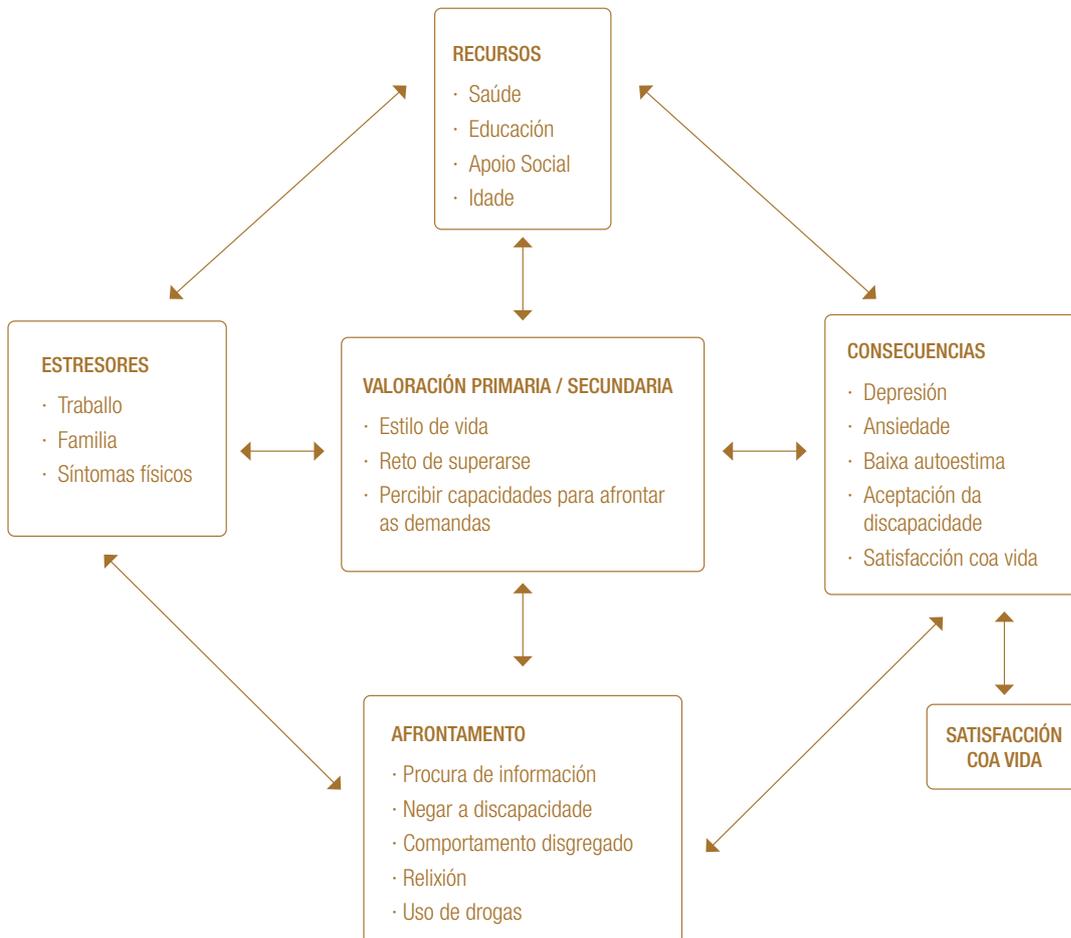


Figura 1. Valoración do estrés, estilos de afrontamento e axuste emocional na lesión medular (Traducido de Galvin e Godfrey, 2001)

tanto, a mostra como representativa da poboación sueca. Neste estudo participaron un total de 274 persoas, que levaban lesionadas polo menos un ano. Partindo da conceptualización de Lazarus e Folkman (1986) de que o afrontamento implica esforzos cognitivos e condutuais para o manexo das discrepancias percibidas entre as demandas da situación e a capacidade persoal. Os autores distinguen tamén unha categoría de efectos psicolóxicos, produto da reacción emocional subseguinte ao estrés e ao afrontamento.

O que nos parece máis interesante deste traballo realizado en Suecia é que se desenvolven dúas escalas, unha para avaliar os estilos de afrontamento en persoas que sufriron unha lesión medular –*Escala de afrontamento da LME*–, con 3 subescalas ou factores: aceptación, espírito de loita e dependencia social, con 4, 5 e 3 ítems respectivamente; e unha escala para avaliar a repercusión psicolóxica da lesión medular –*Escala de repercusión psicolóxica da LME*–,

tamén con 3 subescalas: desamparo, intrusión e crecemento persoal, con 6, 3 e 3 ítems respectivamente.

En relación cos estilos de afrontamento, observaron que as persoas que levaban máis tempo convivindo coa lesión informaban de maior aceptación, mentres que aquelas nas que a adquisición da lesión era máis recente informaban de máis desamparo e intrusión e de maior dependencia social. A maior relevancia da estratexia de aceptación corroborouse tamén en estudos posteriores levados a cabo por estes mesmos autores (Elfström, Rydén, Kreuter, Taft e Sullivan, 2005; Elfström, Kennedy, Lude e Taylor, 2007).

Na figura 2 aparecen resumidos os resultados do estudo de de Elfström, Rydén, Kreuter, Persson e Sullivan (2002b) no que describen os efectos do afrontamento sobre as reaccións psicolóxicas, unha vez analizados os datos obtidos en Suecia coas Escalas de estilos de afrontamento e de benestar psicolóxico. Os resultados obtidos

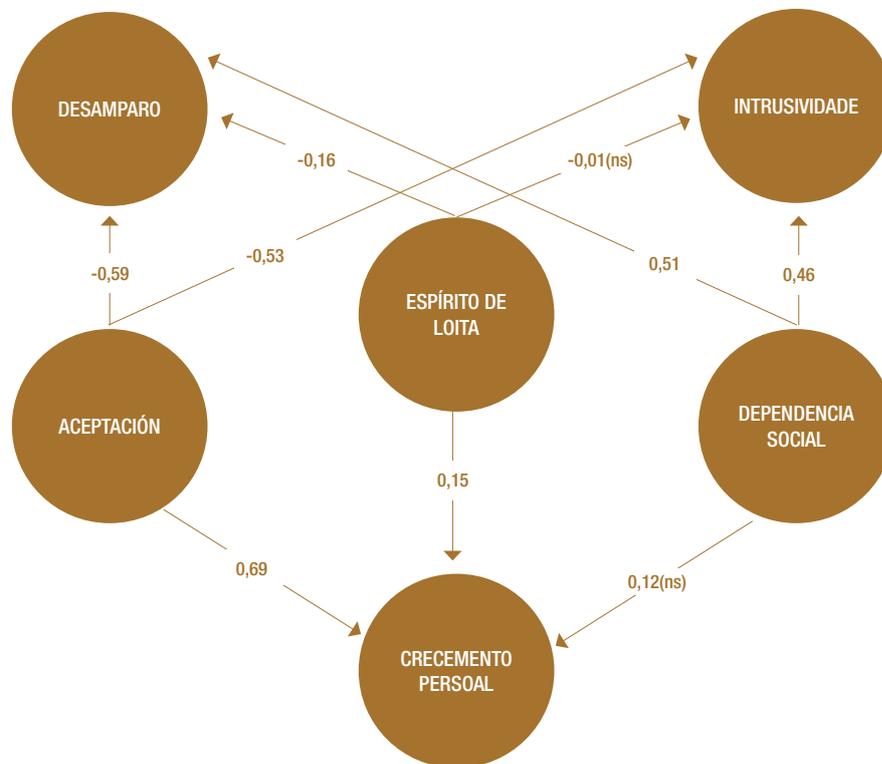


Figura 2. Modelo hipotético do efecto do afrontamento sobre as reaccións psicolóxicas (Traducido de Elfström e col., 2002b)

coinciden en gran medida cos obtidos por estes autores nos estudos realizados coas escalas en Alemaña, Austria, Suíza e Reino Unido.

A aceptación reflectiría cambios adaptativos profundos e o seu valor predictivo do impacto da lesión medular é congruente cos resultados doutros estudos.

Ademais, os resultados permiten establecer a seguinte relación: a maior espírito de loita, maior crecemento persoal e menor impotencia (desamparo) e intrusión. O espírito de loita tivo menos influencia da esperada no benestar psicolóxico. Cabería destacar que estes resultados coinciden tanto cos obtidos na mostra sueca (Elfström e col., 2002a), como no posterior que se realizou con mostras de Austria, Alemaña, Suíza e Reino Unido (Elfström e col., 2007).

Estes resultados parecen mostrar diverxencias coas posicións que tradicionalmente se postulaban e publicaban nos enfoques tradicionais

da psicoloxía da saúde, nas que se asociaba o alto control interno con menor distrés psicolóxico e maior benestar en persoas con LM.

Un resultado rechamante é que non se atoparon diferenzas estatisticamente significativas entre as variables relacionadas co benestar psicolóxico e o tipo de lesión, nin co nivel da lesión, nin en función da clasificación ASIA, nin coa causa da discapacidade (e no caso das dúas últimas variables tampouco se estableceu relación significativa cos estilos de afrontamento).

Estes achados poden parecer contraintuitivos, no sentido de que parecería lóxico esperar que á maior gravidade da lesión correspondese un estado de maior malestar psicolóxico.

Craig e Middleton propuxeron como patrón de axuste á lesión medular, un modelo dinámico multivariable de axuste á lesión medular (SCIAM no seu acrónimo en inglés) que se mostra na figura 3.

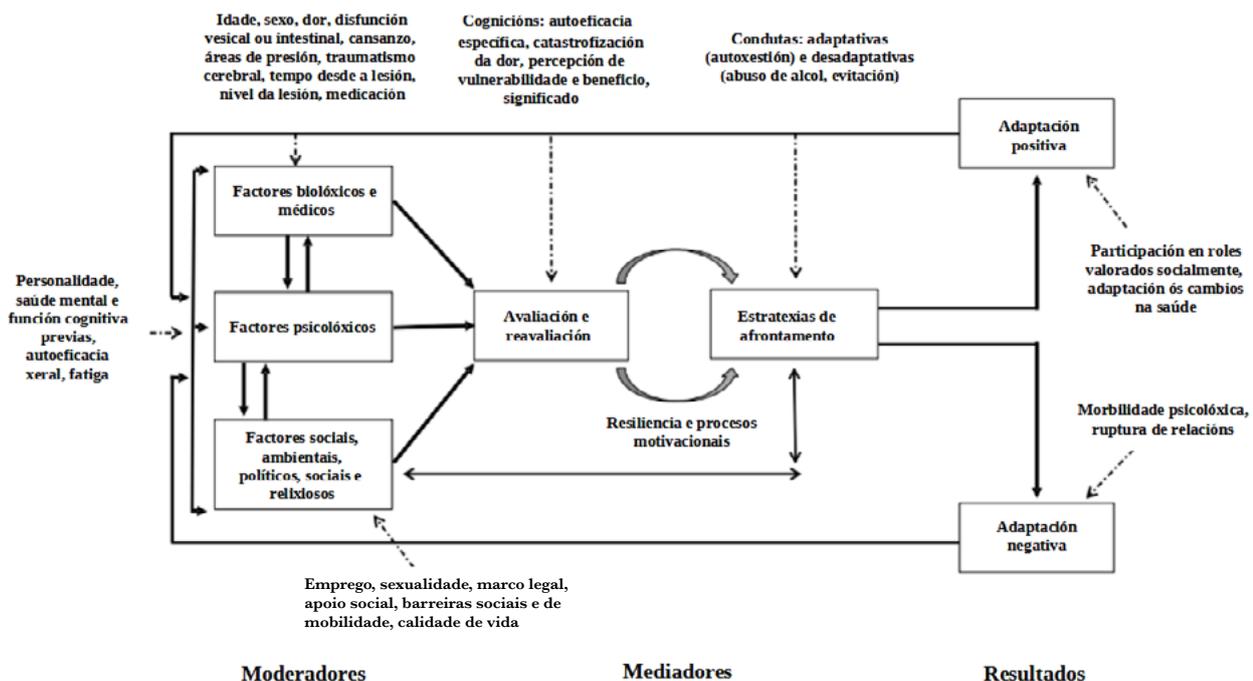


Fig 3. Modelo de axuste á lesión medular: Un modelo dinámico multivariable de axuste á lesión medular (adaptado de Middleton e Craig: 2008) Craig, Tran e Middleton, 2017

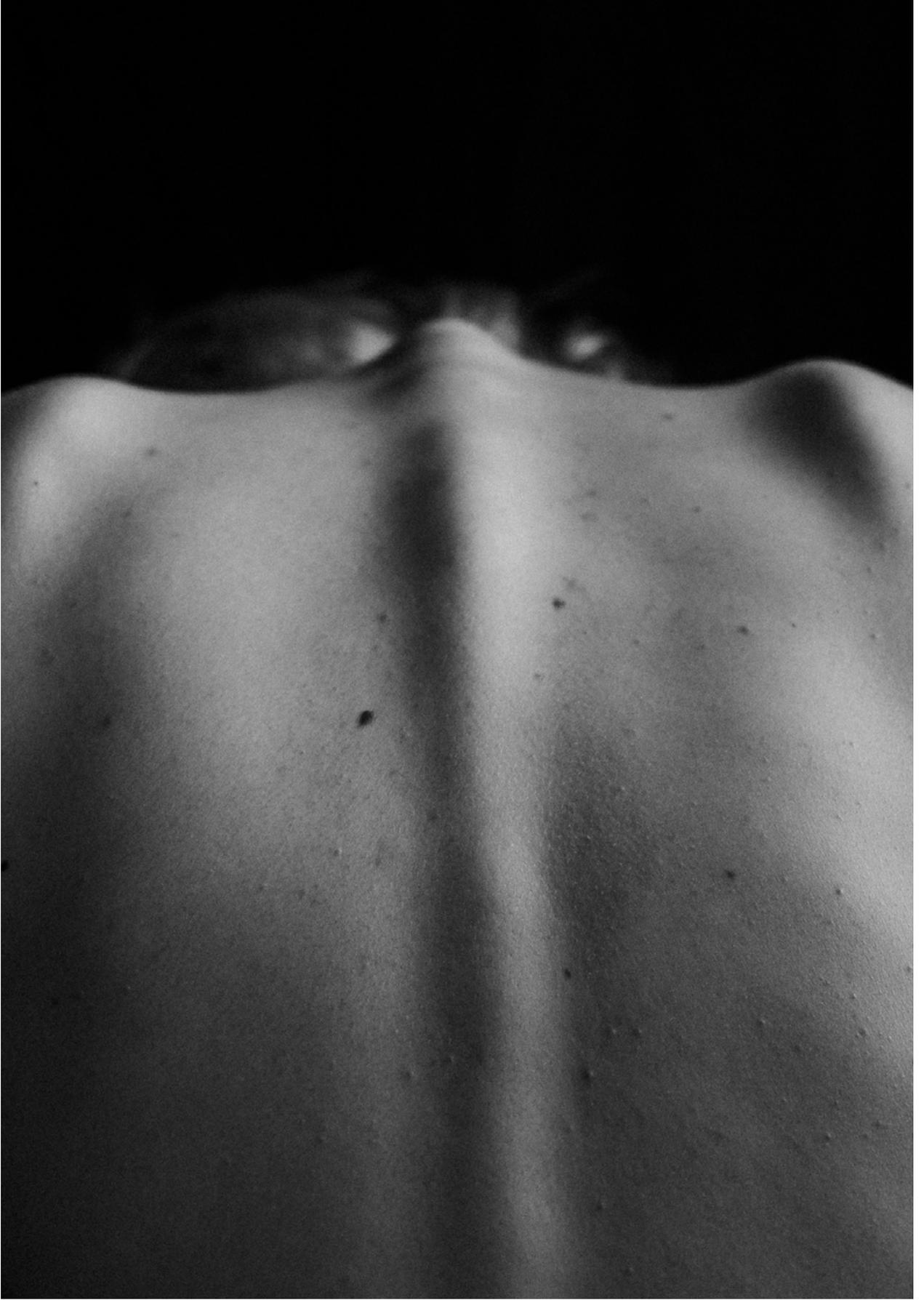


Foto: Алексей-Вестерин

Este modelo SCIAM, segundo os autores, ten en conta os elementos do marco de rehabilitación hospitalaria, con maior impacto no eventual axuste, así como a transición desde este marco de rehabilitación hospitalaria á comunidade.

Consideran como elemento central do modelo os mediadores, nos que inclúen a avaliación primaria e secundaria dos procesos de afrontamento así como os pensamentos/cognicións e significados dos eventos para a persoa, avaliando o uso de estratexias de afrontamento. Estes factores mediadores teñen influencia no posterior axuste segundo o revisado por eles no seu artigo (Craig, Tran e Middleton, 2017).

O PACIENTE E O CORPO. O IMPACTO

O diagnóstico dun problema de saúde crónico e grave como o que implica unha lesión medular supón unha crise demoledora para o individuo e a súa familia. Esta, ademais do esforzo de asimilar a experiencia, vese ante a necesidade dun conxunto de cambios para os que pode non estar preparada. Ao reducirse unha capacidade de forma permanente, afecta o presente pero tamén o futuro e, mesmo, a memoria do pasado. Por outra banda, o impacto da lesión no individuo vese matizada pola súa situación persoal e polas características da interacción familiar.

Cando a disfunción limita algunha función corporal, cambia a conciencia e a atención cara ao corpo, que impón continuamente a súa presenza a través dos distintos síntomas. Así, o corpo deixa de ser ese cómodo vehículo para moverse polo mundo e co que nos presentamos e relacionamos cos demais, á vez que o mundo se converte nunha fonte de múltiples obstáculos e, en moitos casos, o que era unha actividade espontánea ten que ser obxecto de preparación previa e mesmo de estrita planificación.

A perda de capacidade para controlar o propio corpo, así como a dependencia da axuda doutros, esperta sentimentos de impotencia e culpa. Ten lugar toda unha cadea de perdas que, baseándose nas dificultades de control do propio corpo, pode implicar tamén unha pirámide de danos ata a erosión do autoconcepto.

XERARQUÍA DA PERDA		
NIVEL DE SUFRIMIENTO	Menos	Físico, emocional, cognitivo
	↓	Obxectivos, proxectos, meta
	Máis	Ideal
		Outros

Fig. 4 Xerarquía da perda (Shuman, 1999)

En palabras de Shuman (1999):

“O corpo, que facía antes as veces de fondo para as persoas enfermas e era o instrumento para conseguir os seus fins, pasa agora a ser unha figura máis dominante na paisaxe cotiá, un obstáculo para levar a cabo a acción espontánea como as metas a longo prazo. A súa presenza na conciencia é unha ameaza á autoimaxe e á actuación eficaz. A credibilidade do mundo está danada (...) As persoas que padecen enfermidades crónicas sofren:

- a) unha variedade de perdas físicas, emocionais e cognitivas que*
- b) poden limitar drasticamente a súa capacidade para levar a cabo ou expresar importantes proxectos, obxectivos, valores ou roles cuxo efecto podería ser*
- c) que se vise debilitada unha identidade, narrativa ou historia vital persoal ou familiar, e se isto chegase a un extremo o suficientemente grave, podería*
- d) culminar nunha perda de si mesmo, un forte dano moral (incluíndo perda de autonomía, honra, inocencia moral e boa reputación), ou a eliminación de calquera posibilidade de ter unha boa vida. Canto*

máis avance a experiencia da perda ao longo deste camiño, maior será o sufrimento.”

A nosa experiencia do mundo é encarnados nun corpo. Só deste xeito experimentamos o mundo. Non hai que esquecer, lémbraos Eva Meijer (2021):

“O filósofo francés Maurice Merleau – Ponty (*Fenomenoloxía da percepción*) afirma que o pensamento é encarnado: o que pensamos, e como o pensamos, sempre está influído polo noso modo físico de estar no mundo. Non podemos mirarnos desde fóra, desde algún punto do ceo, nin a nós mesmos nin á nosa contorna; existimos como corpos”

Tamén o ámbito relacional e da expresión das emocións. Como nos presentamos ante os outros e compartimos sentimentos, estados de ánimo.

DEPRESIÓN VS DESMORALIZACIÓN. O CORPO FALA

O traballo de James L. Griffith e Lynne Gaby (2005) sobre a desmoralización resultounos moi útil para o noso marco de traballo. En canto á intelixibilidade de comportamentos de pacientes e familiares na descrición que fan da desmoralización en contextos médico-hospitalarios e tamén, como veremos máis adiante, coa axuda que este encadre proporciona para o traballo de “psicoterapia ao pé da cama”.

Estes autores consideran que a desmoralización é unha das causas máis frecuentes de interconsulta psiquiátrica, habitualmente enmascarada nunha petición do tipo “rogo valoración e tratamento da depresión”.

Segundo eles, a desmoralización adoita confundirse coa depresión, coa que pode compartir certas condutas sintomáticas como os problemas do sono, do apetito e da enerxía e, mesmo, ideación suicida. Pero diferénciase da

depresión en que adoita preservarse a responsividade afectiva, de modo que ao cesar a adversidade restáurase rapidamente a esperanza e a capacidade de goce. Pequenos cambios (como mellor control do sono, diminución da dor...) que diminúan o estrés, producen melloría.

Cren que debe contemplarse a desmoralización nos pacientes médicos como unha compilación de distintas posturas existenciais que leva ao paciente a retirarse ante os retos da enfermidade, que abarca múltiples aspectos existenciais; para cada persoa sempre algúns son máis perentorios que outros: nunha persoa pode ter máis peso o desamparo, noutra pode ser máis esmagadora a desesperación, e a outra atafégaa a falta de sentido. Cando conflúen varias destas posturas existenciais, este estado desemboca nunha sensación de incompetencia que se considera trazo distintivo da desmoralización.

A partir desta análise expoñen unha serie de polaridades para considerar, desde unha perspectiva dimensional, os diversos estados existenciais que poden caracterizarse na desmoralización (e os seus contrarios) como posturas que se sitúan máis preto ou máis lonxe do afrontamento asertivo da enfermidade. Os situados na columna esquerda da táboa da figura 5 representan estados de caída nun afrontamento orientado aos obxectivos; sentan as bases para a retirada do compromiso activo coa vida. A confusión, a desesperación, o desamparo e os estados relacionados poden conformar unha disposición para deixar de responder ós retos, sexan mentais ou físicos. As posturas existenciais ao lado dereito representan un esforzo por asumir os retos e abrazar a vida con todas as súas circunstancias. A consciencia destas polaridades pode orientar a entrevista ao pé da cama a axudar aos pacientes para manter estas posturas existenciais de resiliencia durante tanto tempo como sexa posible.

POSTURAS EXISTENCIAIS DE VULNERABILIDADE E RESILIENCIA FRONTE A ENFERMIDADE ^a	
Vulnerabilidade	Resiliencia
Confusión	Coherencia
Illamento	Comuña
Desesperación	Esperanza
Desamparo	Axencia
Falta de sentido	Determinación
Covardía	Valor
Resentimento	Gratidade

a | Esta lista de posturas existenciais non é exhaustiva pero inclúe a maioría das preocupacións frecuentes nos pacientes hospitalizados por enfermidade médica

Fig. 5 Posturas existenciais de vulnerabilidade e resiliencia fronte á enfermidade (Griffith e Gaby, 2005)

MARCO XERAL DE REFERENCIA DAS INTERVENCIÓNS PSICOTERAPÉUTICAS

Para intervir, desde a psicoloxía clínica, en marcos médicos as referencias das que dispoñiamos alá a principios dos 90 do pasado século eran dunha pobreza abafadora.

As recomendacións da rimbombantemente denominada “psicoloxía da saúde”, aínda que fosen manuais de centos de páxinas e abarcasen desde os pacientes cardiópatas aos obesos ou os diabéticos, acababan sempre cunha proposta de tratamento psicolóxico (fose individual ou de grupo) que levaba un pouco de habilidades sociais, un chisco de xestión de estrés e sempre o pirixel da relaxación, de tal modo que atopabas cunha sensación de “regreso ao pasado” cando saías de Fonseca ao Franco e estar de novo naqueles restaurantes

nos que pedises pescado ou carne, a salsa era sempre a mesma. Todo sabía igual.

Foron de grande axuda os traballos de José Navarro, previos a *Enfermedad y familia* (2004), porque consideraba o paciente individual no contexto da familia e no marco do tratamento médico e, a partir de Caplan, reflexionaba sobre os modos de colaboración do psicólogo cos outros profesionais implicados no tratamento. O marco ía máis alá da relación co paciente no despacho. Fomos familiarizándonos coas tarefas implicadas polas diferentes fases da enfermidade e as diferentes necesidades que debe abordar o traballo do psicólogo. A través del chegamos aos traballos de Rolland (2000): a taxonomía psicosocial das enfermidades que permitía marcos de organización do traballo, o sistema cuatripartito con paciente, enfermidade, sistema médico e familia. En relación coa estrutura e organización das entrevistas no traballo de interconsulta resultáranos moi útiles os traballos dos Griffith (1996, 1997) cos problemas mente/corpo. A súa posición en relación coa entrevista e a historia do paciente parecíanos moi próxima aos traballos de White (1994) que tamén foron formando parte da caixa de ferramentas coa que abordamos o noso traballo no marco da Unidade de Lesionados Medulares.

Os pacientes e familiares ensináronnos moi pronto as abrasivas arestas sádicas da psicoloxía e o pensamento “positivos”. Xa no traballo de interconsulta fomos aprendendo, grazas a eles, a falta de consideración e empatía que podían implicar este tipo de abordaxes de “amateurismo coach”. Ensináronnos a ser cautos. Outros profesionais tamén axudaron.

Barbara Ehrenreich (2011), á que tanto apreciamos e tanto botaremos de menos, explicouno moito mellor do que podemos facer neste escrito, tanto no referente á conceptualización de Seligman como á aplicación en enfermidades, como as oncolóxicas, e as asuncións teóricas e implicacións ideolóxicas destas “posturas”.

Un bo guión de partida para iniciar a descrición do noso modo de traballar pode ser este dos Griffith, que resume o seu modo de enfocarse as entrevistas en relación co traballo con pacientes en marcos médicos, que sintetizamos do seu ensaio “A somatización e a apertura do diálogo con pacientes e familias medicamente marxinalizadas” e que mostramos na figura 6.

1. Un clínico debe aprender a estar atento ao que aínda non foi expresado no discurso.

2. Crear o tipo de conversación dentro do cal o cliente ou o paciente poida exhibir competencia narrativa.

- a) Basearse na linguaxe do cliente ou paciente.
- b) Manter as conversacións cos colegas e cun mesmo dentro dos límites do dominio conversacional tal como se desenvolveu na terapia.
- c) Evitar segregar información en formularios médicos, noutros documentos ou nas conversacións privadas cos colegas.

3. Crear un tipo de relación terapéutica que protexe un espazo no discurso para o cliente ou o paciente.

- a) Tentar construír unha relación colaborativa, non xerárquica e igualitaria.
- b) Estructurar as experiencias para a reflexión.
- c) Regular a entrevista de acordo cos signos corporais de mobilización ou ansiedade.

4. Seleccionar accións terapéuticas que fomenten a “axencia” persoal.

- a) Deconstruír a linguaxe e as prácticas sociais que inhabilitan o paciente.
- b) Colaborar en reconstruír o si mesmo (self)

Este cadro considerámolo como unha especie de “post-it” mental, o noso “Como o faría Lubitsch?”, como o letreiro que tiña Wilder na parede enfronte da súa mesa de traballo e cara ao que alzaba a vista cando se atascaba.

MARCO DE TRABAJO

A Unidade de Lesionados Medulares do CHUAC – A Coruña é a unidade de referencia para o tratamento desta patoloxía para toda Galicia. Os pacientes poden ser ingresados directamente no CHUAC ou trasladados, unha vez estabilizados, desde outro hospital da comunidade onde se lle prestou a atención urgente. É máis frecuente que o paciente ingrese previamente na UCI e despois se traslade á ULM. Este adoita ser o tempo do primeiro contacto do paciente e a familia co psicólogo.

Unha vez que o paciente xa está ingresado en ULM e o seu estado médico o permite, comeza o seu tratamento.

O programa de rehabilitación individual (que se vai a levar a cabo ao longo dos meses de estancia do paciente) inclúe os obxectivos para alcanzar co seu traballo na área de tratamento: fisioterapia e terapia ocupacional. Tamén o traballo na planta (reeducación vesical, autocoidados, comida, vestirse...) coa supervisión de enfermería e onde ten que ir poñendo en marcha a gradual autonomización nos seus autocoidados ao fío do que vai avanzando na área de tratamento.

O funcionamento da Unidade articúlase nas reunións de planta en que se revisa semanalmente a evolución de cada un dos pacientes e o estado do seu plan de tratamento rehabilitador individual. É unha avaliación produto da posta en común do conxunto dos profesionais: médicos, enfermería, fisioterapia, terapia ocupacional, traballo social, psicoloxía, técnicos de coidados auxiliares de enfermería (da área de tratamento). Evidentemente, da valoración médica segundo o caso depende tamén a cola-

Fig. 6 Pasos cara á xustiza e a colaboración na terapia Griffith & Griffith (1997)

boración doutros especialistas do hospital (Foniatría, ORL, Trauma, Cirurxía plástica..., e nestas últimas épocas os servizos de Infecciosos e Medicina Preventiva, como os máis frecuentes).

Eses espazos de articulación da colaboración son fundamentais para as pequenas correccións no desenvolvemento do plan de cada paciente cos necesarios axustes en función do seu estado e colaboración. Axuda na toma das decisións (médicas e de cada un dos outros profesionais, no seu ámbito) respecto dos permisos de fin de semana ou as necesarias reunións cos pacientes e coas familias e os pacientes para información, non só médica, senón tamén, por exemplo, no que ten que ver con xestións de axudas sociais, etc.

O posible traballo psicoterapéutico para desenvolver neste marco debe ser necesariamente:

– **en rede:** cómpre que teña en conta o conxunto do traballo que está a levar a cabo ese paciente cos diferentes profesionais. Non hai un momento dunha “interpretación máxica” ou “devolución sublime” que marque o punto de inflexión no afrontamento ou situación psicolóxica do paciente. Hai moitos momentos ao longo do proceso nos que diversos profesionais coas súas intervencións colaboran en que o paciente vaia avanzando no seu proceso de re-construción.

– **xerarquizado:** as intervencións do psicólogo deben estar articuladas coas intervencións dos outros profesionais.

– **foco en movemento:** as intervencións van compasadas no programa de rehabilitación do paciente e cos seus momentos de desenvolvemento. O foco de traballo vai cambiando en cada fase da evolución do plan de rehabilitación. Pero non hai unha secuencia-modelo cun guión ao que deba adaptarse a evolución do paciente. Sabemos que hai toda unha serie de dificultades ás que terá que facer fronte e cada quen faino ao seu modo e co seu propio ritmo.

Destacamos certos aspectos destacados da lesión medular no que ten que ver co traballo psicolóxico.

Nun estudo lonxitudinal, Kennedy e Rogers (2000a) atopan que durante a fase aguda, de hospitalización, diminúen levemente os niveis de ansiedade e depresión, que empezan a aumentar aos catro meses e alcanzan un pico ao ano da lesión, aproximadamente. Tras a alta hospitalaria, redúcense os niveis de ansiedade e depresión ata un nivel lixeiramente inferior ao da fase aguda, de modo que ao redor dun terzo superan o limiar de depresión e un cuarto o de ansiedade. No traballo de Bas Sarmiento, Gala León e Díaz Rodríguez (1994), establécese que os índices máis altos de estrés danse na admisión e na alta, polo efecto de incerteza, e os niveis máis baixos adoitan aparecer un ano despois da alta.

Segundo Kennedy e col. (2000b), as estratexias de afrontamento permanecen estables ao longo do tempo, sendo a máis común a aceptación. O axuste á lesión medular tamén é en gran parte estable a través do tempo, considerando que o período crítico para a aparición de complicacións secundarias son os dez primeiros anos tras a lesión. Prodúcese un incremento nas percepcións de calidade de vida canto maior aceptación e compromiso coas súas vidas, mellora nas oportunidades profesionais e redución das emocións negativas e das hospitalizacións.

Parece que a discapacidade inflúe de maneira negativa na calidade de vida, non de modo directo, senón a través da afectación de factores tales como os recursos psicolóxicos, as habilidades de manexo diario, as actividades profesionais e significativas e a integración social. Stensman relaciona a calidade de vida coas estratexias de afrontamento, o impacto da dor crónica e a fatiga, o desemprego, as relacións familiares e de amizade, os problemas co manexo da vexiga e as perdas funcionais.

Algúns factores que contribúen a unha pobre calidade de vida son a sensación de vida balei-

ra, de perda de control, de imprevisibilidade (estes dous últimos, moi presentes en complicacións frecuentes como a incontinencia ou a espasticidade). Non se atoparon correlacións entre a satisfacción vital e o grao de parálise da medula espiñal.

Imos tratar de describir o traballo, as intervencións psicolóxicas, ao fío dunha posible secuencia-tipo do proceso de atención do paciente na Unidade.

1. O desconcerto e a desmoralización. A acollida

“A curmá pobre do medo é a rabia”

Thomas Lynch, *El enterrador*

O momento no cal o paciente e a familia entran en contacto connosco adoitan estar aínda aparvados pola desorganización da crise que implica o que lles acaba de vir enriba. Están no proceso de aprender as regras de relación cunha institución de funcionamento complexo como é un gran hospital, co seu propio caos organizacional no seu núcleo familiar e, na maior parte das ocasións, moi afastados do seu lugar de residencia.

Por máis que os que traballamos nel non nos decatemos, o hospital é un lugar estraño e máis cando acodes a el como paciente ou familiar angustiada. Teñen que aprender regras de funcionamento (horarios, como dirixirse e a quen para conseguir que informacións...) nunha situación de desconcerto. Porque esa é a situación inicial. O futuro que tiñas volatilizouse, como se o edificio se derrubara por unha explosión e o rebumbio fose tal que aínda non se pode facer idea dos posibles resultados, mentres a poeira non asente.

Á vez teñen que tomar decisións para os arranxos que permitan o acompañamento (lugares para comer, durmir, viaxes, papeis) e, tamén, os cambios que permitan que poida seguir adiante o resto (da familia). Un pé no hospital e outro na casa, a cabeza dun lado ao

outro. Pensemos no caso dun pai de familia hospitalizado, a súa muller, acompañante, os fillos na casa a máis de 100 quilómetros.

Está descrito como a hiperactivación característica dos familiares acompañantes nestes momentos é perfectamente compatible con alteracións do funcionamento cognitivo que permitan describir meses despois determinados aspectos dunha entrevista e á vez non procesar segundo que informacións relevantes.

Nestes primeiros momentos, seguindo a afortunada metáfora de Susan Sontag (*La enfermedad y sus metáforas*), están a entrar nun país estraño, do que non teñen mapas. Por iso nesta fase falamos de “os arranxos do principio”:

- co paciente e coa familia: dar tempo a que o po asente e poidamos percibir con maior claridade para pensar reorganizacións estables;
- coa familia/acompañante(s): mentres tanto, resolver como viaxar, como ter organizada a casa e que a vida dos demais siga adiante, mentres estás fóra acompañando o teu familiar no hospital, onde durmir, onde comer, como arranxar papeis (baixas, axudas, etc.);
- irse familiarizando cos códigos do hospital: xa que vas estar un tempo noutro país, aprender a linguaxe suficiente (normas e rutinas) para poder manexarte e os galegos somos de estirpes de emigrantes. Normas e rutinas que implican, por exemplo, afacerse á presenza dos sanitarios en situacións de intimidade persoal en que antes nada ou apenas aceptabamos a presenza doutros e asumir a perda de intimidade e intrusión dos sanitarios. Á vez que adoita haber tamén certa impersonalidade no trato.

Por tanto, nesta primeira fase, cómpre que se atendan as necesidades de organización da resposta de emerxencia, á vez que se aprende a manexarse co sistema sanitario.

Pero é tamén crucial a contención e o manexo do desconcerto e a incerteza. Do descon-

certo fala Begoña Huertas (2017) como o que emerxe, cando todo o mundo que tiñas se derruba como un castelo de naipes, no seu caso polo diagnóstico de cancro. Mundo dunhas relacións, unhas actividades, uns anhelos, uns proxectos, unhas afeccións que desaparecen.

De golpe, presente e futuro implosionan:

*“A vida cambia rápido.
A vida cambia nun instante.
Sentas ceas,
e a vida que coñeces acábase.”*

Joan Didion, *El año de pensamiento mágico*

No plano das emocións, porque é unha reacción ante o desconcerto, hai que ter moi presente que en moitas ocasións co que atopamos non é o abatemento nin a tristeza, senón a rabia, o enfado ante como o teu mundo desapareceu. E non é infrecuente que se dirixa cara ao sistema sanitario en xeral ou algún dos seus membros en particular. Esta é unha realidade compartida con outras situacións de enfermidades graves ou na dor crónica.

Neste primeiro tempo co paciente que está nos inicios do traballo de rehabilitación, aparecen como elementos relevantes desde o enfoque co que traballamos, a creación dun tipo de relación terapéutica que protexa o seu espazo de discurso e facilitar un tipo de conversación na que poida exhibir competencia narrativa. Para iso é fundamental procurar basearse na linguaxe do paciente. E, á espera de que poidan ir mellorando certos estresores físicos ou emocionais, isto pódenos guiar no traballo de resiliencia fronte ao estrés.

Como sinalan Griffith e Gaby (2005) para abordar a desmoralización, hai que validar. O recoñecemento do sufrimento e a restitución da dignidade, ademais de ser de xustiza, son tamén elementos moi potentes para axudar na capacidade de recuperación da paciente fronte ao estrés.

Os cambios na epidemioloxía da lesión medular que sinalamos ao principio, implican

que teñamos unha maior presenza de pacientes envellecidos, o que supón unha adaptación dos procesos de rehabilitación que deben ter en conta os cambios consecuencia da idade (en canto a forza, a axilidade, as limitacións cognitivas...), a separación do seu marco social habitual e as limitacións e as restricións en canto ao apoio social (acentuado en ocasións non só pola distancia senón polas dificultades de acceso ao transporte no medio rural galego).

En resumo, traballamos con pacientes máis envellecidos, máis illados do seu medio e con estruturas familiares que nos últimos anos se volveron máis rareadas (o lesionado e a súa esposa viven xubilados nunha casa de aldea no macizo ourensán ou en Quiroga e o seu fillo/a está estudando en Vigo ou preparando oposicións en Santiago coa axuda dun traballador por horas para ir tirando). Se ademais, esta casa de aldea á que volveron, o fixeron tras longas emigracións en Euskadi ou en Cataluña ou en Suíza, atoparemos que os fillos poidan ter feito a súa vida alí. A adquisición dunha discapacidade ou unha enfermidade crónica, supón un empobrecemento automático polos gastos que supón (viaxes, traballos que se teñen que deixar para reorganizar coitados, gastos en próteses e axudas técnicas...) a engadir ao que levamos como sociedade desde 2008 e nun contexto de restricións de todo tipo de axudas públicas. Poder estar máis ou menos presente na hospitalización dun familiar (que no caso da lesión medular é longa, meses) non é só cuestión de afectos e lealdades, senón tamén de diñeiro. Desde unha posición acomodada é fácil pagar un acompañante.

2. A travesía cara á cronicidade. O traballo de rehabilitación

En toda esta etapa de aprender a convivir coa enfermidade como procura de sentido, como a pelexa do pensamento por organizar o que vai sentindo e o que o corpo, traídor, vai dicindo, cómpre mantermos as “guías de conversación” que sinalabamos anteriormente. Tamén

hai certos temas que adoitan suscitarse, tanto co paciente como coa familia, o traballo cos “acontecementos enmarcadores” (Rolland, 2000), é dicir, os restos de conversacións da fase de crise que poden estar a “filtrar” gran parte das actuais e sesgando modos de colaboración deste momento, así como os arranxos que se acordaron para entón, poidan estar a pesar na situación actual.

Outro adoita ser o de “poñer a enfermidade no seu lugar” (Steinglass, citado por Navarro, 2004). Este traballo, co paciente e cos familiares, refírese ao equilibrio entre a atención á discapacidade producida pola lesión e o seu impacto sobre os hábitos, as prioridades e os plans familiares, de modo que estea adecuadamente atendida pero non “tiranice”. Que a organización da familia garanta a adecuada atención ás necesidades de coidados derivadas da situación do proceso de rehabilitación no hospital pero procurando manter, no posible, os plans e os proxectos familiares. Avanzar sen desviarse nin á negligencia nin á sobreprotección. Este punto adoita ser tamén moi relevante cando xa se está na dinámica das fins de semana no domicilio.

Neste tempo desenvólvese a aprendizaxe da convivencia cos cambios físicos e dos autocoidados. É moi importante preservar espazo para as conversacións co paciente (para poder abordar aspectos emocionais e de modificacións nos roles, e a influencia das modificacións perceptivas, dificultades no compromiso co traballo de rehabilitación...), alternando ou intercalando con conversacións coa familia (normalización de emocións, modificacións nos roles, mantemento de tarefas de ciclo, “descanso do coidador”).

Hai unha gran diferenza na percepción do tempo. No primeiro momento, de crise, é unha implosión (presente absoluto, todo é urxencia), na rehabilitación a lentitude (os cambios son moi graduais).

Neste proceso de aprendizaxe na convivencia coa discapacidade, o aspecto máis enmaraña-

do atópase no arduo esforzo do establecemento dun certo sentido. Por iso, o traballo sobre a narración e o relato que se vai construíndo. Sendo conscientes das limitacións, das dehisencias que esa rede de sentido vai manter cando o corpo “traizoe”, resalte a súa presenza e se faga oír abruptamente, a destempo, nos momentos máis inconvenientes. Entender este marco como traballo con relatos permite traballar coa utilidade da súa armazón, pois é de axuda pola súa capacidade de organizar o caos temporal (“A narración é a resposta á experiencia do caos e a discordancia producidos polo tempo”, di Ricoeur) e dar continuidade e coherencia á experiencia.

Hai que ter en conta tamén que pode haber desacompasamentos nos momentos en que se atopan os diferentes membros da familia, pois mentres o paciente está a traballar na súa rehabilitación, poida que algún familiar aínda estea a ver como se reorganiza no encaixe das perdas e, por tanto, cunha expectativa centrada na recuperación de habilidades específicas que estean máis alá do que se está abordando na área de tratamento ou no traballo en planta.

3. O retorno á comunidade

“(...) perdendo a necesidade habitual de ocuparnos de cousas desagradables, perdemos a habilidade de facelo cando a necesidade aparece. E perdemos á comunidade versada nestas calamidades. En resumo, cando a vida é unha merda, sentímonos sós.”

Thomas Lynch, *El enterrador*

Dentro do plan de rehabilitación, os permisos da fin de semana constitúen un punto de inflexión no proceso. Son ensaios. Trasládase a experiencia e as aprendizaxes adquiridas no hospital á casa: do ensaio protexido á práctica cotiá, por un tempo limitado.

O paciente sae dun medio “protexido”, deseñado mesmo espacialmente tendo en conta a

discapacidade e con persoal pendente de axudar a resolver calquera crise/atasco. Desde a relativa tranquilidade dunha “base segura” sae explorar incertezas concretas, aplicando os “modos de facer” que adquiriu no seu traballo rehabilitador no hospital.

E aí compróbase a fortaleza de todas as estadas que se foron dispoñendo: en como resolve as actividades cotiás da vida diaria, desprazarse pola casa, poder ir ao baño, como trasladarse á cama e á cadeira de brazos, a provisionalidade das solucións e as previsións. O grao en que se mantén a enteiraza da súa percepción subxectiva, ou que partes non resultaron efectivas e se produciron fendas, e sobre iso trabállase á súa volta. Sempre no dobre plano das condutas concretas e as solucións tentadas e o relato da vivencia subxectiva.

Un aspecto que consideramos moi relevante é o plano do social, relacional, máis alá da familia inmediata. Facer fronte “aos outros” e á comunidade: “soster as miradas”. Abrir a porta ao social expón varios planos:

- Ver / ser visto. A exposición ao social. Coas diferenzas nos estilos persoais, desde os partidarios da inmersión case na primeira saída, aos que o fan de modo moi gradual. Ir recibindo aos poucos en casa ou plantarse no atrio o día do patrón. Non hai que esquecer que no propio sistema familiar van volver a recompoñer/reequilibrar todas as relacións pois todos e cada un dos roles previos sufriron algún cambio.
- As dificultades para compartir por parte do paciente ese novo estar no mundo cos outros:

“Que difícil é a comunicación entre alguén enfermo e alguén san. Parece que se trate de dúas especies diferentes de humanos”, dinos Begoña Huertas (2017). Isto afecta nas relacións máis próximas (parella, fillos, pais). Que compartir e como. Adoita ser unha tarefa ardua, na que hai que dar por descontado desfalecementos e malentendidos.

- Griffith e Gaby (2005) lémbrennos:

“Para moita xente, a enfermidade médica é profundamente alienante. O resto da xente, aínda sendo comprensiva, non pode experimentar completamente a enfermidade; esta despraza a persoa, tanto das rutinas familiares como dos praceres específicos de vivir con outra xente; ás veces illa severamente a través do estigma da desfiguración ou do medo ao contaxio. O illamento é un compañeiro distintivo da dor física, onde o máis real para un resulta invisible para o resto.”

É un tema moi presente nas conversacións tanto ante determinadas visitas no hospital como logo cando van de fin de semana e hai comidas familiares amplas ou saídas sociais.

É un vello dito o de que o inferno está empedrado de boas intencións, no noso caso non porque o obrar non acompañe, senón porque adoita ser de todo inadecuado. Ninguén que non estea no lugar do paciente (ou nun análogo) debe deixarse vencer pola soberbia e pensar, e menos dicir, frases como “sei como te atopas” ou “fágome cargo do que sentes”. Hai situacións deste tipo que me relataron os pacientes, nas que a enteiraza e educación coa que se mantiveron, faimos consideralos exemplos de zen sen necesidade de estadía nun mosteiro.

Esta adoita ser considerada unha das razóns da utilidade das asociacións de afectados e familiares: a posibilidade de compartir. Tanto pacientes como familiares adoitan sentirse mellor entendidos por persoas en situacións análogas á súa. Isto iníciase xa no mesmo hospital nas conversacións que teñen lugar entre os familiares, nas “salas de espera” e nas que xa comparten informacións de “utilidade pública” (aloxamentos, comidas, horarios, axudas...).

Algúns optan por unha posición digamos máis “activista”, outros tratan de retomar unha vida o máis próxima posible á que antes tiñan, aínda que case nunca é así.

En resumo, para a alta hospitalaria trátase de volver ao mesmo (que cambiou), un mesmo (que xa non é ese que foi) con estes (que xa non son da mesma maneira).

BIBLIOGRAFÍA

Bas Sarmiento, P., Gala León FJ. e Díaz Rodríguez M. (1994). Depresión y Ajuste Psicosocial en lesionados de médula espinal. *Clinica y Salud*, 5(3), 259-271.

Craig, A., Tran, Y. e Middleton, M. (2017). Theory of adjustment following severe neurological injury: evidence supporting the Spinal Cord Injury Adjustment Model en Costa, A. e Villalba E. (Eds), *Horizons in Neuroscience Research*, p. 117-139.

Didion, J. (2006). *El año del pensamiento mágico*. Barcelona, Globalrhythm Press.

Doka, K.J. (2010). *Psicoterapia para enfermos en riesgo vital*. Bilbao, Desclée de Brouwer.

Elfström, M.L., Rydén, A., Kreuter, M., Persson L.O. e Sullivan M. (2002a). Linkages between coping and psychological outcome in the spinal cord lesioned: development of SCL-related measures. *Spinal Cord*, 40, 23-29.

Elfström, M.L., Kreuter, M., Rydén, A., Persson L.O. e Sullivan M. (2002b). Effects of coping on psychological outcome when controlling for background variables: a study of traumatically spinal cord lesioned persons. *Spinal Cord*, 40, 408-415.

Elfström, M.L., Rydén, A., Kreuter, M., Taft, C. e Sullivan, M. (2005). Relations between coping strategies and health-related quality of life in patients with spinal cord lesion. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 37, 9-16.

Elfström, M.L., Kennedy, P., Lude, P. e Taylor N. (2007). Condition-related coping strategies in persons with spinal cord lesion: a cross-national validation of the Spinal Cord Lesion-related Coping Strategies Questionnaire in four community samples. *Spinal Cord*, 45, 420-428.

Ehrenreich, B. (2011). *Sonríe o muere. La trampa del pensamiento positivo*. Madrid, Turner.

Galvin, L.R. e Godfrey, H.P. (2001). The impact of coping on emotional adjustment to spinal cord injury (SCI): review of the literature and application of a stress appraisal and coping formulation. *Spinal Cord*, 39, 615-627.

Griffith, J. L. e Griffith, M. E. (1996). *El cuerpo habla. Diálogos terapéuticos para problemas mente cuerpo*. Buenos Aires, Amorrortu.

Griffith, J. L. e Griffith, M. E. (1997). La somatización y la apertura del diálogo con pacientes y familias médicamente marginalizadas, en Pakman, M. (Comp.). *Construcciones de la experiencia humana* (vol. II). Barcelona, Gedisa, pp. 87-105.

Griffith, J.L. e Gaby, L. (2005). Brief psychotherapy at the bedside: Countering Demoralization From Medical Illness. *Psychosomatics*, 46, 109-116.

Hospital Universitario “La Fe” (2001). *Lesión medular. Guía de autocuidados*. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat.

Huertas, B. (2017). *El desconcierto*. Barcelona, Rata.

Kennedy P. e Rogers B. (2000a). Anxiety and depression after spinal cord injury: a longitudinal analysis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 81, 932-937.

Kennedy P., Marsh N., Lowe R., Grey N., Short E. e Rogers B. (2000b). A longitudinal analysis of psychological impact and coping strategies following spinal cord injury. *Health Psychology*, 5, 157- 172.

Kennedy, P., Lude, P., Elfström, M.L. e Smithson, E.F. (2011). Psychological contributions to functional independence: a longitudinal investigation of spinal cord injury rehabilitation. *Archives of Physical Medicine Rehabilitation*, 92, 597-602.

Lazarus, R.S. e Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*, Barcelona, Martínez Roca.

Meijer, E. (2021). *Los límites de mi lenguaje. Meditaciones sobre la depresión*. Madrid, Katz editores.

Middleton, J., e Craig, A. (2008). Psychological challenges in treating persons with spinal cord injury en: A. Craig e Y. Tran (Eds.). *Psychological dynamics associated with spinal cord injury rehabilitation: New directions and best evidence*. Nova York, Nova Science Publishers, p. 3-53.

Navarro Góngora, J. (2004). *Enfermedad y familia. Manual de intervención psicosocial*. Barcelona, Paidós.

Rodríguez Sotillo, A. e Miguéns Vázquez, X. (2005). Lesión medular, en Montoto Marqués A., Ferreiro Velasco M.E., Rodríguez Sotillo A. e Salvador de la Barrera S. (Eds.), *Lesión medular y vejiga neurogénica. Valoración y rehabilitación*, Barcelona, Ars Medica, pp. 1-26.

Rodríguez Sotillo A., Salvador de la Barrera S. e Ferreiro Velasco M.E. (2013). La Unidad de Lesionados Medulares del CHUAC organiza el congreso nacional de la especialidad, *La Voz de Galicia*, 28 de mayo de 2013.

Rueda Ruiz, M.B., Aguado Díaz, A.L., e Alcedo Rodríguez, M.A. (2008). Estrés, afrontamiento y variables psicológicas en el proceso de adaptación a la Lesión Medular (LM): una revisión de la bibliografía. *Intervención Psicosocial*, 17(2), 109-124.

Salas Márquez, J.R. (1995). El rol del psicólogo en la Unidad de lesionados medulares. *Apuntes de Psicología*, 43, 65-67.

Rolland, J.S. (2000). *Familias, enfermedad y discapacidad*. Barcelona, Gedisa.

Shuman, R. (1999). *Vivir con una enfermedad crónica. Una guía para pacientes, familiares y terapeutas*. Barcelona, Paidós.

Soler, M.D. e Curcoll, M.L. (2003). La rehabilitación psicológica en el lesionado medular, en Remor, E., Arranz, P. e Ulla, S. (Eds.), *El psicólogo en el ámbito hospitalario*, Bilbao, Desclée de Brouwer, pp. 489-512.

Soto Mendoza, R. (2007). *La vida sobre ruedas. Manual autobiográfico de supervivencia y consulta para parapléjicos/as de lesión completa*. Junta de Andalucía, Sevilla.

Stensman R. (1994). Adjustment to traumatic spinal cord injury. A longitudinal study of self reported quality of life. *Spinal Cord*, 32(6), 416.

Stewart, T.D. (1994). El paciente con lesión de la médula espinal, en Cassem, N. H. (Ed.), *Hospital General de Massachusetts. Psiquiatría de Enlace en el Hospital General*, Madrid, Díaz de Santos, pp. 583-599.

Weisman, A.D. (1994). Hacer frente a la enfermedad, en Cassem, N. H. (Ed.), *Hospital General de Massachusetts. Psiquiatría de Enlace en el Hospital General*, Madrid, Díaz de Santos, pp. 379-392.

White, M. (1994a). Explicación negativa, restricción y doble descripción: un modelo de terapia familiar, en White, M., *Guías para una terapia familiar sistémica*. Barcelona, Gedisa, pp. 142-146.

White, M. (1994b). El proceso de interrogar ¿Una terapia de mérito literario?, en White, M., *Guías para una terapia familiar sistémica*. Barcelona, Gedisa, pp. 69-83.

DOR

FERRAMENTAS

TRATAMIENTO
GRUPAL DA DOR

Enrique Bazako Goiburu

*Psicólogo Especialista en Psicología Clínica.
CAUCE. Clínica de Psicología Aplicada.
Madrid*

enriquebazako60@gmail.com

SUMARIO

CASTELÁN

*Partiuse
non sentiu o raio nin o trono.
Cando foi a agacharse
notouno*

E. Bazako

RESUMO

A dor é unha experiencia persoal, resultante dun proceso singular para cada persoa. A dor enténdese como un fenómeno complexo e multidimensional, no que a persoa non só ten unha experiencia perceptiva, senón tamén afectiva, que está condicionada por múltiples elementos interactivos biolóxicos, psicolóxicos e socioculturais. As estratexias de afrontamento que mobilizan accións instrumentais e recursos internos, así como a procura de apoio social, asócianse a un mellor axuste e funcionamento cotián, do mesmo xeito que as crenzas de incontrolabilidade da dor, unha baixa crenza de autoeficacia no mesmo e recorrentes pensamentos catastrofistas, asócianse a unha maior incapacidade, inadaptación e peor axuste. O obxectivo de todo tratamento é que o paciente aprenda as técnicas que poida utilizar como recurso na súa vida diaria. Exponse un protocolo de terapia grupal xa que, en xeral, as terapias grupais funcionan ben con pacientes con dor crónica.

PALABRAS CHAVE — Dor crónica, tratamento grupal, psicoloxía.

ABSTRACT

Pain is a personal experience, resulting from a unique process for each person. Pain is understood as a complex and multidimensional phenomenon, in which the person not only has a perceptual experience, but also affective, which is conditioned by multiple biological, psychological and sociocultural interactive elements. Coping strategies that mobilize instrumental actions and internal resources, as well as the search for social support, are associated with a better adjustment and daily functioning, in the same way that beliefs of uncontrollability of pain, a low belief of self-efficacy in it and recurrent catastrophic thoughts, are associated with greater disability, maladjustment and worse adjustment. The goal of all treatment is for the patient to learn the techniques that they can use as a resource in their daily lives. A group therapy protocol is exposed since in general, group therapies work well with patients with chronic pain.

KEY WORDS — Chronic pain, group treatment, psychology

“A dor, é, sobre todo, unha emoción que o teu corpo crea para evitar cousas que son nocivas para ti (...) Iníciase por procesos sensoriais: se poño a miña man en algo quente, a sensación de queimarte os dedos inicia o sinal de dor (...) Diferenciamos entre a nocicepción, que é o acto de sentir algo daniño, e a dor, que é sentir unha emoción no cerebro” A. Patapoutian (Premio Nobel de Medicina 2021).

En España, un 11% da poboación padece dor crónica, é dicir, máis de 5 millóns de persoas en España sofren dor aguda durante máis de 6 meses. Os aspectos sensoriais, as emocións, as cognicións, fan que procesemos os estímulos nociceptivos dunha maneira particular. A dor é unha experiencia persoal, resultante dun proceso singular para cada persoa. A experiencia de dor nin sequera permanece inalterable na mesma persoa aínda supoñendo que a fonte, lesión ou enfermidade se mantivese. Na actualidade, a dor enténdese como un fenómeno complexo e multidimensional, no que a persoa non só ten unha experiencia perceptiva, senón tamén afectiva, que está condicionada por múltiples elementos interactivos biolóxicos, psicolóxicos e socioculturais. Así, as variables cognitivas e emocionais, concretamente a ansiedade, a tristeza e a ira, parecen explicar mellor que as variables de personalidade as diferenzas individuais en canto a percepción e tolerancia á dor. As estratexias de afrontamento que mobilizan accións instrumentais e recursos internos, así como a procura de apoio social, asócianse a un mellor axuste e funcionamento cotián, do mesmo xeito que as crenzas de incontrolabilidade da dor, unha baixa crenza de autoeficacia na mesma e recorrentes pensamentos catastrofistas, se asocian a unha maior incapacidade, inadaptación e peor axuste. O obxectivo de todo tratamento é que o paciente aprenda as técnicas que poida utilizar como recurso na súa vida diaria unha vez que sae da consulta. Exponse un protocolo de terapia grupal, xa que, en xeral, as terapias grupais funcionan moi ben con pacientes con dor crónica.

Definir a dor como unha experiencia emocional desagradable lévanos directamente a valorar a devandita experiencia desde o punto de vista psicolóxico e tratala de igual maneira. Se é unha experiencia será psicolóxica, si ou si. A dor é unha experiencia que se compón de elementos sensoriais, afectivos e cognitivos e estes maniféstanse ao exterior. O noso coñecemento da dor é como a propia vida e a enfermidade, un quebracabezas que vai encaixando pezas a medida que avanzamos en investigación e tratamento, un quebracabezas psico-bio-social. Sabemos que a experiencia da dor pode ser moi diferente en distintas persoas ante a mesma lesión, proba diagnóstica, intervención cirúrxica ou enfermidade e mesmo na mesma persoa coa mesma lesión en diferentes situacións. A avaliación que realizamos é tan importante ou máis que a propia lesión. A nocicepción non é igual a dor, nin dor é igual a sufrimento. A nosa historia, o ambiente social, a nosa aprendizaxe fan que a experiencia da dor, aínda que parecida en cada cultura, sexa diferente no persoal. Non está de máis lembrar aquí que somos biografía, non só bioloxía.

Ata hai ben pouco tempo e aínda hoxe, para algúns profesionais e a gran maioría da poboación, a dor que sente ten que ser correlativa á lesión producida. Desde hai uns anos sabemos que isto non sempre é así, que nin sequera ten por que ser dese modo. Determinadas dores mantéñense no tempo a pesar de que non haxa xa ningunha lesión que “xustifique” a devandita dor, mesmo sabemos do fenómeno da dor do membro pantasma. Falamos entón da Neuromatriz, unha configuración neuronal xeneticamente construída ao nivel do Sistema Nervioso Superior onde se conformaría toda a representación corporal, agora ben, demostrouse que esta Neuromatriz se vai transformando coa aprendizaxe, ao longo da vida. De maneira que coas técnicas psicolóxicamente probadas podemos influír na devandita configuración e desta maneira “pechar a comporta do mecanismo da dor”, pechando

a focalización da nosa atención sobre os estímulos nociceptivos, por exemplo. Falando da “comporta”, coñecemos que esta se sitúa na substancia xelatinosa da hasta dorsal da medula espiñal, onde conflúen todos os estímulos nociceptivos e que unha vez alí seguirán unha vía ascendente ata o noso cerebro, pois ben no devandito circuíto tamén existe unha vía descendente desde o noso cerebro que pode pechar “a comporta” e desta sorte eliminar, bloquear, diminuír ou minorase a sensación.

Poñámonos no caso dunha lesión nunha mesma persoa, pero en diferentes situacións, como a vivirá?, como afectará a sensación percibida animicamente?, como actuará ou reaccionará ante ela?; esta persoa responderá estes interrogantes segundo a súa experiencia previa ante situacións similares e o contexto onde se produza. Por exemplo, un deportista de elite, se está a competir nun campionato rexional, a probabilidade de que se retire é moi alta e con todo, se a competición é continental ou mundial, a probabilidade de que continúe competindo é alta (sempre, está claro, que a lesión llo permita). O que pensamos e valoramos da sensación transforma a percepción do sinal e a nosa valoración afectiva permuta a nosa conduta. Como non pode ser doutra maneira, as nosas condutas manifestas da dor, aquilo que os outros ven e entón saben que algo nos doe, tanto aquelas verbais como non verbais, están sometidas ás mesmas leis da aprendizaxe e da natureza que calquera outro comportamento.

Non é que a dor sexa pura e dura sensación e que teña repercusións psicosociais, que tamén, senón que a dor é unha experiencia emocional desagradable referida a unha lesión hística presente ou non e ten compoñentes sensoriais, cognitivas e afectivas, merece a pena lembralo. Poñámonos no lance dunhas das experiencias dolorosas máis terribles, a dor oncolóxica. Unha primeira consideración acerca desta experiencia é que a dor resulta inútil nunha gran maioría dos casos. Explícome: a dor ten un significado para a supervivencia, avísanos dun dano e ponnos en movemento para tomar me-

didadas ante el. Fixémonos no paradoxo, unha dor de moas pode ser vivida como de grande intensidade aínda que o perigo para a nosa supervivencia non parece en consonancia coa nosa percepción. Con todo, no cancro, dun perigo tan inmenso para a nosa supervivencia non dá sinais na gran maioría dos casos, pero unha vez que fai a súa aparición é a dor total e aínda así, non todos os pacientes experimentan a mesma dor ante a mesma enfermidade neoplásica, nin sequera a viven da mesma maneira. Aquelas persoas que pensan “será que o cancro avanza?” viven máis intensamente a dor e esta causa maior sufrimento. Con todo, non digo nin quero dicir que a enfermidade ou a lesión non teñan a importancia que merece, non son un necio, só remarcar que tan transcendental é dicir que o compoñente cognitivo-avaliativo e o compoñente afectivo-motivacional da experiencia de dor inflúen tanto como o compoñente sensorial-perceptivo da experiencia da dor. “A dor é unha sensación e á vez unha emoción”, Asociación Internacional para o Estudo da Dor (IASP 2020).

A dor é “unha e trina”, é unha experiencia única en cada persoa que a sofre con compoñentes sensoriais, cognitivos e afectivos. Tanto a súa avaliación como o seu tratamento non poden desentenderse dun dos seus compoñentes, son as tres rodas dun mesmo triciclo.

PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN GRUPAL NA DOR CRÓNICA

“Os que sofren non son os corpos, son as persoas”

Cassell

Existen varios tratamentos médicos para o alivio da dor crónica, con todo estas opcións son só algunhas das pezas necesarias para compoñer o crebacabezas da dor crónica. O benes-

tar emocional resulta igualmente importante, polo cal as técnicas psicolóxicas contribúen á creación da capacidade de resistencia, e ensinan as destrezas necesarias para o manexo da dor crónica. A terapia de grupo ten unha ampla tradición no tratamento dos problemas ou trastornos psicolóxicos, de feito, é un tratamento moi potente na abordaxe da dor crónica. A popularidade dos grupos relaciónase con dous factores: 1) a subministración de apoio social entre e aos participantes, e 2) a posibilidade de aprendizaxe da experiencia dos outros. Ofrece un ambiente idóneo para que as técnicas adestradas sexan eficaces. Entre os **beneficios do tratamento grupal atopamos**: Permite aceptar e entender a súa experiencia dolorosa, brinda ferramentas para a autonomía e prepara a persoa para situacións vitais, aumenta a motivación, diminúe a tendencia á negación, potencia a autoeficacia, axudándoa a recoñecer situacións conflitivas e a utilizar diversas alternativas, aumenta a adherencia ao tratamento, dáse un maior grao de compromiso, mellora en variables relacionadas coa calidade de vida e verificase a persistencia dos seus efectos a longo prazo. Nos grupos faise evidente a cada participante a existencia de grandes diferenzas individuais en canto á potencia e á utilidade das técnicas ensinadas, reforzando a necesidade de que cada persoa desenvolva os seus propios métodos.

A abordaxe que imos definir máis adiante é esencialmente un achegamento psicolóxico condutual. Preséntase un programa estruturado, deseñado para producir os seus efectos en oito sesións, de hora e media de duración cada unha. Durante as sesións semanais, preséntanse e practícanse as distintas estratexias para o manexo da dor, de modo que os pacientes van desenvolvendo estratexias psicolóxicas para o control dos problemas de dor crónica. Escolleuse o tratamento con pacientes con dor crónica, non internos, xa que este protocolo permite aos participantes practicar as estratexias e os métodos de control no seu

ambiente natural, facilitando a xeneralización de habilidades. Do mesmo xeito, o tempo entre sesións é importante, xa que permite aos pacientes a práctica do aprendido e o seu impacto na vida cotiá.

OBXECTIVOS

A **dor crónica** é aquela que tras seis meses desde a lesión que a precipitou prosegue repercutindo de maneira negativa na calidade de vida do paciente que a padece. Esta é unha dor discapacitante, de feito, aproximadamente a metade das persoas que a padecen vense obrigadas a reducir ou limitar as súas actividades cotiás e as súas interaccións sociais. A partir desta condición xeral, o tratamento da dor crónica debe ser entendido como un programa de actuación que ten como obxectivo primordial lograr a participación do paciente na aprendizaxe de técnicas que o axuden a controlar e minimizar a experiencia dolorosa.

Os **obxectivos específicos** dun tratamento de dor crónica son os seguintes:

- Aumentar a actividade a un nivel adecuado, de acordo coa enfermidade e a idade do paciente.
- Diminución da medicación analxésica.
- Aumentar as horas de sono.
- Normalizar no posible a actividade funcional.
- Modificar as relacións familiares para que o paciente teña menos necesidade de basearse na dor como medio de interacción.
- Reducir as queixas de dor nun sentido amplo.
- Mellorar a comprensión da dor crónica e os factores que afectan á experiencia da mesma.

- Dotar de estratexias efectivas de desactivación fisiolóxica.
- Mellorar o manexo/focalización da atención como proceso influente na experiencia de dor.
- Detectar e cambiar pensamentos e crenzas que xeran malestar e empeoran ou manteñen a dor.

SESIÓN 1 — Dor Aspectos Psicolóxicos

“A influencia da mente”

Presentación do ou dos/as terapeutas e presentación dos/as pacientes. Cada paciente ten a oportunidade de, ademais de dicir o seu nome, describir o seu “tipo” de dor, as súas características: a localización, a intensidade e o sufrimento que lle causa na súa vida. A continuación expónse a visión actual desde o Modelo bio-psico-social da experiencia dolorosa.

Utilizamos o termo “mente”, non porque sigamos crendo no modelo cartesiano de mente e corpo como unidades separadas, senón porque para os pacientes en xeral é máis entendible. Aínda así recalcaremos a súa unidade para entender o porqué dun “psicólogo/a no tratamento da dor”, que non ten nada que ver con que sexa inventada ou figurada e menos “psicóxena”. A idea de que a percepción da dor pode verse influenciada pola interpretación que fagamos foi amplamente desenvolvida polo psicólogo Ronald Melzack e o neurocientífico Patrick Wall, artífices da “teoría da comporta”, exposta na revista Science en 1965.

As portas pódense abrir, deixando fluír a dor a través das fibras aferentes e eferentes —as vías polas que viaxa a información sensorial— desde e cara ao cerebro. Ou ao contrario: as portas pódense pechar para bloquear estes camiños da dor. Os impulsos eferentes poden verse influenciados por unha ampla variedade de factores psicolóxicos. Esta teoría explica

por que a dor diminúe cando o cerebro está distraído. A día de hoxe, a teoría da comporta explica con bastante precisión que na percepción da dor interveñen tanto factores físicos como psicolóxicos. Pero nin a farmacoloxía nin a psicoloxía atoparon unha solución definitiva ao principal motivo de consulta médica nas sociedades modernas. Os modelos actuais multidimensionais da dor describen un certo tipo de número de compoñentes ou factores que se inflúen de maneira sinérxica na dor:

A Sensorial-discriminativo, que ten como función transmitir a estimulación nociceptiva, informando con precisión acerca da intensidade, a localización, a duración e a calidade. **QUE SINTO?**

B Motivacional-afectivo, que caracteriza a dor como desagradable e aversiva, feito que xera a ocorrencia de distintas respostas emocionais como medo, ansiedade, depresión, ira, etc., que motiva a conduta de escape ou evitación da estimulación nociva. **QUE FAGO? QUE EMOCIÓNS SUSCITA EN MIN?**

C Cognitivo-avaliativo, que dá significado á dor en función da experiencia anterior, contexto, crenzas, valores culturais, aspectos atencionais e outros tipos de pensamentos. **QUE PENSO?**

Valoraremos cada un dos compoñentes e a súa influencia na experiencia dolorosa de cada paciente. Do mesmo xeito, explicaremos os diferentes “círculos viciosos” que con frecuencia se establecen cando a dor é persistente ou crónica: A dor xera ansiedade/tensión e esta á súa vez provoca máis dor. A depresión elicitada pola dor, provocará que a experiencia se viva con maior intensidade. Coas técnicas que propoñemos estes “círculos” poden chegar a romper, de modo que a experiencia dolorosa se viva con menos intensidade e aumente a calidade de vida.

Damos por finalizada a sesión pedindo aos participantes que durante a semana realicen

un “registro de aconteceres”, onde anotarán a intensidade da dor en diferentes horas do día, así como a medicación que tomen. O rexistro

que se propón é obra do autor a partir do orixinal de Fordyce (1976). Este rexistro diario, durante a primeira semana servirános de liña base para valorar o tratamento.

NOME:

DATA:

	DOR			
	NADA	MOLESTIAS	FORTE	MOI FORTE
AO LEVANTARSE / HORA				
A MEDIA MAÑÁ / HORA				
Á HORA DE COMER / HORA				
A MEDIA TARDE / HORA				
Á HORA DE CEAR / HORA:				
AO DEITARSE / HORA:				

MEDICACIÓN	
HORA	FÁRMACO E DOSE

SESIÓN 2 — Técnicas de Desactivación Fisiolóxica e Focalización da Atención

“A dor é moi celosa, require toda a nosa atención”

Iniciamos a sesión revisando o “registro de aconteceres” e explicando o que entendemos por ansiedade, estrés e como inflúe na experiencia dolorosa e na súa cronificación. Podemos definir a ansiedade como unha resposta adaptativa do organismo caracterizada por un conxunto de manifestacións fisiolóxicas, cognitivas e condutuais que se atopan nun estado de activación e alerta urxentes ante un sinal inmediato de perigo ou ante unha ameaza máis ou menos específica. Trátase pois dun mecanismo de autodefensa destinado a facilitar unha reacción de protección da persoa

ante o perigo, de forma que este poida ser eludido mediante unha acción protectora de afrontamento ou de fuxida. Un determinado nivel de ansiedade é, sen dúbida, necesario e imprescindible para un correcto funcionamento, xa que ten un carácter activador e está relacionada coa motivación necesaria para desenvolver de forma eficiente unha tarefa. O problema xorde cando esta reacción adaptativa aparece en ausencia real ou é claramente desproporcionada respecto á magnitude deste. Neste momento, unha reacción destinada a resolver a situación de forma positiva convértese nun malgaste enerxético que empeora a situación. Os modelos teóricos destacan que a ansiedade e o estrés non só dependen do número e tipo de eventos vitais estresantes (dor), senón tamén da forma en que a persoa percibe, transforma e interpreta tales eventos.

Paremos agora un momento, pensemos na situación estresante, o último episodio de dor irruptiva, incapacitante ou en tantos días, meses mesmo anos de dor, tantos soños rotos, tantas horas de insomnio, tantos proxectos inacabados... Cada vez que pensamos nesta ou noutras situacións relacionadas coa nosa dor persistente e en todo o que supón, sentimos que se nos acelera o pulso, o corazón late máis rápido, cústanos respirar, sentimos a opresión no peito, suores... Estamos ante reaccións fisiolóxicas que non facilitan precisamente que a dor amaine, o máis probable é que o “círculo vicioso” dor-tensión-máis dor apareza con toda a súa crueza.

As técnicas de relaxación e focalización da atención van encamiñadas a controlar as respostas de tensión fisiolóxicas e cognitivas. As estratexias que se presentan baséanse na relaxación muscular e na focalización da atención mediante suxestións de control e benestar.

O exercicio que se propón é unha variación da Relaxación Muscular Progresiva proposta por Jacobson (1929). A relaxación muscular progresiva dos músculos, acompañada do control de frecuencia respiratoria, reduce a frecuencia do pulso e a presión sanguínea, do mesmo xeito que a suoración, e cando se realiza de forma continuada produce o mesmo efecto que calquera fármaco ansiolítico. De tal maneira que o hábito de responder dunha maneira anula o hábito de responder da outra, a desactivación fisiolóxica farase incompatible coa ansiedade.

Para realizar o exercicio a sala debe estar sen rúidos, con luz tenue. A mellor forma de realizalo é tombado no chan nunha esteira ou colchón, se non é posible ou se prefire, pódese realizar sentado, coas costas rectas e a cabeza apoiada na parede. Tombados boca arriba, estiramos as pernas lixeiramente separadas, os pés lixeiramente cara a fóra, os brazos aos lados do corpo sen tocalo e coas mans cara a abaixo.

Pechamos os ollos, diriximos a nosa atención cara á respiración. Tratamos de inspirar polo nariz e expulsar o aire len-ta-men-te pola boca, moi len-ta-men-te... como o mar cando está completamente en calma... vén a onda, inspiramos... sen encher de todo os pulmóns... rompe suavemente na beira e vaíse... Expulsamos o aire lentamente co mar retirándose na beira... Canto máis lentamente respire, o teu corazón latexa máis amodo... o sangue flúe con menos forza aos músculos e non lles quedará máis remedio que relaxarensen... Lembra que para relaxarte non fai falta facer ningún esforzo... soamente respirar lenta e profundamente como o mar cando está en calma... Segue respirando lenta e profundamente mentres realizamos os exercicios de tensión- distensión muscular que a continuación propoñemos. Levanta o brazo dereito, pecha o puño e aperta forte, mentres sentes toda a tensión, desde o ombreiro ata o teu puño... sentindo a tensión... Cando diga “XA” sóltao solta toda a tensión e deixa caer o teu brazo, como unha toalla mollada... e segue respirando lentamente, mentres observas a diferenza actual do teu brazo coa anterior de tensión e como é moito máis agradable a sensación actual que a anterior de tensión... Realizamos unha vez máis o mesmo exercicio... Repetimos o exercicio co brazo e puño esquerdos... lembrando que non fai falta facer esforzo ningún para relaxarse..., só respirar lenta e profundamente como o mar cando está en calma..., inspirando polo nariz e botando o aire lentamente pola boca... Mentres expulsamos o aire, expulsamos un pouco máis de tensión do noso corpo... O noso peito é como un fol... incha e desincha... O tempo para a tensión será de aproximadamente cinco segundos e o tempo para notar a distensión duns dez segundos...

Proseguimos coa tensión dos ombreiros... subíndoos como se con eles quixésemos tocar as orellas... notando a tensión... e deixándoos caer... expirando o aire..., notando a diferenza entre o estado actual e o anterior de tensión... e como é moito máis agradable este estado que o anterior de tensión... mentres o teu corpo repousa tranquilamente... e a túa mente en calma... Agora podemos apertar lixeiramente a cabeza cara a atrás para notar a tensión nas cervicais... repetindo o exercicio de tensión e distensión... como se as cervicais fosen os fios tensos da cabeza dunha marioneta que soltamos suavemente... Para destensar o coiro cabeludo, fronte

e ollos... imos pechar fortemente os ollos... como se estivésemos moi enfadados... notando a tensión... e soltándoa sen abrir os ollos... notando a pesadez moi agradable nas pálpebras... como esa sensación tan prazenteira de antes de durmir... Mentres os nosos brazos están cada vez máis pesados..., os ombreiros un pouco máis relaxados..., a caluga un pouco máis relaxada..., lembra que para relaxarte non fai falta facer esforzo ningún ..., simplemente respirar lenta e profundamente como o mar cando está en calma... A dor..., a ira..., a ansiedade fan que a nosa mandíbula estea tensa... Imos agora a apertar a mandíbula sen facernos dano... notando a tensión e soltando a mandíbula inferior deixando que caia... pesada..., moi pesada..., é unha pesadez moi agradable... Só tes que deixarte levar... e deixar que as cousas ocorran... porque ti queres que ocorran... Para destensar as pernas levantamos a perna dereita... dirixindo a punta do pé cara á túa cara... notando a tensión desde a cadeira ata a punta dos dedos... e soltando a perna..., deixándoa caer como “morta”..., notando a diferenza que hai entre o estado anterior de tensión e o actual... e como é moito máis agradable este estado... que o anterior de tensión... Repetimos o exercicio coa perna esquerda... Agora mantente cos ollos pechados respirando lenta e profundamente... Facemos un percorrido polo noso corpo..., cada vez que expulsamos o aire, expulsamos un pouco máis de tensión... mentres unha sensación de calma vai invadindo o teu corpo... Antes de abrir os ollos imos contar ata tres... Lembra que non hai que facer esforzo ningún para relaxarse... dous, só respira lent-ta-men-te..., como o mar cando está en calma... Antes de abrir os ollos cando diga tres... dite a palabra “calma”...

Terminamos a sesión, pedimos retroalimentación sobre as sensacións, en que parte ou partes do corpo sentiron máis relaxación e en cales menos.

Durante a semana deberán realizar o exercicio unha vez ao día, durante polo menos 15 minutos e anotar a puntuación de 0 a 5, sendo 5 a máxima relaxación obtida.

SESIÓN 3 — Técnicas de Desactivación Fisiolóxica e Focalización da Atención

“Se miramos a boca á Gioconda, parece seria, se miramos os seus ollos sorri”

Comezamos a sesión revisando a práctica semanal da relaxación e o cambio atencional. Comprobamos como foi a práctica e as súas dificultades, recomendando que poden usar a respiración “condicionada” aprendida, en calquera momento do día, canto máis o practiquen, maiores serán os beneficios. As técnicas funcionan pero hai que practicalas.

Expoñemos os obxectivos da sesión, lembrando a Teoría do Control da Comporta, cales serían os factores tanto internos como externos que inflúen en que se abra ou se peche e o papel da atención. Experimentaremos co cambio atencional, aplicando diversas técnicas para o seu manexo. Algunha das técnicas adestrámolas na sesión anterior coa relaxación, agora centrarémonos na focalización da atención con suxestións de imaxinería. Ao revisar o rexistro da semana, preguntamos e analizamos como as emocións e situacións positivas ou negativas afectaron á experiencia de dor.

A atención e a súa influencia na percepción da dor: A atención é limitada, non se pode atender todos os estímulos, é a encargada de seleccionar os máis relevantes para percibilos mellor; é selectiva; estímulos ou tarefas selecciónanse a nivel cualitativo e cuantitativo, evitando así a sobre-estimulación. Que lles axuda na súa vida cotiá a manexar a dor? Compartindo as distintas estratexias que poñen en marcha poderemos dividilas en manexo físico (estimulación, repouso...), cambio da atención e actividades distractoras.

Procedemos a expoñer dúas técnicas que poden utilizar para redirixir a atención, con técnicas distractoras e facer a experiencia dolorosa menos estresante.

Primeiro realizamos un exercicio de “distracción” que chamamos “os puntos focais”. Un punto focal pode ser un obxecto, un pensamento ou unha sensación que domina a atención. Con este exercicio introducimos a idea de que ao focalizar a atención nun punto, os estímulos que quedan fóra do foco dalgunha maneira pasan a segundo plano. O cambio da atención cambia a percepción:

Agora tal como estades sentados cos pés apoiados no chan, pechamos os ollos e focalizamos toda a atención no noso pé dominante, durante un par de minutos quero que sintades todo o que transmiten os vosos pés... A maioría das persoas empezan a sentir un pé máis que o outro, ás veces é o pé dominante ás veces o outro..., poida que empecemos a sentir que un dos pés estea máis oprimido... ou poden ser cóxegas... ou quizá estea máis quente...

Unha vez transcorrido o tempo, poden abrir os ollos e contar a experiencia. As persoas vivimos no “silencio dos órganos”, por iso é tan ameazante a dor, cando centramos a nosa atención nunha parte do noso corpo, este “cobra vida”, faise presente. A atención cambia a intensidade da percepción e nós temos a capacidade para cambiar esa percepción controlando a nosa atención. Quizá durante o exercicio alguén puido desconectar durante algúns segundos da súa dor.

A segunda técnica consiste en “transformar a imaxe da dor”. A gran vantaxe da imaxinación é que viaxa connosco. O obxectivo deste exercicio é animar os pacientes para coñecer, explorar e usar técnicas de transformación imaxinativa da dor. A imaxinación pode ser usada para modificar a experiencia dolorosa, tanto para reducir a dor como para facela menos angustiada. Neste punto debemos promover a personalización do exercicio, fomentando a creatividade. Iniciamos coa respiración lenta e profunda, tal como a adestramos e pedimos aos pacientes que lle dean unha cor, poden mesmo darlle un ton á cor, unha vez teñan elixida a cor, súxíreselles que cambien de cor ou o seu ton, mentres se lles

dan as suxestións para que noten calquera diferenza que aprecien na calidade da dor.

Ao finalizar o exercicio realizamos unha breve posta en común acerca das sensacións que puideron percibir, salientando a necesidade da práctica continuada durante a semana para dominar as técnicas. As técnicas de distracción adestradas poden engadirse á técnica de relaxación aprendida anteriormente.

Durante a semana deberán realizar o exercicio unha vez ao día, durante polo menos 15 minutos e anotar a puntuación de 0 a 5, sendo 5 a máxima relaxación obtida. Anotando os sucesos estresantes que teñan durante a semana.

SESIÓN 4 — Técnicas de Control do Pensamento. Emocións e dor crónica

*“Quen a boa árbore se arrima...
boa árbore lle cae enriba”*

Iniciamos a sesión revisando os rexistros de aconteceres. Reforzando a práctica das técnicas adestradas, os logros obtidos e aproveitando os sucesos estresantes que presenten, para relacionar estes sucesos co tipo de pensamentos e as emocións relacionados coa dor.

Nas sesións anteriores centramos a atención nos círculos viciosos que poden prosperar entre as diferentes emocións e a dor crónica: ansiedade, ira, tristeza, desesperanza, etc. A persistencia da dor na vida, como repetimos, pode chegar a converterse no polo en torno ao cal viran todos os acontecementos da vida, no que a experiencia é valorada e avaliada de forma continua, a miúdo con frustración: Porqué eu?, durará sempre?... Aquí utilizamos os exemplos dos propios pacientes. Os efectos deste tipo de valoración son case sempre catastrofistas, amplían as dificultades e a sensación de incapacidade centrando de novo a atención no problema.

Os obxectivos da sesión serán: describir o modelo A-B-C, utilizando os seus rexistros

de aconteceres estresantes, onde A é tal acontecemento, B o pensamento asociado e C as emocións que suscitan. Detectar pensamentos automáticos negativos e as distorsións cognitivas asociadas á dor crónica e como este patrón de pensamento pode xerar emocións de derrota e indefensión. Ensinar métodos de revaloración e fala interna co obxecto de reinterpretar a experiencia de dor e minimizala.

Haberá que insistir en que os pensamentos son só iso, pensamentos, e que son os nosos pensamentos e podemos modificar a forma de falarnos a nós mesmos, lembrando que o novo pensamento debe ir seguido dunha acción que reforce o novo pensamento, por exemplo: “Non sirvo para nada...”, substituíndoo por: “Eu podo facer tal cousa, quizá máis amodo, pero vou facelo...”. Chamamos “pensamentos irracionais” a aqueles que nos fan sentir esaxeradamente mal: todo, nada, nunca, sempre... serán os nosos obxectivos para cambiar. As distorsións cognitivas máis habituais na dor crónica poden ser:

O filtrado negativo.

A lectura da mente dos demais.

A falacia de control.

A culpa.

O pensamento dicotómico, a xeneralización, os debería e a anticipación negativa.

A pregunta será “e ti de quen es?”. Unha vez identificadas as distorsións cognitivas e os pensamentos irracionais, pasamos ao adestramento en técnicas de revalorización e control da fala interna, mediante: A crítica do pensamento e o debate “socrático”: É obxectiva? Axústase á realidade? É útil? Axuda a conseguir as túas metas? A eliminar conflitos? E pedimos mediante “tormenta de ideas” que substitúan tales pensamentos por outros que xeren emocións de esperanza.

De modo que ensaiamos a identificación da emoción. A identificación da situación en que se presenta e o pensamento automático asociado. A discusión ou debate, a crítica do pensamento e a procura de pensamentos alternativos.

Niso consistirá o rexistro de aconteceres da semana:

SITUACIÓN	PENSAMENTO	SENTIMENTO	NOVO PENSAMENTO	NOVO SENTIMENTO

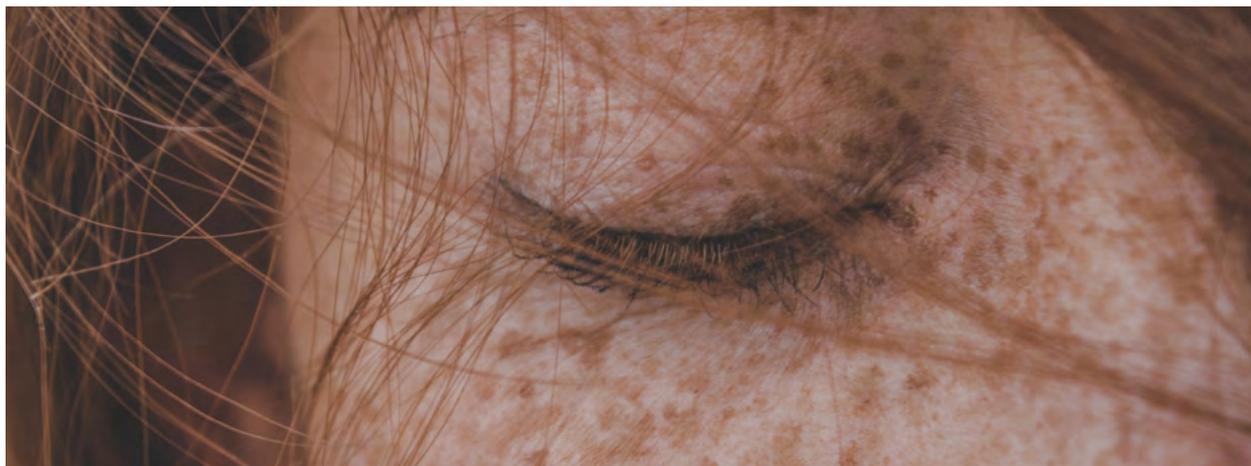


Foto: Chermiti Mohamed

Finalizamos a sesión con dez minutos de relaxación e focalización da atención con suxestións de calma e a mensaxe “Eu podoo”.

SESIÓN 5 — Activación Condutual

“Como retomas o fio dunha vida?”

A Teoría da Aprendizaxe Operante demostrou que o comportamento se regula en función das súas consecuencias, estes principios foron aplicados á experiencia da dor por Fordyce e os seus colaboradores na primeira clínica da dor no mundo. O modelo establece que aqueles comportamentos relacionados coa dor que son reforzados tenden a manterse no tempo, mentres que o non reforzo ou o castigo de comportamentos saudables conducen á súa extinción. Os resultados que poden funcionar como reforzadores de condutas da dor inclúen a redución da intensidade da dor, a inhibición do medo relacionado coa dor, a agradable sensación de descanso e a atención brindada por outras persoas importantes. Hai actividades que se seguen facendo e outras que se deixan de facer, o medo provoca a evitación de actividades que nos gustaban ou

que forman parte da nosa vida cotiá, ou ben que nos propoñen e entramos noutro círculo vicioso no que aprendemos que hai moitos perigos, con serias consecuencias. O exceso de actividade pode ser prexudicial, pero tamén o é a inactividade. Quizais poidamos facer que a dor se adapte á nosa vida en lugar de adaptar a nosa vida a ela. Sábese que as “condutas protectoras”, en particular a hipervixilancia, predín a incapacidade á que se pode chegar, ademais de aumentar os síntomas depresivos e a perda de condición física.

O obxectivo da sesión, non será tanto diminuír a experiencia de dor, senón aumentar o funcionamento “malia a dor”. A base da intervención require unha análise da información dada polos pacientes: patróns de tempo habituais de dor, actividades asociadas a aumento ou diminución da dor, comportamentos de dor e a resposta da súa contorna, comportamentos saudables e a resposta da súa contorna a eles, perda de actividades gratificantes e as competencias para cumprir coa activade social, laboral, familiar ou doutro tipo.

Ímonos centrar hoxe na Activación Condutual e a importancia do exercicio físico. As ideas fundamentais serán: a actividade graduada e o “pacing”, que implican dividir a

actividade en partes pequenas e alternala con pausas. Razoamos como a realización continua dunha actividade ata o nivel de tolerancia exacerba a dor, deixándonos coa necesidade dun descanso prolongado antes de volver estar activos, o descanso vese reforzado negativamente pola redución da dor e despois dun tempo volvemos estar activos para compensar o tempo perdido ata que a dor volve ser intolerable, quedando atrapados noutro círculo vicioso de hiperactividade-hipoactividade. Para tomar descansos no momento adecuado hai que deixar de confiar na aparición da dor como liña que marque devandito descanso e utilizar unha alarma a modo de temporizador como recordatorio da interrupción da actividade e do período de descanso. É mellor moitos poucos que un moito de golpe.

Sábese que as interrupcións bruscas das actividades teñen consecuencias cognitivas e afectivas adversas, que conducen a unha maior discapacidade. Doutra banda, os descansos predicibles poderían facilitar a preparación para a continuación da actividade, aumentan-

do así o funcionamento e a autoeficacia. Ademais, confiar en sinais distintos da dor para iniciar e terminar unha pausa pode xerar unha necesidade de focalizar a atención noutros estímulos que non sexan a dor. Realizaremos unha listaxe de actividades que deixaran de realizar ou diminuíran por causa da dor ou do medo a que este apareza. Tras unha posta en común e análise dos motivos, establecemos unha listaxe de actividades que lles gustaría retomar, dentro das posibilidades realistas de cada un. Establecemos unha xerarquía e realizamos un diario de actividades realistas, remarcando que os obxectivos son sempre individuais e dirixidos a aumentar a calidade de vida.

Finalizamos a sesión con dez minutos de relaxación e focalización da atención con suxestións de calma e a mensaxe “Eu podoo”.

Como rexistro para a semana recomendamos un “diario” de actividades diarias, para obter retroalimentación sobre o seu progreso en relación cos obxectivos (realistas) inicialmente establecidos.



Foto: Pavel Damiyuk

SESIÓN 6 — Comunicación Afectiva e Efectiva. Asertividade

“Non é o mesmo só dor que só dor en soidade”

Na sesión anterior apreciamos algúns comportamentos de dor e a resposta da súa contorna do mesmo xeito que algúns comportamentos saudables e a resposta da súa contorna a eles. Como reacciona a nosa contorna, familia, amizades, ante as nosas mostras de dor? Comentamos o rexistro de actividade da semana animando a seguir con el e analizando as dificultades, resaltando a importancia das diferenzas individuais e a adecuación das estratexias á idiosincrasia persoal.

A diferenza do modelo biomédico tradicional, que se centra na intensidade da dor como causa da discapacidade e obxectivo do tratamento, o modelo operante reconece os comportamentos relacionados coa dor como parte importante do problema. Os comportamentos relacionados coa dor, é dicir, accións, verbalizacións ou expresións faciais que se producen en resposta á dor, poden ser adaptativos cando a dor é aguda, xa que facilitan a minimización do dano ao protexerse un mesmo da fonte da dor ou ao obter apoio doutros comunicando angustia e perigo, condutas de dor comunicativas e protectoras, respectivamente. Con todo, estes comportamentos poden volverse disfuncionais cando persisten a pesar da ausencia de perigo.

É crucial que os pacientes falen cos familiares e amigos sobre que é o mellor que poden facer para axudalos. Neste sentido animáselles a que pidan á súa familia e amizades que recoñezan, estimulen e reforcen os seus intentos para acrecentar as súas actividades e retomar a súa vida normal (a vida “normal”, estará determinada polas metas e obxectivos realistas personalizada, non polo que calquera profesional da saúde crea). Tras moito tempo de “utilizar” a dor como método para comunicar molestias e desexos, é hora de adestrarnos

nunha comunicación efectiva e afectiva, a este tipo de comunicación chamarémola asertiva. A finalidade é que substituíamos as conversacións sobre a dor, cando sexa posible, pola comunicación o máis clara e directa das nosas necesidades, ademais de asertiva (expresión clara e directa do que quero, desexo e sinto), a comunicación é máis efectiva cando é afectiva, é dicir, contando cos sentimentos dos outros. Expoñemos neste momento a diferenza entre comportamento pasivo, agresivo e asertivo.

Exercítanse, mediante ensaio de conduta, distintas situacións persoais, as técnicas de banco de néboa, disco raiado, aserción negativa, expresión e recepción de emocións positivas e negativas e críticas.

Finalizamos a sesión con dez minutos de relaxación e focalización da atención con suxestións de calma e a mensaxe “Eu podoo”.

O rexistro de aconteceres da semana consistirá en anotar aquelas situacións sociais en que puidesen ser asertivos e as emocións asociadas, co grao de satisfacción obtida.

SESIÓN 7 — Fixación de Metas. Creando novos ambientes

“Sexamos realistas, pidamos o imposible”

Iniciamos a sesión revisando o rexistro de aconteceres, facendo especial énfase nos cambios obtidos e a súa relación coa satisfacción persoal, mellora das relacións e alivio da dor. Neste momento é o “momento”, de valorar cos pacientes, as expectativas que tiñan previas ao comezo do tratamento e o grao en que foron capaces de iniciar cambios no seu estilo de vida. A partir dos logros e/ou das dificultades referidas entramos na fase de prevención de recaídas e mantemento do cambio. Tres procedementos psicolóxicos van ser fundamentais para iso: establecemento de metas, autoinstrucións e inoculación de estrés. Son

procedementos que van englobando as técnicas aprendidas durante o tratamento.

As metas sempre serán individuais, son obxectivos que nos axudan a sentirnos realizados, a superarnos ou a levar mellor nosa situación vital. Ter obxectivos realistas sobre o futuro favorece permanecer activo e afrontar as situacións desde a perspectiva dun reto, máis que un obstáculo insalvable. As metas deben cumprir unha serie de características: ser concretas, realistas, persoais e medibles. Ser realistas con esperanza: Divide a meta en submetas. Pon prazos. Planifica consecuencias gratificantes por cumprilas. Prémiate, merécelo. Faremos unha consideración do estilo de vida e dos cambios que lles gustaría potenciar en cada unha das súas áreas:

AUTOCOIDADO	FAMILIA/PARELLA
RESPONSABILIDADES	LEGER/TEMPO LIBRE

Trátase de activarse condutualmente, de poñer énfase nos intentos sistemáticos de incrementar condutas que fagan probable o contacto coas continxencias ambientais “reforzantes” e produzan á súa vez cambios no pensamento, o humor e a calidade de vida. Naturalmente, trátase de activarnos na medida das nosas posibilidades do momento e de acordo cos nosos intereses. Non se trata de incrementar simple-

mente a actividade, senón da relevancia que teña para nós. O obxectivo será refacer a vida, mesmo a pesar de “estar mal”, esperando que os cambios reforcen o cambio de pensamentos e o humor.

Finalizamos a sesión con dez minutos de relaxación e focalización da atención con suxestións de calma e a mensaxe “Eu podo”.

O rexistro de aconteceres da semana consistirá en anotar as metas que se puideron cumprir e aquelas que non fosen posibles, de modo que poidamos analizar os motivos do seu non cumprimento. Entrégaselles así mesmo o rexistro da primeira sesión na que anotarán, tal cal se lles deran as indicacións, a intensidade percibida de dor, en diferentes horas do día e a toma de medicación analxésica.

SESIÓN 8 — Mantemento do cambio. Autointervención

*“A dor é o que o paciente sente,
cando di que sente dor”*

Iniciamos a sesión compartindo o rexistro de aconteceres da semana, reforzando as metas e os cambios conseguidos no estilo de vida e analizando as dificultades para realizar os cambios. Animando os pacientes a continuar poñendo en práctica as estratexias, técnicas e habilidades aprendidas. Hoxe propoñémonos como obxectivo da sesión alentar a súa capacidade de ser eles mesmos os promotores do seu cambio, o seu propio “científico persoal”. O segundo obxectivo da sesión é o compartir os temores da finalización do tratamento.

A dor individualízase e apréndese. É unha experiencia emocional e os aspectos psicosociais da devandita experiencia son esenciais para comprendela e alivala. Lembramos que a experiencia dolorosa é como un quebracabezas, é “un e trino”, unha experiencia sensorial-perceptiva, motivacional-afectiva e cognitiva-avaliativa; cada un destes factores actúan

de maneira sinérxica e non por separado. Se non atendemos cada un dos compoñentes da experiencia de dor estamos a facer “un pan como unhas tortas”. En todo tratamento faise necesaria a preparación para manter os cambios producidos no estilo de vida.

Referímonos na sesión de fixación de metas a tres procedementos psicolóxicos que van a ser fundamentais para iso: establecemento de metas, autoinstrucións e inoculación de estrés. Son procedementos que van englobando as técnicas aprendidas durante o tratamento. Hoxe imos desenvolver a Técnica de Inoculación de Estrés (I.E.) para a cal é necesario que cada participante cree as súas propias autoinstrucións ou autoverbalizacións que son necesarias para cada fase do procedemento. A inoculación de estrés é sumamente útil para reducir a ansiedade xeral e a angustia ante novos acontecementos que poidan desembochar na dor ou ante a dor mesma. Do que se trata é de que identifiquemos a ansiedade ou calquera outra emoción ou situación nos seus primeiros niveis, canto máis pronto a identifiquemos, antes poderemos conseguir que a dor non se “dispare”. É o momento de insistir no mantemento do cambio, de aplicar o que aprendemos, de asumir a responsabilidade da propia intervención: afianzamento dos cambios e habilidades aprendidas, aplicación en ambientes novos e fomentar a autonomía. De detectar calquera desaxuste, de fomentar o autocontrol.

Con este procedemento, I.E., podemos integrar as estratexias aprendidas para reducir a intensidade e a aversividade da dor, incluídos os episodios de dor irruptiva. A I.E. desenvólvese en tres fases:

1 — Fase educativa: Todo o relacionado coa experiencia da dor, o marco conceptual do que partimos e expuxemos durante as sesións precedentes.

2 — Fase de adquisición de habilidades: Aquelas que aprendemos e practicamos nas semanas anteriores. Nesta fase é onde os

pacientes crearán as súas propias autoinstrucións (A.I.) en colaboración co terapeuta; estas A.I. serán as que nos preparan ante o “estresor”, a dor ou as emocións e situacións que fan máis probable a súa aparición. Estas A.I. serán específicas para cada un dos pasos. Poñeremos algúns exemplos.

A| Preparación para a aparición dor: “Xa se achega a hora; poida que apareza a dor...” “Non vou preocuparme, non serve para nada...” “Vou concentrarme no que no que debo facer...” “Sei que podoo logralo...”

B| Afrontamento: “Vou manter o control...” “Manter a calma...” “As técnicas que aprendín funcionan...”

C| Manexo das emocións: “Nada de medo...” “Respiro profundamente...” “Vou relaxarme...”

D| Autorreforzo: “Conseguino...” “Podo diminuír...incluso non sentir a dor...”

3 — Fase de Aplicación das técnicas: Na que poñemos en marcha as técnicas aprendidas.

Terminamos a sesión, con tempo suficiente para a expresión emocional dos pacientes en canto á experiencia vivida no grupo e a despedida. O tratamento psicolóxico non só non é incompatible co tratamento médico, senón que ademais aumenta a súa eficacia.

CONCLUSIÓN

Non hai solucións máxicas, pero un traballo constante e sostido dá os seus beneficios.

A dor crónica impacta negativamente tanto na funcionalidade como na dimensión emocional e calidade de vida da persoa que a padece e nas súas familias, ademais de xerar insatisfacción respecto ao tratamento recibido



Foto: Kázsia Melo

para paliar. Neste sentido, resulta imprescindible a abordaxe psicolóxica co fin de reducir o impacto nas diversas dimensións da vida diaria da persoa que o padece, no maior grao posible. A propia experiencia da dor e a perda de funcionalidade que en ocasións supón, contribúen ao deterioro das relacións sociais e familiares, nas esferas laboral e educativa e na autonomía persoal.

“As intervencións psicolóxicas en grupo mostraron ser de axuda para os pacientes afectados de dor crónica, xa que lles permiten afrontar mellor os seus problemas de dor, ofrecer un espazo para compartir problemas e experiencias, diminuír a sensación de illamento, entre outros aspectos”, Gentry e Owens (1986).

Aínda que a terapia grupal favorece o desafogo e a ventilación emocional, non debe converterse nunha reunión de pacientes verbalizando o seu malestar e a súa queixa, algunhas persoas que nunca participaron nun grupo de terapia poden ter o prexuízo de que se trata simplemente dunha reunión de pacientes para falar dos seus problemas e desafogar as súas penas; con todo, trátase dun traballo terapéutico cuns obxectivos moi concretos. O terapeuta debe ocuparse de evitar as retroaccións negativas entre os pacientes e dirixir a sesión cara a unhas reflexións construtivas que favorezan a aprendizaxe interpersoal e a cohesión grupal. Calquera cambio precisa de acción, enfrontarse ás dúbidas e os medos e buscar alternativas diferentes a aquilo que nos está mantendo no foco do sufrimento.

Manter unha actitude positiva cara á enfermidade é o primeiro e máis decidido paso para manter o control da vida e evitar que sexa a dor quen a governe. Non é unha empresa fácil, pero tampouco imposible. Utilizar diversas técnicas psicolóxicas pode ser de gran axuda para manexar con éxito a dor.

BIBLIOGRAFÍA

- Bazako, E. (2003). Aspectos psicosociales del dolor en cáncer. En M. Die; *Psico-Oncología*. Madrid. ADES.
- Bazako, E. (2003). Intervención psicológica en una unidad de dolor. En E. Remor, P. Arranz e S. Ulla; *El psicólogo en el ámbito hospitalario*. Bilbao. Desclée De Brouwer.
- Bazako, E. (2021). Repercusiones del dolor oncológico sobre la esfera emocional. Sufrimiento. En C. Ferrer, F. Villegas e D. Alarcón; *Diagnóstico y tratamiento del dolor asociado al cáncer*. Barcelona. Edikamed.
- Bazako, X, González, C. e Jambrina, E. (2016). *Programa de Manejo y Control del Dolor Crónico*. Centro de Salud Numancia. Universidad Complutense Madrid.
- Díaz M. Comeche M. e Vallejo M. (2009) Guía de tratamientos psicológicos eficaces en dolor crónico. En: Pérez M. *Guía de tratamientos psicológicos eficaces II*. Madrid. Pirámide.
- Domínguez-Trezo, B. e Olvera López Y. (2005) Dolor y Sufrimiento Humano. (UNAM) *Técnicas no invasivas para el manejo del dolor crónico*. México. Trillas.
- Fordyce W.E. (1976) *Behavioral methods for chronic pain and illness*. Saint Louis. Mosby.
- Gentry, W.D. e Owens, D. (1986). Pain Groups. En A.D. Holzman e D.C. Turk, (Eds.), *Pain Management. A Handbook of Psychological Treatment Approaches*. Nueva York. Pergamon Press.
- Lazarus, R. S. e Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona. Ediciones Martínez Roca. S.A.
- Loeser, J. Bonica (2001). *Terapéutica del Dolor*. México. McGraw-Hill-Latinoamericana.
- Melzack, R. e Wall, P. D. (1988) *The Challenge of Pain*. Londres. Penguin Books..
- Melzack, R. e Wall, P. D. (1965) Pain mechanism: a new theory. *Science*; 150: 971-979.
- Miró, J. (2003). *Dolor Crónico. Procedimientos de evaluación e intervención psicológica*. Bilbao. Desclée De Brouwer.
- Moix, J. e Kovacs, J. (2018). *Manual del dolor. Tratamiento cognitivo conductual del dolor crónico*. Barcelona. Paidós.
- Penzo, W. (1989). *El dolor crónico*. Barcelona. Martínez Roca.
- Redondo M. e León L. (2014) *El Dolor*. Madrid. Grupo 5.
- Reynoso, R., Becerra, A. (2014) *Medicina Conductual: Teoría y Práctica*. México. Qar tuppi.
- Turner J. e Romano J. (2003) Terapia cognoscitiva-conductual del dolor crónico. En: Loeser J. Bonica *Terapéutica del Dolor. Vol. II*, Tercera edición. México, McGraw-Hill., 2074-2084.

ANUARIO ABERTO

CASOS CLÍNICOS



CASO 1

REGULACIÓN EMOCIONAL E MANEXO DA ANSIEDADE: TRABALLANDO DESDE UN ENFOQUE GRUPAL

Lucía Díaz Riola

lucia.diaz.riola@sergas.es

Leire Meabe Sotomayor

leire.meabe.sotomayor@sergas.es

Residentes de Psicoloxía Clínica da Área Sanitaria de Ferrol

SUMARIO

CASTELÁN

RESUMO

Os trastornos de ansiedade e depresión presentan unha elevada comorbilidade entre ambos os dous. Un dos factores que teñen en común é a dificultade para a regulación emocional. Estes son, en moitas ocasións, os principais motivos de consulta polos que se derivan pacientes ás Unidades de Saúde Mental.

Nos últimos anos xurdiron varios modelos explicativos chamados transdiagnósticos para agrupar os factores implicados neste tipo de trastornos. Isto levou á aparición de diferentes tratamentos baseados nestes modelos, tanto en formato individual como grupal.

Neste estudo ofrecemos un resumo dos resultados obtidos na terapia grupal baseada no Protocolo Unificado para o Tratamento Transdiagnóstico dos Trastornos Emocionais, de David H. Barlow, implantado con pacientes que recibían seguimento nunha das Unidades de Saúde Mental da Área Sanitaria de Ferrol.

PALABRAS CHAVE — Terapia grupal, ansiedade, depresión, regulación emocional, tratamento transdiagnóstico.

ABSTRACT

Anxiety and depressive disorders have high comorbidity between them. One of the factors they have in common is the difficulty for the emotional regulation. Many times, these are one of the main reasons to refer patients to Mental Health Centers.

In recent years, different explanatory models called transdiagnostic have surged to group factors that are involved in these disorders. This has led to the emergence of treatments based on these models, both in individual and group format.

In this study we provide an abstract of the results obtained in the group therapy based in David H. Barlow's Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders, which was implanted with patients who have follow-up in one of the Mental Health Centers of the health area of Ferrol.

KEY WORDS — Group therapy, anxiety, depression, emotional regulation, transdiagnostic treatment.

INTRODUCCIÓN

A pesar de que tanto as entidades de depresión como de ansiedade están claramente definidas nos manuais, na práctica clínica a diferenciación entre ambas as dúas non é tan evidente, dado que hai unha forte asociación entre elas. Tendo en conta datos epidemiolóxicos, evidénciase a elevada comorbilidade entre ambos diagnósticos. Así, desde o estudo Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS), conclúíuse que o 92% das persoas participantes no mesmo experimentara síntomas de depresión, unha porcentaxe igual á de persoas que experimentara ansiedade. Noutro estudo realizado tanto en poboación clínica como xeral apreciouse que arredor da metade das persoas que padecían un trastorno depresivo maior cumpría tamén criterios para un ou máis trastornos de ansiedade.

Pode que o mencionado anteriormente sexa unha das razóns polas cales na actualidade están xurdindo novos enfoques orientados tanto á conceptualización como ao traballo conxunto dirixido a ambas problemáticas.

Nos últimos tempos, comezou a xurdir a denominación de “transdiagnóstico” para facer referencia a un novo enfoque psicolóxico e psicopatolóxico que implica unha nova conceptualización dos trastornos mentais. Este modelo transdiagnóstico dos trastornos emocionais estrutúrase en cinco niveis dispostos xerarquicamente, que serían: un primeiro nivel constituído polo afecto negativo, dous niveis intermedios nos que se reflexan os trazos clínicos e as respostas de afrontamento, e dous niveis inferiores que engloban os trastornos emocionais e os síntomas clínicos.

Así, desde dito enfoque contéplase que certos grupos de trastornos mentais teñen en común unha serie de procesos cognitivos e condutuais causais e/ou de mantemento dos mesmos. De todos eles, os máis estudados foron os trastornos de ansiedade e depresivos,

os cales comparten moitos destes procesos, aspecto entre outros polo cal quedaría xustificada a súa elevada comorbilidade. De feito, a ansiedade e a depresión poucas veces se dan como entidades puras. Pero esta afirmación de que tanto a ansiedade como a depresión comparten certa sintomatoloxía non é algo novidoso; lembremos xa que Clark e Watson (1991) propuxeron o seu Modelo Tripartito da Ansiedade e Depresión no que expoñían o que eles denominaron “alto afecto negativo” como dimensión común a ambas entidades. Como comentamos, nos actuais modelos transdiagnósticos séguese contemplando o afecto negativo (ou neuroticismo) como un construto transdiagnóstico de nivel superior e relaciónase etiologicamente con todos os trastornos emocionais.

Por todo o anterior, para levar a cabo este tratamento grupal decidimos basearnos no Protocolo Unificado para o Tratamento Transdiagnóstico dos Trastornos Emocionais, de David H. Barlow. Este protocolo é aplicable principalmente aos trastornos de ansiedade e aos trastornos afectivos, pero tamén a outros trastornos cun elevado compoñente emocional.

A lóxica deste tratamento parte de que o déficit nas habilidades de regulación emocional é unha característica fundamental dos trastornos de ansiedade e do estado de ánimo. A regulación emocional inflúe na aparición, a intensidade, a expresión e a experiencia das emocións e a ineficacia na mesma contribúe a desenvolver e a manter a ansiedade e os trastornos do estado de ánimo.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

O noso programa grupal estaba dirixido a persoas que presentasen trastornos de ansiedade e/ou depresión, ou ben sintomatoloxía

ansioso-depresiva con risco de evolucionar a un trastorno de ansiedade ou depresivo.

Establecemos como criterios de exclusión o feito de ter un diagnóstico de trastorno bipolar I ou II, un trastorno da personalidade, un trastorno do espectro psicótico, un trastorno do espectro autista, unha discapacidade intelectual, un trastorno da conduta alimentaria, o deterioro cognitivo e o consumo de substancias activo.

Consideramos un criterio de idade que abarcase desde os 18 aos 60 anos pero finalmente, por mera casualidade, as pacientes que participaron estaban comprendidas entre os 21 e os 34 anos. Inicialmente, o grupo estaba pensado para constar dun total de 6 participantes pero, por diferentes motivos persoais dalgúns dos membros, o número final foi de 4 persoas, coincidindo ademais que todas elas eran mulleres, o cal está en consonancia co feito de que estas entidades sexan máis frecuentes en poboación feminina.

MOTIVO DE CONSULTA

Estas pacientes foron derivadas desde unha das Unidades de Saúde Mental coas que conta a Área Sanitaria de Ferrol. A profesional responsable da área de Psicoloxía Clínica de dita unidade puido derivarnos pacientes ben falándoo directamente coas residentes ou ben enviándonos un correo electrónico facilitándonos os datos. De igual xeito, acordouse con esa profesional que, unha vez finalizado o grupo, se analizaría cada caso particular para valorar un seguimento individual ou a alta nas consultas de Psicoloxía Clínica.

OBXECTIVOS

Os obxectivos que nos propuxemos coa posta en marcha deste programa grupal foron, entre outros, axudar a que as participantes aprendesen como afrontar e experimentar emocións incómodas sen sentir a necesidade de evitalas e como responder ás mesmas dun xeito máis adaptativo; fomentar hábitos de regulación emocional que permitisen ás participantes un mellor manexo das súas experiencias emocionais; ensinalas a desafiar as súas interpretacións negativas e ansió xenas e incrementar a súa flexibilidade cognitiva e fomentar a capacidade das participantes para exporse a situacións e emocións que puidesen provocarlles ansiedade.

INTERVENCIÓN: ESTRUTURA E MATERIAIS EMPREGADOS

As sesións grupais foron un total de 8, levadas a cabo semanalmente e en horario de 16:30 a 18:00 horas. Realizamos todas as sesións grupais nunha sala provista cun espello unidireccional, detrás do cal estaba sempre supervisándonos unha das psicólogas clínicas da Área.

A estrutura de cada sesión era a seguinte: repaso dos exercicios para casa, presentación das diapositivas e traballo grupal co material achegado polas participantes e entrega das escalas a cubrir *in situ* polas participantes.

Previo ao inicio das sesións grupais, citamos a cada participante para realizar unha entrevista individual, na que analizamos cada caso concreto, explicamos o formato grupal, os obxectivos e establecemos as normas básicas de participación. Do mesmo xeito, unha vez finalizada a última sesión grupal, deixamos pasar un mes e citamos de novo ás participantes para unha sesión individual na que valorar os

resultados acadados, o estado actual, así como a necesidade de continuidade do tratamento psicolóxico na USM ou a alta terapéutica.

Tanto na entrevista pre-grupo como ao finalizar cada unha das sesións grupais, cada participante cubriu unha Escala de Ansiedade e unha Escala de Depresión (tomadas do Protocolo Unificado de Barlow), que serían os instrumentos que nos servirían para avaliar a progresión de cada unha delas.

Os materiais empregados foron dispositivas realizadas polas residentes que proxectamos nunha pantalla na sala grupal, nas cales baseábase as nosas explicacións. Tamén nos servimos da entrega de exercicios para realizar interseccións, así como do rexistro dos niveis de ansiedade e depresión nas escalas previamente mencionadas.

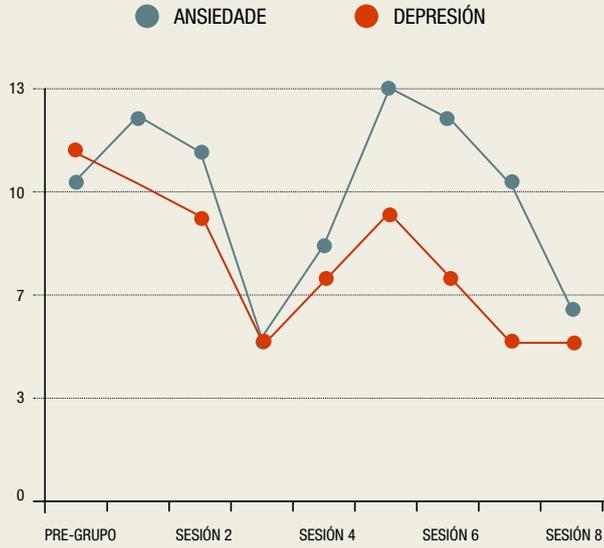
Descríbimos a continuación de forma moi resumida o contido das 8 sesións que tiveron lugar:

- Iniciamos a primeira sesión realizando unha breve conceptualización da ansiedade e da súa sintomatoloxía, así como pedindo ás participantes que realizasen un exercicio de balance decisional de cara a aumentar a súa motivación para o cambio.
- Na segunda sesión centrámonos en explicar o modelo dos tres compoñentes das experiencias emocionais, así como o modelo ARCO (siglas correspondentes a Antecedentes, Respostas e Consecuencias das respostas emocionais).
- A terceira sesión estivo enfocada a traballar as manifestacións fisiolóxicas das experiencias emocionais así como a dotar ás participantes de estratexias para o seu manexo, entre as que destacan a relaxación progresiva e a respiración diafragmático-abdominal.
- A cuarta sesión estivo enfocada a traballar a dimensión cognitiva das emocións, explicando fundamentalmente os conceptos de “pensamentos automáticos” e de “flexibilidade cognitiva”.
- A quinta sesión dedicouse ao concepto de evitación emocional.
- Na sexta sesión falamos da importancia das sensacións físicas das emocións e da necesidade de non evitalas.
- Na sétima sesión traballamos sobre os fundamentos das exposicións e indicamos ás participantes como realizar unha xerarquía de exposición que poder aplicar na súa vida.
- A oitava sesión estivo dedicada a repasar todo o traballado nas sesións anteriores, analizar que aspectos do grupo valoraron como positivos, que aprendizaxes consideraban que adquiriran e, en definitiva, a permitir ás participantes expresar calquera pensamento que quixeran compartir en relación á súa participación na terapia grupal.

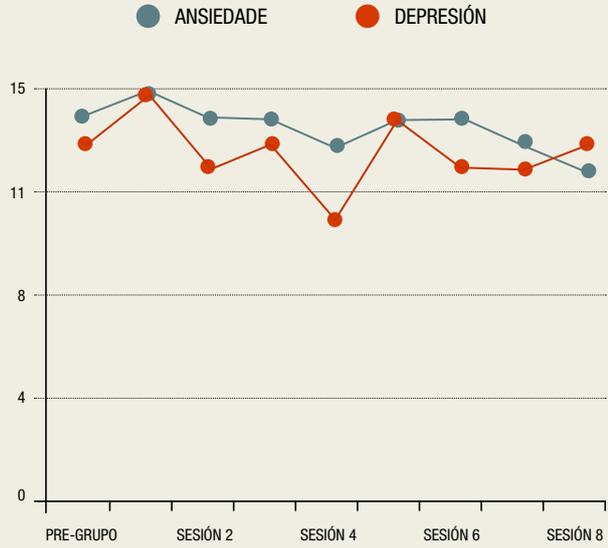
RESULTADOS

A continuación aparecen diferentes gráficas que reflicten dun modo visual os resultados obtidos por cada participante no grupo.

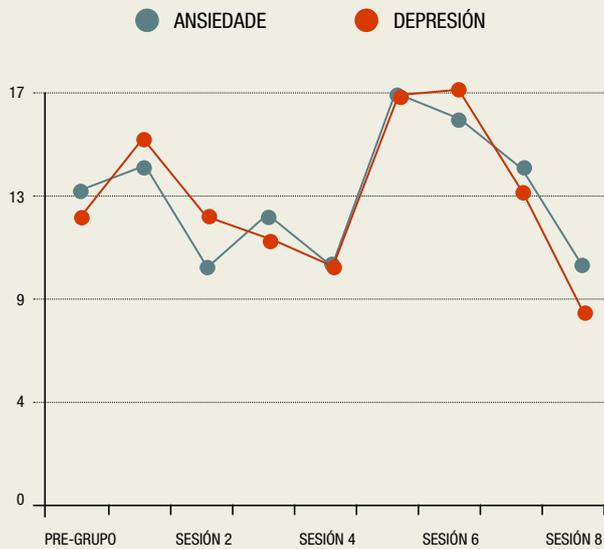
Participante 1:



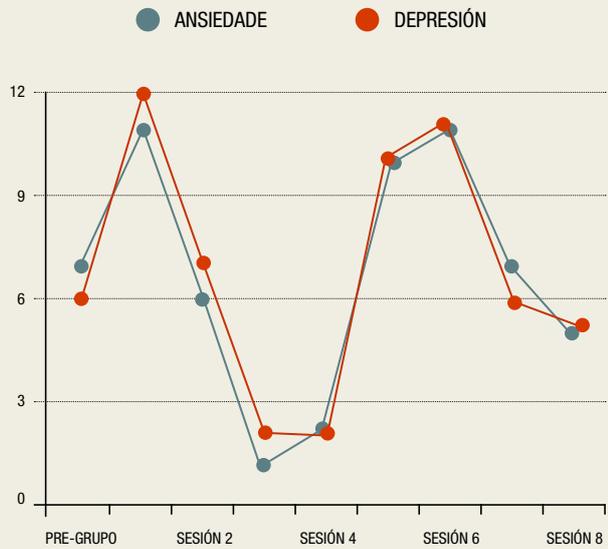
Participante 2:



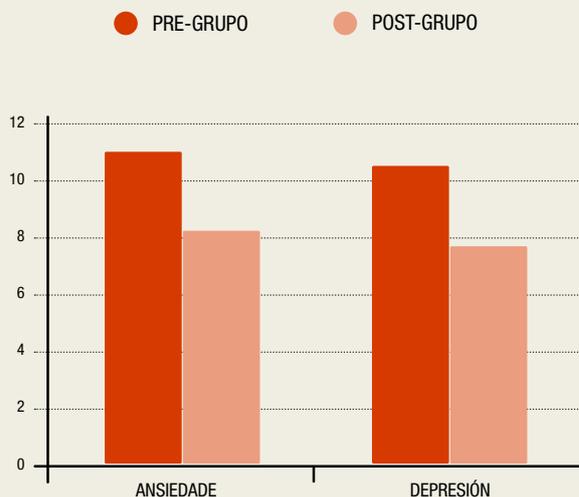
Participante 3:



Participante 4:



Medias nas puntuacións das Escalas de Ansiedade e Depresión comparando as aplicacións pre-grupo e post-grupo



Como se pode observar nas gráficas, tanto as puntuacións de ansiedade como de depresión sufriron un descenso en relación ás medidas antes de iniciar o grupo e unha vez finalizado o mesmo. Non obstante, e debido ao reducido tamaño da mostra, así como á homoxeneidade das participantes en canto a idade e xénero, os resultados deberían interpretarse coa suficiente cautela. Non pretendemos con este proxecto proporcionar uns resultados extrapolables ou xeneralizables a un amplo rango de poboación, senón exemplificar como unha terapia grupal limitada no tempo pode producir efectos positivos en persoas con sintomatoloxía ansioso-depresiva de moderada intensidade.

Tras ter realizado as entrevistas post-grupo e compartido os resultados e impresións coa persoa encargada de facer as derivacións, acordouse en consenso coas participantes que dúas delas continuarían en seguimento individual e outras dúas recibirían a alta clínica. Na actualidade, tres das participantes están dadas

de alta, mentres que só unha continúa a seguimento, apreciándose, non obstante, nela unha favorable evolución.

Gustaríanos facer mención ao feedback recibido polas participantes nas sesións individuais post-grupo.

Todas as participantes valoraron como positiva a súa participación no grupo e destacaron que o mesmo lles serviu para aprender a coñecerse mellor a elas mesmas, aprender diferentes recursos que as axudaron a manexar mellor situacións de ansiedade ou de sobrecarga no seu día a día. Destes recursos destacaron o adestramento en respiración, a detección de pensamentos automáticos negativos e a identificación das súas respostas fisiolóxicas de ansiedade/depresión.

Cabe mencionar tamén que unha das participantes, que contaba cunha situación familiar bastante complexa e amosou desde o inicio uns niveis de sintomatoloxía máis elevados que o resto de participantes, formulou o desexo que tivera de contar cun espazo de ventilación emocional propio e independente da participación no grupo dado que, aínda que se sentiu cómoda, non se viu capaz de compartir determinadas experiencias co resto do grupo.

CONCLUSIÓNS

Todo o exposto anteriormente fai referencia á primeira edición deste programa grupal que puxemos en práctica as residentes da Área Sanitaria de Ferrol. Actualmente realizamos xa a segunda edición e estamos a preparar a terceira. O obxectivo de continuar con futuras edicións é diverso: por unha banda, que as residentes teñamos a oportunidade de afrontar o manexo de sesións grupais, tan diferentes en canto a dinámica das sesións individuais; por outra, contribuír a que a demanda asistencial á que se ven sometidas as Unidades de Saúde Mental diminúa en certo modo e procurar dar un seguimento máis próximo no tempo a

pacientes que presentan unha sintomatoloxía que consideramos se pode beneficiar desta formulación.

Somos conscientes de que queda moito por mellorar e de cara ás futuras edicións decidimos facer unha serie de cambios, entre os que destacan reformular o criterio de idade, incluír máis exercicios que propicien a mellor creación dun clima grupal, modificar a disposición dos asentos, facendo que as terapeutas nos coloquemos integradas nun círculo coas participantes para que se nos perciba como unha parte activa do grupo, non vestir as batas brancas, xa que iso pode dar lugar a que os participantes nos vexan como figuras alleas a eles e, en parte, como modelos de autoridade en lugar de como elementos que forman parte do grupo.

A pesar dos múltiples erros que como residentes de Psicoloxía Clínica de primeiro e segundo ano poidamos ter cometido, valoramos como moi positiva esta iniciativa e afrontamos con ilusión as futuras edicións.

BIBLIOGRAFÍA

Agudelo, D., Buela-Casal, G., Donald, S.C. (2007). Ansiedad y depresión: el problema de la diferenciación a través de los síntomas. *Salud Mental* 30(2): 33-41.

American Psychiatric Association. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª edición). Editorial Médica Panamericana.

Barlow, D. (2015). *Protocolo Unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales*. Alianza Editorial.

Belloch, A., Sandín, B., Ramos, F. (2020). *Manual de psicopatología*. McGraw Hill.

Caballo, V., Salazar, I., Carrobbles, A. (2014). *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos*. Pirámide.

World Health Organization. (2000). *Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Editorial Médica Panamericana.

Yalom, I., Vinogradov, S. (1996). *Guía breve de psicoterapia de grupo*. Paidós.



CASO 2

A MAXIA DOS GRUPOS

Rocío López Díaz

PIR 4 HU Virgen Macarena Sevilla

Carlos Díaz Marcelo

FEA Psicología Clínica USMIJ HU Virgen Macarena Sevilla

Elisa Llamas López

FEA Psiquiatría USMIJ HU Virgen Macarena Sevilla

Ana Pérez Romero

MIR 4 HU Virgen Macarena Sevilla

carl_diaz82@hotmail.com

SUMARIO

CASTELÁN

*“A creatividade é un xeito de loitar
ante a angustia de ser mortal”*

Irene Vallejo

RESUMO

Traemos un relato acerca dun grupo operativo para mulleres nais que tivo lugar na Unidade de Saúde Mental Infanto-xuvenil do Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla. Realizamos unha historia desta viaxe en grupo coas observacións anotadas nas sesións.

Queremos describir o que nos pareceu terapéutico e reparador destas sesións que vai máis alá de calquera técnica e que ten que ver sobre todo co humano e cos factores comúns grupais descritos por Irving Yalom: cohesión de grupo, esperanza, universalidade, altruísmo, desenvolvemento de novas técnicas de socialización, aprendizaxe interpersoal, transmisión de información, conduta imitativa, catarse, recapitulación correctiva do grupo familiar primario e factores existenciais.

Parécenos importante sinalar tamén a importancia da carga que asumiu e asume a muller nesta sociedade, cousa que se puxo de manifesto nestas sesións e é de vital importancia para a súa saúde e a dos seus fillos.

PALABRAS CHAVE — Grupo operativo, lectura de emerxentes, maternidade, xénero, esperanza.

ABSTRACT

We bring a story about an operative group for “women-mothers”, which has taken place in the Child and Adolescent Mental Health Unit of the Virgen Macarena Hospital in Seville. We have made a story of this trip with the observations noted in the sessions.

We want to describe what we have found therapeutic and healing in these sessions, which transcends any technique and has to do with human and group’s Therapeutic Factors described by Irving Yalom: Group Cohesiveness, hope, universality, altruism, Development of Socializing Techniques, interpersonal learning, imparting information, Imitative Behaviors, catharsis, Corrective Recapitulation of the Primary Family Group and existential Factors.

It seems important to point out the importance of the burden that women assume for some times in this society, which has been demonstrated in these sessions and it is very important for their health and their children’s health.

KEY WORDS — Operational Group, Emergents Reading, Maternity, Gender, Common Group Factors

INTRODUCCIÓN

Gustaríanos poder compartir un traxecto da viaxe que fixemos xuntos, en grupo, ao longo destes meses.

Cada semana tiñamos programado un encontro, compoñiamos o grupo persoas, con roles diferentes: uns tiñamos o rol de terapeutas de grupo dunha Unidade de Saúde Mental Infanto-Xuvenil e outras eran mulleres convocadas por nós. Transmitirámolles a esperanza de que formar parte desta aventura podía axudalas a sentirse mellor e que as súas fillas e/ou fillos tamén o estivesen. Esta era a tarefa que daba sentido a estas reunións.

Comezamos a crear unha historia en conxunto, a través das historias de cada unha. As emocións e vivencias alí compartidas eran súas e eran de todos.

Estes momentos, en ocasións máxicos, pero sobre todo cálidos e reparadores son os que queremos compartir aquí.

Decidimos relatar esta viaxe a partir das propias palabras delas, co desexo de que quen o lea poida viaxar no tempo á nosa salina e acompañarnos tamén neste traxecto.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

As participantes do grupo son todas mulleres, nais dalgún/ha paciente identificado que atendiamos previamente na nosa Unidade. Presentaban moi diferentes problemáticas, fillos e fillas de distintas idades e unha historia persoal previa a ser nais que pensamos que podería estar a dificultar ese rol.

Tratamos de armar un grupo heteroxéneo nos membros que o compoñían e homoxéneo na tarefa pola que son convocadas a vir.

Reunimos moitas personalidades diversas con historias moi diferentes, pero todas elas mulleres tan ocupadas en coidar, que deixaran en último lugar o feito de coidarse a elas mesmas.

En cada reunión facíase palpable a enorme desigualdade e a carga social do rol de nai, do rol de muller. Isto atravesaba con forza case todas as sesións que tiñamos e daba sentido a que fose un grupo só para elas.

MOTIVO DE CONSULTA

Despois de 2 experiencias de grupo previas, unha delas interrompida polo COVID, tiñamos claro que espazo queríamos construír, queríamos crear un espazo seguro e coidadoso onde poder vivenciar outros roles delas complementarios ao rol de nais. Este cambio foi xerándose ao longo dos grupos previos, que inicialmente estaban máis enfocados á parentalidade e onde foron convocados pais e nais. Pero como reflexo da sociedade na que vivimos, só acudiron elas desde un inicio.

Queríamos construír un espazo no que a partir da seguridade e a vinculación co resto do grupo, puidesen entenderse, flexibilizarse e empoderarse. Todo iso con traxectos de ida e volta, pero xuntas nesa viaxe, a súa propia e a de todas, a vertical e a horizontal.

Ao longo da viaxe trouxeron ao presente a súa propia historia: de pequenas, como fillas, como irmás, de adolescentes, como os seus pais ou todo o contrario que eles, delas como parella, como amigas, como nais, como mulleres...

Así mesmo, traían os seus vínculos ao grupo: aos seus pais, aos seus fillos, ás súas parellas, aos seus irmáns...

OBXECTIVOS

Podemos resumir os seguintes obxectivos terapéuticos:

- Adaptarse de forma activa á realidade.
- Perder roles anteriores inadecuados.
- Posibilitar a asunción de novos roles.
- Asumir maior responsabilidade.
- Adquirir sentimentos básicos de pertenza e cooperación.

O formato do grupo é de grupo operativo: “O grupo operativo posibilita aprender a pensar e superalo a través da cooperación e a complementariedade, o cal permitirá enriquecer o coñecemento dun mesmo e dos outros. É terapéutico, porque a súa técnica axuda a resolver as dificultades internas de cada suxeito transformando o pensamento dilemático en dialéctico a través dunha tarefa na que está incluído o esclarecemento das resistencias ao cambio” (Otero 2018).

Dous coordinadores acompañabamos toda a sesión mentres outra compañeira tomaba notas e facía unha lectura de emerxentes 20 minutos antes de acabar a sesión, manténdose como observadora o resto do tempo. O momento da lectura sempre era un momento moi esperado e desexado, con certo aire máxico. Cargaba o grupo de sentido, de coherencia e de ilusión.

Partían dunhas expectativas que poderíamos pensar como escola de pais, pero nada mais lonxe da nosa intención. A nosa función era poder crear un espazo seguro onde estar xuntos, onde se puidese compartir, pensar e sentir nun clima de confianza. Un lugar sostedor, confiable onde descubrisen que elas mesmas, operando como un equipo, podían buscar esas respostas, ou aceptar que non as hai ou facerse outras preguntas.

Por tanto, a nosa misión como equipo coordinador non é a de dar respostas, e é que ademais nós tampouco as temos, como sinala Bleger: “Un punto culminante deste proceso é o

momento no cal o que insignia pode dicir ‘non sei’ e admitir con iso que realmente non coñece algún tema ou tópico do mesmo. Ese momento é de suma importancia, porque implica —entre outras cousas— o abandono da actitude de omnipotencia, a redución do narcisismo, a adopción de actitudes adecuadas na relación interpersoal, a indagación e a aprendizaxe, e a situación como ser humano fronte a outros seres humanos e fronte ás cousas tales como son” (Bleger, 1961).

En palabras de Diego Vico, “*forma parte da tarefa do equipo promover a creación dun clima de seguridade e confianza. Dispoñémonos accesibles e nunca asfixiantes e así botaremos os cimentos para a constancia do obxecto, aspecto terapéutico mais potente que o propio insight. Mahler fixo fincapé nos ingredientes que reúne a nai para promover a identidade no fillo e que son en todo idénticos aos que desempeña o terapeuta no seu traballo: presenza constante, estable, predicible e accesible” (Vico, 1998).*

INTERVENCIÓN

Como describir esta emocionante viaxe? Como facelo sen romper a maxia nin terxiversala?

Decidimos crear *a posteriori* un relato a partir das lecturas de emerxentes que faciamos en cada sesión.

Comezamos:

Este grupo foi unha viaxe “de atrás cara a adiante, de diante cara a atrás”, na que cada unha levaba a súa equipaxe. Coincidiron mulleres, á vez nais, ás que “de súpeto, hai algo que nos doe moito”.

A maleta estaba cargada dos fillos, “se el non está ben, eu non estou ben”.



Foto: Alex Andrews

Da familia, “a miña nai non foi unha nai ao uso, ía ao seu aire”, “todo vén polo meu pai, aínda así o quero con tolemia”.

De pranto, medo, “todos temos medo”.

De responsabilidade “de telo todo baixo control”.

De enfado e culpa, “sempre cun aí!, unha ago-nía”.

“De vestidos nos que non cabes ou nos que tentas meter a outro”.

Dun “manual de instrucións” aínda por construír.

A viaxe comeza confiando en que “expresar o que sentes é moi bo, xa verás que si”, sentando toda unha base de intencións “aquí estamos, o que necesites”, “ti non te podes sentir culpable, tes que axudarte a ti, non o permitas”.

Porque “que máis es aparte de nai?”.

“Teño que recoñecer que ás veces me sinto débil”.

“Igual é polo que che sucedeu”.

E empezan a ver como lles influíu o seu pasado:

“As experiencias, cando son negativas, marcan”.

“A relación que tiveron cos meus pais fai que me estea sendo difícil chegar aos meus fillos”.

“Eu gardeimo para que os meus fillos non sufran”.

“A historia dunha inflúe na historia como nai”.

“Non somos conscientes, vivencias, como o transmitimos”.

“Absórbeme ou déixome absorber?”.

E descubrimos que “crise significa oportunidade e, se miramos día a día, ímonos facendo máis capaces de mirar cara a atrás”.

Comezan a saír cousas difíciles de integrar:

“Chorar ou non chorar?”.

“Chorar diante dos demais?”.

“Mamá está moi triste, cansa, alegreime de dicirlle iso”.

Só dentro do grupo ou o podemos facer tamén fóra?

E van empezando a axustar:

“Construír a miña forma, a nai que quero ser”.

“Apegar o desapegado”.

E a atopar no grupo un lugar onde:

“Non nos sentimos nin xulgadas nin criticadas, sentímonos comprendidas”.

“Ti estasme escoitando”.

“Non, estou a comprenderte”.

“Este anaco é como unha pausa, un descanso de pensamentos negativos”.

“Escoitarvos dáme paz”.

E aínda que “eu estou en continua interferencia, aquí estamos todas en sintonía”.

E empezan a poder mirar máis alá da primeira paisaxe

“Teño que pensar en min”.

“Hai que darlle voltas a iso”.

“Hai que educar sen a nosa presenza constante”.

“Es tamén unha persoa”.

“E que pasa se non o fas?”.

“Non nos axudan ou non nos deixamos axudar?”.

“Perfecto non é ninguén”.

“Non te amoles, estamos nun camiño de aprendizaxe”.

“Non te podes sentir culpable por ser humana”.

Vai saíndo unha inmensa aprendizaxe:

“Desprendernos dos lastres do pasado”.

“Vivir con serenidade os momentos negativos, que tamén son necesarios”.

“A miña forma de ser pode ser algo, pero non todo”.

“A vida son luces e sombras, cun raio negro, o amarelo brilla máis”.

“Tantas cores e distraémonos”.

“É posible que só dependa de min?”.

“Vou parar un pouquiño, vou tratalo con calma”.

“Soltar, deixar ir, medo”.

“Ás veces hai que romper a coiraza para curar”.

“Hai que ir deixando voar, aos poucos”.

“Acompañar no voo, estar presentes, equilibrio”.

“Eu quero un punto medio”.

“Vin o meu fillo respirar, el é capaz de pedir axuda”.

“Estou a soltar lastre, ese é o segredo”.

“As cousas poden estar peor, a que estou mellor son eu”.

“Cada unha ten a súa fórmula, somos humanas”.

Chegando ao final da viaxe descubrimos que os panos de bágoas poden converterse en flores e que, “aínda que non haxa nin música nin *gin tonic*, isto é unha festa”, porque é un espazo para elas. “Vamos! Arranca que xa non para”.

CONCLUSIÓNS

Como profesionais da saúde mental cremos firmemente na importancia de construír espazos terapéuticos humanistas, afectivos, seguros e coidadosos. Onde o outro che importe e ti lle importes. Onde sexa posible compartir, ser un mesmo e crecer. Somos seres sociais desde que nacemos, mesmo antes. Consideramos que igual que un “enferma” nun contexto relacional tamén ha de sandar nun espazo así.

Cremos que o cambio, a potencia destes encontros está en aspectos difíciles de describir que tentamos polo menos desvelar en parte no noso relato, Valentín Escudero descríbeseos así:

“Na miña opinión son a esencia da psicoterapia; representan o coñecemento terapéutico máis directo e persoal; o que está nos ollos, nas mans, nunha bágoa, nas risas. Adoitan ser se se sabe aproveitar ben, a porta de entrada ao cambio, o permiso para sentir con liberdade” (Escudero, 2015).

Como terapeutas temos o privilexio de formar parte de experiencias como estas que nos axudan tamén a crecer como persoas, *“somos acubilladores de segredos. Todos os días, os pacientes hórannos cos seus segredos, con frecuencia nunca antes compartidos. Recibir tales segredos é un privilexio dado a moi poucos. Os segredos provén unha visión dos entrepanos da condición humana, sen adornos sociais, sen papeis nin fanfurrñadas, nin poses (...) Co tempo o feito de acubillar segredos volveume máis amable e máis comprensivo”* (Yalom, 2002).

Achegámonos ao final desta viaxe cunhas bonitas palabras de Martín Madrazo describindo o seu quefacer grupal. *“Creo que viaxar é como realizar grupos. Igual que viaxar, traballar con grupos supón unha aventura, hai risco, emoción, adicción. Como toda boa viaxe o grupal produce ansiedade, medos, decepción, ganas, confusión, frustración, ilusión... Viaxar e facer grupos é unha forma de crecer porque*

retés canto ves e canto oes, na memoria e na retina, máis tarde terás que interpretalo” (Martín Madrazo 1999).

Poder ser sostida ante a adversidade, compartido para non sentirse soa, sentirse comprendida e aceptada é parte da maxia dos grupos e permite que un simple pano de bágoas ofrecido como consolo, poida converterse nunha flor.

Esperamos con esta viaxe podervos transmitir a maxia deste grupo.



BIBLIOGRAFÍA

Bleger, J. (1961). *Grupos operativos en la enseñanza*. Conferencia ditada na Asociación de Psicología y Psicoterapia de Grupos. Buenos Aires, Argentina.

Escudero, V. (2015). *Amenazan con quererme*. Editorial Grupo 5.

Martín Madrazo, C. (1999). Experiencias de trabajo grupal en la práctica. *Área 3*, N° 7, 17-22.

Otero, J., Vallejo, E., Mantrana, L. (2018). Psicoterapias de grupo en los sistemas de salud públicos desde la concepción operativa de grupo. *Norte de Salud Mental*, vol. XV N° 59, 120-126.

Vico, D., Iriazabal, E. (1998). Aprender en grupo operativo. *Área 3*, N.º 6, 28-39.

Yalom, I. (2002). *El don de la terapia*. Destino.



COMUNICACIÓN

ALIANZA TERAPÉUTICA E PSICOSE

Marta González Rodríguez

Psicóloga Clínica da Unidade de Rehabilitación Psiquiátrica, Área Sanitaria de Ourense

Sabela Bermúdez Míguez

Psicóloga Clínica do Centro de Orientación Familiar, Área Sanitaria de Ferrol

Noelia Pita Fernández

Psicóloga Clínica Interconsulta e Enlace, Área Sanitaria de Ferrol

marta.glez.riguez@gmail.com

“Necesitamos confianza nas nosas subxectividades únicas, os nosos instrumentos de curación máis potentes”

Silver, Koehler e Karon, 2006

“No caso da loucura, o principal poderío da psicoterapia reside sobre todo na transferencia”

Álvarez, 2020

RESUMO

Historicamente, a aproximación terapéutica á psicose foi escasa. Na actualidade, as intervencións psicolóxicas demostraron a súa eficacia. No presente texto realizamos unha revisión bibliográfica sobre o concepto de alianza terapéutica e a súa aplicación en psicose. Destacamos a relevancia do rol da Psicoloxía Clínica na intervención en trastorno mental grave e damos claves para o correcto establecemento da alianza terapéutica.

PALABRAS CHAVE — Esquizofrenia, psicose, alianza terapéutica.

ABSTRACT

Historically, the therapeutic approach to psychosis has been scarce. Nowadays, psychological interventions have demonstrated their efficacy. In the present text, we conducted a bibliographical review on the concept of therapeutic alliance and its application in psychosis. We highlight the relevance of the role of Clinical Psychology in the intervention in severe mental disorders and we give keys for the correct establishment of the therapeutic alliance.

KEY WORDS — Schizophrenia, psychosis, therapeutic alliance.

INTRODUCCIÓN

Historicamente, o achegamento da Psicoloxía Clínica á psicose foi limitado. A abordaxe das experiencias de tipo psicótico realizouse fundamentalmente desde a Psiquiatría. A intervención psicolóxica reduciuse xeralmente á psicoeducación, circunscrita a maioría das veces a un aleccionamento para que a persoa non abandone o psicofármaco; á intervención coas familias (con sorte), aínda que a miúdo esquecendo a persoa identificada como usuaria e centrándose exclusivamente nos familiares; ou aos programas de rehabilitación psicossocial, limitados xeralmente ao adestramento de habilidades específicas, como o afrontamento de síntomas, as habilidades sociais e da vida diaria, entre outros.

Así, a atención ao paciente psicótico na sanidade pública céntrase fundamentalmente na estabilización clínica en crise (ingreso hospitalario e tratamento farmacolóxico) e seguimento tras mínima compensación polos Centros de Saúde Mental (CSM), realizado principal ou unicamente por psiquiatría e centrado no fármaco, case sempre. O papel da Psicoloxía Clínica: só coadxuvante.

De feito, é de sinalar que neste momento na nosa comunidade autónoma hai Unidades de Hospitalización Psiquiátrica (UHP), Equipos de Atención Domiciliaria e incluso Hospitais de Día (!) nos que directamente non hai ningunha psicóloga clínica adscrita.

E isto non é só na nosa comunidade autónoma. Por nomear outros exemplos, na Comunidade de Madrid, o habitual é a ausencia total ou a presenza testemuñal (media praza) da Psicoloxía Clínica nas UHP. Pero isto repítese, tristemente, en diversas comunidades.

Chama a atención que esta situación siga ocorrendo na actualidade, cando, pola contra, as intervencións psicolóxicas en psicose demostraron a súa eficacia, efectividade e eficiencia (Fonseca coord., 2019) e as principais guías clínicas recóllenas como tratamento de elección

(NICE, 2014).

Ademais, unha maior presenza da Psicoloxía Clínica daría resposta ao sentir dos movementos centrados no paciente, coa súa demanda crecente de atención psicolóxica e de traballo colaborativo.

Neste contexto, faise evidente que é necesaria, precisa e conveniente, outra forma de achegamento ao paciente psicótico e aquí, o concepto de Alianza Terapéutica (AT) como pedra angular sobre a que se constrúe toda intervención, cobra especial relevancia, tamén no campo da psicose.

ALIANZA TERAPÉUTICA

O establecemento dunha adecuada AT constitúe un factor clave do proceso psicoterapéutico. Numerosos estudos avalan o papel da relación terapéutica e a capacidade empática con resultados favorables en psicoterapia (Horvath, Del Re, Flükiger e Symonds, 2011; Horvath e Symonds, 1991).

Neste sentido, relacionouse o emprego de habilidades empáticas e o desenvolvemento dun vínculo entre profesional e paciente cunha redución do *distress* emocional, unha maior adherencia aos tratamentos, un menor número de conflitos e reclamacións, unha diminución do *burnout* sanitario e unha maior satisfacción percibida con respecto á atención recibida (Boissy et al., 2016; Delvaux et al., 2004; Roter et al., 1995; Van Mol et al. 2015).

Cando falamos de relación ou AT, debemos atender á capacidade empática do profesional (Rogers, 1942; Rogers, 1981) e a tres elementos fundamentais, que xa definía Bordin (1979): o vínculo entre terapeuta e paciente, o grao de acordo alcanzado con respecto aos obxectivos e o grao de acordo sobre as tarefas expostas.

Seguindo esta perspectiva, é necesario sinalar a relación entre o vínculo terapéutico e a capacidade empática, entendida como a capa-

cidade de transmitirlle á outra persoa que a comprendemos (Feller e Cottone, 2003; Nienhuis et al., 2016). En relación con estes conceptos, parece importante rescatar o termo de *attunement communicative*, que fai referencia á sintonización co paciente ou a mensaxe do outro, a través de respostas ou estratexias comunicativas (Elliot et al., 2011).

Por tanto, se conseguimos a través das habilidades de escoita activa ou escoita efectiva unha sincronía coa persoa coa que compartimos o espazo terapéutico, facilitaremos o establecemento dunha adecuada AT, que promova á súa vez o traballo psicoterapéutico e abra o camiño cara á melloría clínica (Rogers, 1980; Boudreau, Cassell e Fuks, 2009; Fernández Liria, A. e Rodríguez Vega, 2002).

A este respecto, aínda que xa desde os inicios da psicoterapia resaltouse o papel da AT ao longo da historia foi quedando relegada a un segundo plano, a favor dos traballos dirixidos a estudar a eficacia das distintas escolas ou intervencións psicoterapéuticas.

Na actualidade rexurdiu de novo o interese pola relación terapéutica, onde xa Lambert no ano 1992 puxera o foco de atención, ao atribuír aos denominados factores comúns, o 30% da varianza explicada con respecto á obtención de resultados favorables en psicoterapia (Lambert, 1992; Lambert, 2001). Así, Norcross e Wampold (2011) redirixiron de novo este foco cara á relación terapéutica e a capacidade empática, categorizando estes como elementos manifestamente eficaces do proceso psicoterapéutico, xunto con outros factores relacionados coa sintonía entre o terapeuta e o usuario.

Neste sentido pronunciouse a APA o 9 de agosto do 2012 cando publica a *Resolución sobre o recoñecemento da Eficacia en Psicoterapia* (Campbell, Norcross, Vasquez e Kaslow, 2013); na que ademais de confirmar a eficacia da mesma, asume que non existen diferenzas significativas entre as distintas orientacións terapéuticas, situando aos factores comúns en psicoterapia

como elementos clave.

AT NA PSICOSE: PARA QUE?

Existe múltiple e diversa literatura sobre a importancia da AT, pero o coñecemento sobre AT e trastorno mental grave é aínda limitado, e son poucos os estudos que avaliaron o papel da AT no tratamento dos trastornos psicóticos (Bourdeau et al., 2009).

Do mesmo xeito que con outro tipo de problemáticas, comprobouse que o establecemento dunha boa AT é necesario para permitir o cambio, e que favorece o éxito da psicoterapia tamén con pacientes psicóticos (Frank e Gunderson, 1990; Goldsmith et al., 2015; Priebe et al., 2011).

Unha revisión sistemática recente (Da Costa et al., 2020) conclúe que a calidade da AT correlaciona coa redución dos síntomas clínicos, o aumento do *insight*, do apoio social e do familiar, certas calidades do terapeuta, a dispoñibilidade da toma de decisións terapéuticas compartidas e os tipos de hospitalización (menos ingresos involuntarios).

Sintetizando, aínda que existen certas diverxencias, as liñas de investigación en xeral parecen sinalar que:

- A relación entre o proceso de recuperación e o establecemento dunha AT é recíproca. A mellora da comunicación, unha relación baseada na confianza e o respecto mutuo determinan unha boa alianza terapéutica.
- A gravidade dos síntomas e un pobre *insight* asóciase negativamente coa calidade da AT, valorada tanto polas persoas usuarias como polas terapeutas. Esta correlación é constante e moderada.
- Os trastornos metacognitivos correlacionan negativamente coa calidade da AT.

- Existe unha correlación inversa entre a calidade da alianza e o número e duración das hospitalizacións, así como a administración dun tratamento médico inxectable de liberación prolongada. A coerción percibida na intervención asóciase negativamente coa AT.
- O apoio social e a convivencia coa familia teñen un impacto positivo.
- Por parte do terapeuta, como xa dicía Rogers (1980) a empatía, a competencia e a autenticidade melloran a AT introducindo a horizontalidade no traballo clínico.

AT NA PSICOSE: COMO?

Como dicíamos, ao longo da literatura científica son numerosos os estudos que puxeron de manifesto a importancia de incluír intervencións psicoterapéuticas nos programas dirixidos ao tratamento de persoas con experiencias psicóticas. Na actualidade, a intervención psicolóxica é recollida nas Guías de Práctica Clínica, como parte do tratamento integral das psicoses (Nice, 2014).

Con todo, estas voces a favor de intervencións centradas na persoa, que defenden a creación de espazos seguros, de escoita e acompañamento, lonxe das medidas coercitivas e a sobremedicación, non son novas. Proxectos como o de Soteria, iniciado a comezos dos anos 70 na cidade de San Francisco, da man de Mosher (2004), e que posteriormente se desenvolveu noutras partes do mundo, como Suíza, Finlandia e Alemaña, entre outros países, demostraron que a creación de contornas sociais tranquilas, baseados no respecto mutuo e empatía, facilitaban o proceso de recuperación das persoas con experiencias psicóticas.

O desenvolvemento deste tipo de contornas foi impulsando ao longo de distintos países a creación de casas para ofrecer coidados e

acompañamento ante situacións de crise en saúde mental. Así, casas como as da Weglaffhaus (Berlín) e a Casa de Crise para Mulleres de Drayton Park (Londres) seguen funcionando na actualidade, manténdose como alternativas á hospitalización psiquiátrica. No noso país, asociacións como o proxecto a Casa Polar en Cataluña (en busca de financiamento na actualidade, <https://lacasapolar.org/>), ou espazos de apoio mutuo (GAM) como Flipas-GAM, en Madrid; Hierbabuena, Asociación por la Salud Mental, en Asturias; ou GAM Compostela, facilitan o encontro mutuo entre persoas que viviron-sufrido experiencias similares, promovendo espazos nos que o compañeirismo e a escoita forman parte da recuperación.

As relacións terapéuticas sólidas caracterízanse por unha atención individualizada e un trato confiable e respectuoso. Pero a pesar da énfase posta na AT desde diversos enfoques e da abundante literatura que a pon en valor, coñécese pouca información sobre os factores que conducen á formación dunha alianza positiva en psicose.

Inchausti et al. (2019); en relación co proceso psicoterapéutico nos trastornos do espectro psicótico, recollen o modelo de Luborsky sobre a AT cos seus dous compoñentes (perceptivo e relacional). Así, destacan que para construír o compoñente perceptivo, as intervencións deberán centrarse na comprensión e na aceptación dos problemas do paciente, así como apoiar os obxectivos do tratamento e recoñecer as áreas de competencia e o progreso cara ao logro dos obxectivos. O compoñente de relación construírse fomentando o vínculo, promovendo a procura conxunta para a comprensión, facilitando a adquisición de novas habilidades e salientando a natureza colaborativa do tratamento.

Por diversas razóns, establecer unha auténtica relación de colaboración con persoas que están a vivir experiencias de tipo psicótico non é sinxelo. Propuxéronse algunhas características



Foto: Ozan Çulha

SUMARIO

INICIO

da personalidade dos profesionais que poden facilitar a tarefa. Silver et al. (2006) describen ao profesional como “*tolerante, amable, confundido e testán, que está alí para axudar, e que non se rende*”. Tamén se destacan a flexibilidade e a capacidade para traballar en equipo (Seikkula, 2016, co seu Diálogo Aberto dá conta especialmente disto), o traballo de maneira construtiva cos familiares (o que á súa vez garante un apoio social sostido e unha asistencia para o paciente) e o desenvolvemento dun interese xenuíno por axudar.

José María Álvarez no súa recente obra *Principios de una Psicoterapia para la Psicosis* (2020) describe como debe ser a rede asistencial necesaria para a psicose: “*Rede referencial que limita o extravío do lunático ata o infinito; rede protectora que, no caso de que perda pé, lle garanta caer en lugar seguro; rede relacional—sen dúbida sui generis— destinada a atenuar a soidade esencial que o posúe*”. É aí, desde esa rede, onde poderemos acomodar mellor, di, a dimensión asistencial que nos permita facernos cargo da dimensión clínica: que escoita a particularidade do suxeito.

Clinicamente, falabamos no punto anterior de como os déficits metacognitivos poderían entorpecer o establecemento dunha boa AT. Desde esta perspectiva, Lysaker et al. (2005) demostraron que abordar as capacidades metacognitivas dunha persoa con este tipo de trastorno, mellora a AT, ao actuar sobre os síntomas e o *insight*. E propoñen nun texto posterior (Lysaker e Lysaker, 2006) traballar a calidade da AT a través dunha forma moi específica de diálogo. Explican que a miúdo o discurso na tolemia presenta o que denominan unha “*narrativa empobrecida*”, que relacionan cunha perda de axencia por un trastorno do eu (perda da sensación de ter experiencias do mundo, dos demais e dun mesmo que son propias). O traballo coas capacidades metacognitivas parece desempeñar un papel na capacidade da persoa para restablecer o seu sentido do eu e as súas capacidades narrativas. Mellorar esta capacidade narrativa mellora o diálogo entre o paciente e o seu terapeuta e,

por tanto, mellora a AT.

Na tolemia, historicamente, foi desvalorizado o poder de decisión da persoa sobre o manexo da súa propia patoloxía, tras o escudo do pobre *insight*. Ata o punto de que sabemos que en contextos coercitivos, permitir eleccións tan simples como poder apagar ou acender unha luz mellora a AT. Na actualidade, a tendencia diríxese a empoderar máis as persoas e a reflectir a súa voz directamente no plan de tratamento. Autores como Farrelly et al. (2015) descubriron que a elaboración dun Plan de Crise Conxunto mellora a calidade da relación terapéutica ao restaurar o respecto, a identidade e o sentido de humanidade. Ou, na mesma liña, Deegan e o seu grupo (2008) propuxeron un programa que promove a toma de decisións terapéuticas compartidas, cun cuestionario cumprimentado polos pacientes antes da consulta, para involucralos ao máximo na decisión terapéutica.

No noso país, o Servicio Andaluz de Salud recolle xa os plans de crise na súa *Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento de la Psicosis y la Esquizofrenia. Manejo en Atención Primaria y en Salud Mental* (2016), especificando que deben ser elaborados CONXUNTAMENTE co paciente e o seu coordinador de cuidados e que “*debería ser respectado e levado á práctica, incorporándoo ao plan de cuidados*”. Describe ademais os puntos que o devandito plan debería incluír dando un peso moi importante ás necesidades e desexos da persoa usuaria. Destacar que dita guía, ademais de ter moi en conta a subxectividade da persoa en todos e cada un dos seus apartados, fala especificamente da cuestión da alianza e das intervencións desde a Psicoloxía Clínica.

Vemos que comprender mellor e ter en conta os principais factores asociados á calidade da AT dunha persoa cun trastorno psicótico abre a porta a unha serie de melloras prácticas que redundarán nunha mellora clara da atención.

CONCLUSIÓN: AT EN PSICOSE: (AS NOSAS) DIFICULTADES

As revisións sistemáticas que analizan a cuestión da AT en psicose refiren que os síntomas e o *insight* só explican unha varianza que oscila entre o 5% e o 37% (Da Costa et al., 2020) Repetimos: só entre o 5% e o 37%.

Con todo, como dicíamos, ao longo da historia foron moitas as reticencias presentadas cara a psicoterapia e a idea de que esta forme parte dos tratamentos con este grupo de persoas. Aínda en moitos lugares isto continúa e se segue a deixar o coidado da psicose en mans case exclusivamente da psiquiatría e do modelo bioloxicista, a pesar das súas importantes limitacións tanto na teoría do problema (seguimos sen noticias do xen, a neurotransmisión ou anomalía estrutural... reveladora da psicose); como solucionadora do mesmo (pobres resultados, importantes efectos secundarios multisistema...).

As dificultades específicas das persoas que están a vivir unha experiencia psicótica teñen o seu peso, obviamente, e ás veces dificultan o establecemento da alianza. Como dicíamos, toca ser máis flexible, máis persistente, máis creativo quizais... Pero iso non implica que non se poida establecer AT e, desde aí, construír intervencións psicolóxicas clinicamente valiosas.

Falamos de relacións que poden ser moi longas, que pasarán por distintos momentos, algúns nos que a propia desestabilización faga que a axuda se perciba como coercitiva e a relación fraquee. Entón quizais non permita máis que un acompañamento terapéutico (como se iso fose pouco...). Un paseo cos cans polos xardíns do hospital, unha mesa compartida no taller de café... Outros momentos nos que a AT se mostre máis sólida e nos sirva de base para facer intervencións máis incisivas (sobre a sintomatoloxía, sobre a ruptura vital,

sobre as relacións familiares ou de parella...). Pasando por outros nos que esteamos aí botando unha man nas necesidades máis básicas do día a día como se ten tabaco, ou solucionar quen se encarga da súa mascota mentres está ingresado.

Talvez a relación sexa, como dicía Álvarez, “*sui generis*”, pero é.

Por suposto, hai lugar para unha AT sólida en psicose e, por suposto, non cabe dúbida do seu valor incalculable para a intervención psicolóxica.

A dúbida é: estamos en condicións de mostrarnos auténticas, cálidas, flexibles... tamén ante este tipo de problemática? No estudo citado de Da Costa (2020) menciónanse as dificultades propias do terapeuta á hora de empatizar con pacientes con psicose. Igual estamos delirando, pero será que nos estamos aínda autolimitando polo estigma da gravidade, cronicidade, falta de *insight*, “enfermidade biolóxica” da psicose?

Como vimos, a varianza da AT está principalmente determinada por outros factores fóra da sintomatoloxía ou o pobre *insight*. Moitos deles comúns a outros cadros, outros non... Pero quizais, salvados os nosos medos e inseguridades á hora de traballar coa “gravidade”, poderemos levantar a cabeza dos libros e facer o que sabemos. Xerando unha alianza terapéutica coa PERSOA, e punto. Partindo dos seus desexos, das súas necesidades, tratando de dar resposta a iso, escoitando a parte sa, máis que a enferma, para poder construír acordos de traballo desde aí que sexan realmente compartidos, útiles e con posibilidade de proxección.

BIBLIOGRAFÍA

Álvarez, J. (2020). *Principios de una psicoterapia de la psicosis*. Xoroi Ediciones.

Arnkil, T. E. e Seikkula, J. (2016). *Diálogos terapéuticos en la red social*. Herder Editorial.

Boissy, A., Windover, A. K., Bokar, D., Karafa, M., Neuendorf, K., Frankel, R. M., Merlino, J., e Rothberg, M. B. (2016). Communication Skills Training for Physicians Improves Patient Satisfaction. *Journal of general internal medicine*, 31(7), 755–761. <https://doi.org/10.1007/s11606-016-3597-2>

Boudreau, J. D., Cassell, E. e Fuks, A. (2009). Preparing medical students to become attentive listeners. *Medical Teacher*, 31(1), 22-29. <http://dx.doi.org/10.1080/01421590802350776>

Bourdeau, G., Thérroux, L., e Lecomte, T. (2009). Predictors of therapeutic alliance in early psychosis. *Early intervention in psychiatry*, 3(4), 300-303.

Campbell, L. F., Norcross, J. C., Vasquez, M. J. T., e Kaslow, N. J. (2013). Resolution on the Recognition of Psychotherapy Effectiveness Recognition of psychotherapy effectiveness: The APA resolution. *Psychotherapy*, 50(1), 98–101. <https://doi.org/10.1037/a0031817>

Da Costa, H., Martin, B., e Franck, N. (2020). Determinants of therapeutic alliance with people with psychotic disorders: A systematic literature review. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 208(4), 329-339.

Deegan, P.E., Rapp, C., Holter, M. e Rieffer, M. (2008). Best practices: A program to support shared decision making in an outpatient psychiatric medication clinic. *Psychiatry Serv.* 59:603–605.

Delvaux, N. Razavi, D., Marchal, S., Bredart, A., Farvacques, C. y Slachmuylder, J. L. (2004). Effects of a 105 hours psychological training program on attitudes, communication skills and occupational stress in oncology: a randomized study. *British Journal of Cancer*, 90(1), 106-114. <https://doi.org/10.1038/sj.bjc.6601459>

Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C. e Greenberg, L. S. (2011). Empathy. *Psychotherapy*, 48(1), 43.

Farrelly, S., Lester, H., Rose, D., Birchwood, M., Marshall, M., Waheed, W., e Thornicroft, G. (2015). Improving therapeutic relationships: joint crisis planning for individuals with psychotic disorders. *Qualitative Health Research*, 25(12), 1637-1647.

Feller, C. P., e Cottone, R. R. (2003). The importance of empathy in the therapeutic alliance. *The Journal of Humanistic Counseling, Education and Development*, 42(1), 53-61.

Fernández Liria, A. e Rodríguez Vega, B. (2002). *Habilidades de entrevista para psicoterapeutas*. Bilbao. Desclée de Brouwer.

Fonseca E. (Coord.) (2019). *Tratamiento psicológicos para la psicosis*. Madrid: Pirámide.

Horvath, A. O. e Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38(2), 139-149. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-0167.38.2.139>

Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C. e Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 9-16. <http://dx.doi.org/10.1037/a0022186>

Inchausti, F., Sánchez-Reales, S. e Prado-Abril, J. (2019). Proceso psicoterapéutico en los trastornos del espectro psicótico. En *Tratamiento psicológicos para la psicosis* (pp. 145-174). Pirámide.

Lambert, M. J. (1992). *Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapists*. NY. Basic Books.

Lambert, M. J. e Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 357-361. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-3204.38.4.357>

Lysaker, P.H., Carcione, A., Dimaggio, G., Johannesen, J.K., Nicolò, G., Procacci, M. e Semerari, A. (2005). Metacognition amidst narratives of self and illness in schizophrenia: Associations with neurocognition, symptoms, insight and quality of life. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 112:64-71.

Mosher, L. R., Hendrix, V. e Fort, D. C. (2004). *Soteria: Through Madness to Deliverance*. Bloomington. Xlibris Corporation.

National Institute for Health and Clinical Excellence (2014). *Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management*. Londres: Nice.

Nienhuis, J. B., Owen, J., Valentine, J. C., Winkeljohn Black, S., Halford, T. C., Parazak, S. E., Budge, S., & Hilsenroth, M. (2018). Therapeutic alliance, empathy, and genuineness in individual adult psychotherapy: A meta-analytic review. *Psychotherapy research: journal of the Society for Psychotherapy Research*, 28(4), 593-605. <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1204023>

Norcross, J. C. e Wampold, B. E. (2011). Evidence-based therapy relationships: Research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy*, 48(1), 98-102. <http://dx.doi.org/10.1037/a0022161>

Rogers, C.R. (1980). *A way of being*. Boston. Houghton Mifflin.

Roter, D. L., Hall, J. A., Kern, D. E., Barker, L. R., Cole, K. A. e Roca, R. P. (1995). Improving physicians' interviewing skills and reducing patients' emotional distress. A randomized clinical trial. *Archives of Internal Medicine*, 155(17), 1877-1884.

Servicio Andaluz de Salud (2016). *Guía de práctica clínica para el tratamiento de la psicosis y la esquizofrenia: manejo en atención primaria y en salud mental*.

Shick Tryon, G., Collins Blackwell, S. e Felleman Hammel, E. (2007) A meta-analytic examination of client-therapist perspectives of the working alliance. *Psychotherapy Research*, 17:6, 629-642. <https://doi:10.1080/10503300701320611>

Silver, A., Koehler, B. e Karon, B. Psicoterapia psicodinámica para la esquizofrenia. En: Read, L., Mosher, L., Bentall, R. (coords.). *Modelos de locura*. Barcelona. Herder, 2006; p. 255-270.

Van Mol, M. M. C., Kompanje, E. J. O., Benoit, D. D., Bakker, J. e Nijkamp, M. D. (2015). The prevalence of compassion fatigue and burnout among healthcare professionals in intensive care units: A systematic review. *PLoS ONE*, 10(8). <https://doi:10.1111/j.1365-2702.2011.03991>

Nº15 Revista Oficial da Sección de Psicoloxía e Saúde do COPG

OBXECTIVO DA PUBLICACIÓN

O Anuario foi, e é, unha publicación aberta. Nace co propósito de dar voz e oído, de invitar á reflexión dos que escriben e dos que len, sobre temas de interese para a Psicoloxía Clínica.

Cada número vértébrase sobre un tema central, enfocado desde diversos ángulos, incluíndo áreas de coñecemento alleas á propia, pero que poden achegar novos mapas.

PERIODICIDADE DA PUBLICACIÓN

Publicación de carácter anual.

NORMAS DE PUBLICACIÓN

AUTORES DOS ARTIGOS DO MONOGRÁFICO

Os artigos serán solicitados aos autores por parte do Equipo de Redacción do Anuario; os textos deben ser orixinais e o estilo será libre, seguindo o obxectivo xeral marcado polo Equipo.

A EXTENSIÓN máxima será de 17 páxinas, letra Times New Roman, tamaño 12, interliñado sinxelo.

A ESTRUCTURA do artigo será a seguinte:

- Título.
- Autor, lugar de traballo e e-mail de contacto.
- Resumo (150 palabras) en español ou galego e en inglés.
- Palabras chave: entre 3 e 5, en español ou galego e en inglés.
- Bibliografía estilo APA: mínimo de 5 referencias bibliográficas.

ARTIGOS ANUARIO ABERTO: CASOS CLÍNICOS

Incluíranse descrições dun ou máis casos clínicos que supoñan unha contribución ao coñecemento da psicopatoloxía ou da intervención psicoterapéutica.

A EXTENSIÓN máxima do texto será de 6 páxinas, letra Times New Roman, tamaño 12, interliñado sinxelo.

A ESTRUCTURA do Caso Clínico deberá ser a seguinte:

- Título.
- Nome e apelidos dos autores, centro de traballo e un e-mail de contacto.
- Resumo (150 palabras): en galego ou español, e en inglés.
- Palabras chave: entre 3 e 5, en galego ou español, e en inglés.
- Introducción.
- Datos sociodemográficos.
- Motivo de consulta.
- Obxectivos.
- Intervención.
- Conclusións.
- Referencias bibliográficas: segundo a normativa da APA, cun mínimo de 5 referencias bibliográficas.

ARTIGOS ANUARIO ABERTO: COMUNICACIÓNS LIBRES

Incluíranse traballos orixinais nos que se describan traballos de investigación ou revisións teóricas de temáticas psicolóxicas, desde un punto de vista clínico ou asistencial.

A EXTENSIÓN máxima do texto será de 17 páxinas, letra Times New Roman, tamaño 12, interliñado sinxelo.

A ESTRUCTURA da Comunicación Libre deberá ser a seguinte:

- Título.
- Nome e apelidos dos autores, centro de traballo e un e-mail de contacto.
- Resumo (150 palabras): en galego ou español, e en inglés.
- Palabras chave: entre 3 e 5, en galego ou español, e en inglés.
- Introducción.
- Conclusións.
- Referencias bibliográficas: segundo a normativa da APA, cun mínimo de 5 referencias bibliográficas.

ANUARIO DE PSICOLOGÍA Y SALUD

Nº/ **15**

Revista Oficial de la
Sección de Psicología y Salud del COPG

CUERPO

PARIR

SENTIDOS

MODIFICACIÓN CORPORAL

CAMBIOS

DISTORSIONES

DOLOR

Nº15
REVISTA OFICIAL DE LA SECCIÓN DE
PSICOLOGÍA Y SALUD DEL COPG

CONSEJO EDITORIAL

Xacobe Abel Fernández García / Presidente

Paula Marcos Carregal / Vicepresidenta

María Villarino González / Secretaria

Eduardo Martínez Lamosa / Tesorero

Alicia Carballal Fernández / Vocal

Carlos José Losada López / Vocal

Sandra Cudeiro Domínguez / Vocal

CONSEJO DE REDACCIÓN

Mª Gabriela Domínguez Martínez / Directora
PSICÓLOGA CLÍNICA. PRÁCTICA PRIVADA EN PONTEVEDRA

Laura Sotelo Estévez
PSICÓLOGA CLÍNICA. ÁREA SANITARIA DE PONTEVEDRA – O SALNÉS

Paula Rodríguez Vázquez
PSICÓLOGA CLÍNICA. ÁREA SANITARIA DE VIGO

Noelia Pita Fernández
PSICÓLOGA CLÍNICA. ÁREA SANITARIA DE FERROL

Aislinn García Hermo
PSICÓLOGA CLÍNICA. ACLAD CORUÑA

anuario@copgalicia.gal

EDITA

Colexio Oficial de Psicoloxía de Galicia
Españeira, 10 baixo
15706 Santiago de Compostela

T. 981 534 049 | Fax. 981 534 983

www.copgalicia.gal | copgalicia@copgalicia.gal

DISEÑO Y MAQUETACIÓN – Laura Decibreiro

IMAGEN DE PORTADA – Adobe Stock Photos

ISSN: 2444-6653

Noviembre, 2022

Depósito Legal: C 1615-2019
<https://copgalicia.gal/seccions/psicologia-e-saude/publicacions>

El Consejo Editorial y el Consejo de Redacción no se hacen responsables de las opiniones vertidas en los artículos publicados

Las opiniones expresadas en la Presentación son responsabilidad del Consejo de Redacción

APUNTE

La preferencia de idioma en el original de cada artículo fue determinada por su autor/a, con la posterior traducción del Consejo de Redacción y revisión del COPG

SUMARIO

04	PRESENTACIÓN M ^a Gabriela Domínguez Martínez
06	PARIR / PARIR CON CALORE Hadriana Ordóñez Otero
16	SENTIDOS / EL CUIDADO DE LOS SENTIDOS BÁSICOS EN LA INFANCIA COMO BASE DE LA ESTRUCTURA PSÍQUICA DEL SER HUMANO María Ramos González
30	MODIFICACIÓN CORPORAL / LA MODIFICACIÓN CORPORAL Mónica Fernández Castro
38	CAMBIOS / CAMBIO CORPORAL. ¿QUIÉN SOY YO? M ^a Dolores Viñas Carballeira
54	DISTORSIONES / DISTORSIONES. RUIDOS Y SILENCIOS DEL CUERPO. EL PROCESO DE HACERSE A CONVIVIR CON LESIÓN MEDULAR Gonzalo Martínez Sande
76	HERRAMIENTAS – DOLOR / TRATAMIENTO GRUPAL DEL DOLOR Enrique Bazako Goiburu
	ANUARIO ABIERTO
96	CASO 1 / REGULACIÓN EMOCIONAL Y MANEJO DE LA ANSIEDAD: TRABAJANDO DESDE UN ENFOQUE GRUPAL – Lucía Díaz Riola y Leire Meabe Sotomayor
104	CASO 2 / LA MAGIA DE LOS GRUPOS – Rocío López Díaz, Carlos Díaz Marcelo, Elisa Llamas López y Ana Pérez Romero
112	COMUNICACIÓN / ALIANZA TERAPÉUTICA Y PSICOSIS – Marta González Rodríguez, Sabela Bermúdez Míguez y Noelia Pita Fernández

“Ai, miña filla, este corpo foi testigo do noso amor”

Mi abuela

PRESENTACIÓN

M^a Gabriela Domínguez Martínez

Directora del Consejo de Redacción

Psicóloga Clínica

Práctica privada en Pontevedra

gabriela.dominguezmartinez@gmail.com

El tema de este año es el cuerpo, ese lugar en el que reposa la vida, el lugar en el que habitamos, ese lugar que damos por sentado, al que en ocasiones no prestamos atención y que muchas veces se hace presente cuando hay una ausencia en el mismo (enfermedad, discapacidad). El cuerpo, lo que mostramos, lo que nos permite estar en el mundo, sentirlo, darnos a conocer y conocerlo, experimentar y experimentarlo, vivirlo, disfrutarlo, sufrirlo, recorrerlo, entenderlo. En él se refleja el pasado, se muestra el presente y nos preparamos para el futuro. Nuestra experiencia de la vida es encarnada en un cuerpo, existimos como tal y porque tenemos un cuerpo, estamos vivos... Qué complejidad algo que damos por sentado.

El objetivo del *Anuario* es el de invitar a la reflexión. Hay artículos que nos hacen pensar y artículos que nos hacen sentir, pero son todos artículos para reflexionar. Quien escribe decide cómo y desde dónde lo hace.

El cuerpo nace, empieza a serlo o a formarse en el cuerpo de la madre, así que abrimos el *Anuario* con ese cuerpo materno. Con el artículo “Parir con calore”, la psicóloga Hadriana Ordóñez hace un relato desgarrador narrado en primera persona sobre la importancia de tener en cuenta el cuerpo en un momento tan importante, de cambios y vulnerabilidad para la mujer (y el bebé). Viene acompañado de banda sonora para cada momento descrito.

Y del cuerpo de la madre pasamos al cuerpo del niño. En este caso, la psicóloga María Ramos con su artículo “El cuidado de los sentidos básicos” enfatiza la importancia de considerar los sentidos básicos y su cuidado en la infancia, pues la integración de los mismos será de gran importancia para el desarrollo del cuerpo del niño. Los sentidos, esa vía de entrada de estímulos del mundo en el cuerpo. Hace un recorrido sobre la importancia de su cuidado, de lo que los puede perjudicar y de las consecuencias de la ausencia de su cuidado, acompañado de investigaciones sobre el tema. Hace hincapié en la importancia de tener esto en cuenta para la práctica clínica (con niños, familias y adultos).

Seguimos recorriendo el cuerpo, esta vez teniendo en cuenta también aspectos del exterior, de la cultura y de cómo lo de fuera penetra o se mezcla en el cuerpo. Así, Mónica Fernández en su artículo “La modificación corporal”, hace un recorrido sobre la historia y significados de la modificación corporal, habla de los tipos de modificaciones que se pueden hacer y de la importancia de considerar el entorno y la cultura para poder comprenderlo; enfatizando la idea de que el cuerpo es algo que nos pertenece y sobre lo que poder decidir.

Pero el cuerpo también enferma, y cambia, y sufre y hay que adaptarse. Dolores Viñas, en su artículo “Cambios en el cuerpo, ¿quién son yo?”, escribe sobre los cambios en el cuerpo tras una enfermedad grave como es el cáncer de colon desde la dureza y crudeza de su experiencia personal, para de este modo conseguir transmitir a nivel emocional todo lo que esto conlleva. Habla de los cambios físicos, de la sexualidad, de la intimidad (o de su ausencia), de las limitaciones, de la (in)dignidad... y siempre desde el reconocimiento al buen trato profesional.

Siguiendo esta línea en la que “el cuerpo deja de ser el cómodo vehículo para moverse por el mundo”, Gonzalo Martínez, con su artículo “Distorsiones. Ruidos y silencios del cuerpo. El proceso de acostumbrarse a convivir con lesión medular”, aborda los complejos procesos de adaptación a la convivencia con distintas formas de cronicidad y las formas en las que va cambiando el modo en el que el sujeto se relaciona con su cuerpo, usando como hilo conductor las reflexiones en el trabajo en la Unidad de Lesionados Medulares del CHUAC.

Y finalizamos la parte del monográfico con el apartado de Herramientas de la mano de Enrique Bazako, que en su artículo “Tratamiento grupal del dolor” expone un protocolo de terapia de grupo en pacientes con dolor crónico a través de un programa estructurado diseñado para producir sus efectos en 8 sesiones semanales. Habla primeramente del dolor como

un fenómeno complejo y multidimensional donde la persona tiene una experiencia perceptiva y afectiva condicionada por múltiples elementos interactivos biológicos, psicológicos y socioculturales. Como él señala, “no hay soluciones mágicas, pero un trabajo constante y sostenido, da sus beneficios”

Y rematamos el *Anuario* con la participación de todos aquellos que desean formar parte de esta publicación enviando sus artículos para el apartado del Anuario Abierto. Así, las residentes de psicología clínica de Ferrol Lucía Díaz y Leire Meabe, en su artículo “Regulación emocional y manejo de la ansiedad trabajando desde un enfoque grupal”, exponen un caso clínico en el que ofrecen el resumen de los contenidos y resultados obtenidos en una terapia grupal. Por otra parte, desde la USMIJ del Hospital Universitario Virgen Macarena; Carlos Díaz, Rocío López, Elisa Llamas y Ana Pérez, en el artículo “La magia de los grupos”, hacen un viaje a través del relato de los emergentes de un grupo operativo con mujeres madres, trasladándonos a ese momento para transmitir esa magia transformadora de la terapia de grupo. Y como colofón, las psicólogas clínicas Marta González, Sabela Bermúdez y Noelia Pita, con su artículo “Alianza Terapéutica y psicosis”, nos recuerdan que una buena AT favorece el éxito de la psicoterapia y permite el cambio, también con pacientes psicóticos, y lo hacen a través de una revisión bibliográfica sobre el concepto de alianza terapéutica y su aplicación en psicosis, destacando la relevancia del rol de la psicología clínica en la intervención en TMG y dando claves para el correcto establecimiento de la AT.

Y, como en cada número, agradecer y dar la enhorabuena a mis compañeras de equipo por su implicación, trabajo y compromiso; así como a las autoras y los autores de los artículos, que tan bien lo han hecho, y a las compañeras del COPG.

¡Esperamos que os quede un buen sabor de boca con la lectura!

PARIR

PARIR CON CALORE¹

Hadriana Ordóñez Otero

*Psicóloga sanitaria, experta en educación,
terapia y violencia sexual*

*Presidenta de la Fundación Con Calore
Espacio de atención terapéutica para
víctimas de violencia sexual*

h.ordonez@cop.es

¹ Se mantiene el uso de la variante “calore” (calor-e) que realiza la autora. El uso del fonema “e” paragógico es un rasgo de la lengua gallega oral en un registro coloquial, especialmente utilizado en la música tradicional (N. de la T.).

RESUMEN

Haber sido una mujer violada y transitar por la atención sanitaria durante todo el proceso de gestación, parto y posparto puede ser un evento de gran retraumatización para dicha mujer. Es nuestra responsabilidad conocer cuáles son las principales pistas que nos indiquen que una mujer pudo haber sido herida sexualmente para, así, poder prestarle una atención terapéutica con la mejor calidad y calidez posibles. Buscamos detectar formas específicas de violencia obstétrica en relación con las mujeres agredidas sexualmente. Este artículo recoge experiencias relatadas en primera persona, junto con el análisis de la sintomatología presente durante la atención de los partos además de una propuesta de indagación en la historia de la vida sexual de la paciente. Se busca que sirva de metodología para la práctica sanitaria de atención a personas gestantes, o en el proceso de parto o en el posparto. El escrito va acompañado de un conjunto de archivos de audio que favorecen la comprensión, la empatía y la experiencia del propio documento.

PALABRAS CLAVE — Cuidados. Violencia de género. Violencia sexual. Violencia obstétrica. Terapia sexual.

ABSTRACT

For a woman who has been raped, moving through the healthcare system during the whole process of pregnancy, childbirth and postpartum can be a very retraumatizing event. It is our responsibility to know the main warning signs that a woman may have been sexually harmed so that we can provide her with the therapeutic care of the best possible quality and warmth. We seek to identify specific forms of obstetric violence regarding sexually assaulted women. This article gathers first-hand accounts of experiences, together with an analysis of the symptomatology present during delivery care and a proposal to inquire into the sexual history of the patient. It is intended to serve as a methodology for healthcare practice in the care of pregnant women, or in the process of childbirth or in the postpartum period. The text is accompanied by a set of audio files which favour understanding, empathy and the experience of the document itself.

KEY WORDS — Key words: Caregiving. Gender Violence. Sexual Violence. Obstetric Violence. Sex Therapy

Me abro ante vosotros y vosotras. Sin vergüenza ni culpa. Con todo el amor y la auto-compasión posibles. Elijo escribir para sanar. Compartir, para sentirnos todas nosotras, personas con un objetivo común: ser capaces de acompañar durante el proceso de embarazo, parto y posparto *con calore*.

Imaginar me con todo el cuerpo bajo la dirección y decisión de un hombre: inviable.

Acostarme tumbada boca arriba con las piernas abiertas, lo suficientemente segura: imposible.

Confiar en quien me acompaña: inasumible.

Sentir a la bebé como parte de mí: incapaz.

Parir asociada a mí. A mi cuerpo. A la rabia que se lleva activando 39 semanas: inimaginable.

Permitirme darle espacio a la alegría al tiempo que a la oxitocina: inmezclable.

Cojo aire y suelto aire. Varias veces. Comienza el proceso de parto del dolor.

Me tomo una pausa, y escucho “*O medo dunha nena*” de Sés.

<https://www.youtube.com/watch?v=zP530wtzDRg>

Todos estos pensamientos son automáticos e inconscientes. Saltan ya desde que sé que estoy embarazada (de las dos veces). Entro en angustia profunda. Ni le tengo nombre a lo que siento, ni tratamiento fármaco ni psicológico posible. *¿Detectáis los síntomas disociativos?, ¿el shock?, ¿el malestar?*

Cojo aire, suelto aire. Sigo con el proceso.

Si me hubieran preguntado hace 8 años o hace 6 años si había sido agredida sexualmente en algún momento de mi vida, primero me quedaría muda. Lo sé. Después de unos segundos, que para mí serían 100 años, contestaría: claro que sí.

Que desde niña a chica, lo fui. Aunque yo no le pondría ese nombre. Pues tal vez así conseguiría, al igual que las niñas, que si cerrase los ojos, en realidad no me pasaría. Ilusa ¿no?

No me imagino a la matrona preguntándome esto. Igual sí, pero no pasó. No sucedió. El ginecólogo tampoco preguntó. Ella normalizaba mi estado de ansiedad generalizada. Él normalizaba que yo tensara las piernas en cada una de las pruebas. Que me sintiera incómoda e incluso fuera agresiva con él. *Que levante la mano quien sienta en su piel el nivel de dolor emocional, físico y sexual.*

Cojo aire, y suelto aire. Me tomo una segunda pausa y escucho “Arrolo de Domaio”, de Paulo Nogueira y Magoia Bodega, de “Non hai berce coma o colo”.

La segunda y la tercera matrona tampoco preguntaron. Pero sí me hablaron de la existencia y posibilidad de construir mi plan de parto. De que iba a poder ser yo la que decidiese sobre los ritmos durante el nacimiento de mi niña. De que podía dirigir los pujos e incluso podía ponerme mi ropa. O ninguna, como fue el caso. De poner música que me sentase bien, beber el zumo de piña que necesitase, traer algún olor que me calmase e incluso estar acompañada en todo momento. *¿Alguien se entera de la desconfianza permanente?, ¿de la angustia implosiva?*

Lo imaginaba.

Viable.

Posible.

Asumible.

Capaz.

Mezclable.

Sin nadie que dijese o preguntase nada sobre la historia de vida sexual, más allá de la última menstruación y los abortos que había podido tener, yo me veía buscándome la vida para poder parir en unas condiciones mínimas de sensación de seguridad. No lo conseguía. Fue un trabajo terrible. Sin apoyo. Sin empatía. *¿Percibís la hipervigilancia, la alerta continua, la sensación de estrés continuado, el malestar psicológico, la sensación de desamparo?* Desde mi casa, yo siento que sí. Que lo veis todo.

Foto: Alexander Krivitskiy



En mi cuerpo se vive a oscuras con una navaja en la mano. Así que era muy probable que en el proceso de este primer parto tuviera la necesidad de pegarle a cualquier ginecólogo que hubiese intentado tocarme a patada limpia. Así funciona mi amígdala. Bienvenidas a ella. Completamente disociada e inconsciente del trauma complejo de un TEP continuado que vivía (y pervive) en mí. En toda mi piel, en toda mi memoria. En mis genitales. En toda mi sexualidad. *¿Llegáis a ver la expresión atemporal de la rabia?*

Si lo hubiese hecho, me llevarían psiquiátricamente presa.

Tal vez no me entenderían. *¿Veis la violencia estructural?*

Ahora yo sí me entiendo. Después de un camino dolorosísimo de consciencia del daño de las violaciones y el impacto que ellas tuvieron sobre mi cuerpo, emocionalidad y sexualidad. Después de estar acompañada a lo largo de estos años por profesionales que hicieron un trabajo espectacular para que yo me abriera. Hicieron posible que confiase, un poquito siquiera. Para mí, la terapia psicológica es como cocer marisco. Si se da la temperatura idónea, *las berberechas* se abren. En el parto, *las berberechas* se abren de la misma manera. Ahora bien, si esto no pasa, si no se da todo este trato cálido, el berberecho quedaría cerrado. Si se abriese a la fuerza, seguramente tendría arena dentro. ¿Para qué forzar, si el cuerpo, naturalmente, instintivamente, sabe cómo abrirse?

Durante los procesos de embarazo yo peleaba contra los fantasmas de los que me alertaba mi cerebro. Con toda mi energía, nos protegía a mí y a mi niña. *¿Veis los disparadores del trauma?* Era mi cerebro el que interpretaba los estímulos en contra de mi supervivencia: el ritmo que venía marcado por las demás personas, la oscuridad, el silencio, el trato gélido y despersonalizado, el acceso a mi cuerpo sin mediar palabra, estar medio desnuda, la práctica de pruebas innecesarias en mi vagina, ignorar mis sentimientos, el trato desconocedor de mi

realidad o ignorar mi lenguaje no verbal.

Ahora, mi cuerpo en vez de paralizarse, para sobrevivir, atacaba. Ya tenía una madurez cognitiva. Tenía herramientas. ¡Ya podía echar mano del habla, la voz y las uñas! Tener, tengo unas uñas que podrían arrancarle la piel a alguien. Hacer daño. Sangre. Sería capaz de herir para poder huir. Entonces también las tenía. Pero como una buena gacela, la estrategia de supervivencia fue la parálisis. Sirvió. Fue un éxito. Parte de mí sigue viva.

Pero ahora, en este proceso de embarazo no podía huir, tenía que afrontar (sin acompañamiento emocional ni psicológico alguno), ser capaz de parir.

Ahora soy consciente de que tenía fobia a parir.

En la aldea no sabían que me protegía de ser violada de nuevo. Otra vez acostada boca arriba. Con las piernas abiertas. Tensas. Rígida. Con un hombre en medio de ellas. Un hombre que decidiría dónde, cuándo, cómo y para qué. ¡Lo que faltaba!

Necesito una pausa. ¿Y tú? Salgo de aquí y voy aquí: https://www.youtube.com/watch?v=tZmqwKJlp_k, ¿vienes? Vamos a escuchar A Roda.

Escribo, me duele el vientre.

Tengo necesidad de llorarme. Me da el sol en la plaza de Curros Enríquez de Pontevedra.

Dejo entrar el oxígeno y la calma para darle espacio a todo el malestar que me genera esta apertura. Deseo seguir escribiendo este artículo. Deseo mucho compartir para que crezcamos.

Como si estuviera en un parto, me doy tiempo. Respiro lo suficiente para que se abra el cuerpo. Y el disfrute. Espero un poco y cojo fuerzas de nuevo al tiempo que siento la pulsión de escribir.

Decido escribirle a Natalia Guedella Sebastián. Ella es psicóloga perinatal. Confío en ella para poder expresar el dolor que me nace en el vientre y pretende salir por el canal de la vagina. Ella sabe acompañar con todo *el calore*

del mundo. Ella sabe escuchar. Estar. *¿Qué diferencia hacerlo de este modo, a que sí?*

Cojo aire y suelto aire. Escucho 'Corpiño de picote' de Arrollos de salitre. Me conecto con mi niñita: <https://www.youtube.com/watch?v=OR71vu1dj2Y>

De forma natural, al escuchar la nana, mi silla se mueve circularmente. Como si fuese el péndulo de Baia Fernández de la Torre sobre mí. Ella es entrenadora emocional. Siento la fuerza en el útero. Me lloro. Me doy tiempo.

Me recuerda cuando de niña, disfrutaba de verdad de las cadenas.

¡De las vueltas!

Entonces volaba.

Sentía en mí alegría limpia.

En la aldea decían que yo debía de ser de la alta burguesía. Que debía de ser especial. Que no me servía lo que a las demás. *¿Llegáis a ver la violencia cultural?* Que a ver por qué no paría en el hospital como todas.

Del segundo embarazo, ya fue peor la presión social. Ni tan siquiera fue en el hospital. Desde el primer día, ahorré para parir en casa. Leí y leí y escuché a cuantas mujeres pude de mi familia y de Rianxo. Quería aprender de ellas.

No iba a pasar lo mismo de nuevo. Quería que la decisión fuera totalmente responsable para mí y para él. Sabía que parir en mi casa podía darme mayor sensación de seguridad. Y así fue. La tortura esa vez ya no fue solo la falta de especialización del personal sanitario, sino la presión del vecindario, de las amistades, de la familia. Aquí sí que nadie entendía.

Yo sí me entendía. Ahora podía controlar los disparadores, pero de la calma: mis ritmos, mis deseos, mis espacios, mis cosas, nuestra cama, nuestra familia, el perro y la perra, el sol, el salitre, el mar y los pinos de Punta Fincheira! Tenía lo suficiente para estar tranquila. Que no segura. Pero era suficiente. No había ningún tipo de trato frío ni forzoso. Al contrario: era escuchada, era protagonista, era dueña de mi cuerpo, era equipo con mi niño en una calma que me daba mucha felicidad.

Sabía que era la mejor elección para mi salud mental y sexual. En este espacio, junto a las matronas, *el calore* de mi niña, mi pareja, mi madre y la luz de la casa, todo iba a ir bien. Y, si no, ya estaba el criterio de las matronas. Ellas iban a dar la seguridad sobre la salud del niño.

Dice Natalia Guedella que la violencia obs-



Foto: Elina Fairyale

tétrica deja huellas a través de una línea del tiempo. Esas huellas pueden ir del embarazo, al parto y finalizar en el posparto. Yo, al hilo de esta oportunidad de escritura, elegí revisar las huellas de mis partos. Averiguando en ellos, sé que dichas huellas están en mi cabeza y en el resto del cuerpo. Lo sé por toda la potente somatización que ahora, vista atrás, puedo sentir. En su momento, ni las profesionales sanitarias ni yo, fuimos capaces de leer y anticipar que estaban ahí todas esas señales. Que el cuerpo gritaba en modo alerta. Que necesitaba una atención sanitaria y terapéutica especializada para parir en calma. Pero nadie la anticipó como necesaria.

Las huellas de esos nacimientos dejan en mí la creencia de que estoy rota para siempre. Es tan fuerte esta idea negativa de mí que me abruma ser consciente de ella. Ser violentada sexualmente puede ser un golpe tan grande que nos destruye por dentro como una tacita de desayuno de Buño. Pienso en una tacita esmaltada en rosa. Color rosa de amor propio. Id comprando polvo de oro para restaurarnos como la tacita, así esa creencia estará en nosotras temporalmente.

Ser violentadas durante el embarazo, parto o posparto es una forma de violentarnos sexualmente. Y ser violentadas durante esa condición obstétrica, es una forma de violencia de género. Sentirnos en peligro como mujeres, en un momento de tal vulnerabilidad. Por ser mujer gestante.

Cuesta tragar esta realidad sin aplastar la garganta y apretar el estómago. *¿Te pasa a ti también?* Yo siento rabia. Es injusto. Es ausencia de humanidad.

Podemos hacerlo. Podemos conectar con el dolor de otras sin dañarlas.

Indaga con mucho mimo y tacto en la historia de vida sexual de la persona gestante que tienes junto a ti. Mírala cuando le hablas. Olvida el bolígrafo o el ordenador. Ya apuntarás todo después de que se vaya. Escúchala con

atención. Pregúntale si en algún momento, pudo sentirse sexualmente intimidada. Si se vio obligada a practicarle sexo a alguna persona. Si pudo vivir alguna experiencia sexual con alguna pareja puntual o estable que en sí fuera desagradable. Cree todo lo que dice. No la juzgues. Es posible que sienta vergüenza, culpa, asco, ansiedad o cualquier otro malestar por todas tus preguntas. Obsérvala para poder ir a su ritmo. Háblale con naturalidad y calidez. Que sienta de verdad tu cercanía. Pregúntale como fueron sus primeras experiencias sexuales. Si hubo penetración vaginal, si las disfrutó. Si tiene un lugar seguro. Si se ha sentido insegura o en peligro en alguna situación de índole sexual. Si tiene la capacidad de disfrutar de su vida sexual. Si se gusta a sí misma. Si ha tenido alguna traba en la fase de deseo, excitación u orgasmo en sus relaciones sexuales. Sola o con otra persona. Como percibe su deseo y el deseo de sus parejas sexo afectivas. Fíjate en si a lo mejor ese deseo es hipoactivo o hiperactivo. Si se siente cómoda desnuda delante de personal sanitario.

Todas las respuestas verbales y no verbales a las preguntas serán el oro de su realidad sexual. Quédate con todos los detalles que puedas. Dale las gracias por compartir contigo su intimidad. Trasládale la importancia que tiene toda esta información para el acompañamiento.

Confía. Sé creativa. Escucha y conversa con calma. Así, la narrativa saldrá sola y seremos capaces de darle la atención más cálida y de calidad posible.

Podemos acompañar *con calore*. Lo sé porque lo practico. Es mi metodología de atención.

Coge aire y suelta aire.

Bienvenida a la nueva versión de ti después de pasar por mí. Que no por encima de mí. Sino junto a mí.

Para cerrar, escucho a Xurxo Fernandes https://www.youtube.com/watch?v=3bUV5Pa_gvI y a Rodrigo Cuevas <https://www.youtube.com/watch?v=-TViInSDnm7E>.

Con ansia, espero poder leerte a ti.

Conocer el cambio en ti.



Foto: Pixabay

BIBLIOGRAFÍA

Alba, C., Aler, I., Olza, I. (2012). *Maternidad y Salud. Ciencia, conciencia y experiencia*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Aguado, R. *El vínculo como potenciador de la activación de las redes neuronales*. XXIV Reunión nacional de la AEP. El psicodrama como catalizador de conflictos. Bilbao. Universidad de Deusto.

Aguirre Crespo, A., Martínez Ramírez, B., Rivero, K., Blancas Mari, C.L, Badillo Perry, S.D., González Borge, L., Marzuca Hoyos, J.M. (2013). La atención del parto: poder, derechos, violencia. *Revista Salud Quintana Roo* 25.

Ayers, S. (2004). Delivery as a traumatic event: prevalence, risk factors, screening & treatment. *Clinical Obstetrics & Gynecology*, 47(3), pp. 552-567.

Baeza, C. (2016). *Amar con los brazos abiertos. Lactancia materna en la vida real*. Ediciones Encuentro.

Beck, C. T. (2004a). Birth trauma: In the eye of the beholder. *Nursing Research*, 53(1), 28-35.

Beck, C. T. (2004b). Post-traumatic stress disorder due to childbirth: The aftermath. *Nursing Research*, 53(4), 216-224.

Beck, C. T., Gable, R. K. (2012). A mixed methods study of secondary traumatic stress in labor and delivery nurses. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing* : JOGNN / NAACOG, doi: 10.1111/j.1552-6909.2012.01386.x; 10.1111/j.1552-6909.2012.01386.x

Beck, C. T., Gable, R. K., Sakala, C., Declercq, E. R. (2011). Posttraumatic stress disorder in new mothers: Results from a two-stage U.S. national survey. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 38(3), 216-227. doi: 10.1111/j.1523-536X.2011.00475.x; 10.1111/j.1523-536X.2011.00475.x

Beck, C. T., Watson, S. (2008). Impact of birth trauma on breast-feeding: A tale of two pathways. *Nursing Research*, 57(4), 228-236. doi: 10.1097/01.NNR.0000313494.87282.901.

Bellón Sánchez, S. (2015). La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista. *Dilemata 18*.

Bowlby, J. *Vínculos afectivos. Formación, desarrollo y pérdida*. Ed Morata.

Callister, L. C. (2004). Making meaning: Women's birth narratives. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing : JOGNN / NAACOG*, 33(4), 508-518.

Claramunt, M.A., Álvarez, M., Jové, R., Santos, E. *La cuna vacía. El doloroso proceso de perder un embarazo*. Ed. La esfera de los libros.

Eelco Olde, T., Van der Hart, O., Kleber, R., Van Son, M. (2006). Posttraumatic stress following childbirth: A review. *Clinical Psychology Review* 26, 1-16.

Fernández-Guillén, F. ¿Qué es la violencia obstétrica? Algunos aspectos sociales, éticos y jurídicos. *Revista internacional de Éticas aplicadas Dilemata 18*

Fernández, I. *La revolución del nacimiento: partos respetados, nacimientos seguros*. Mandala Ediciones.

Fernandez, F. ¿Qué es la violencia obstétrica? Algunos aspectos sociales, éticos y jurídicos. *Dilemata 18*

Fernández Olza, I. (2014). Estrés postraumático secundario en profesionales de la atención al parto. Una aproximación al concepto de violencia obstétrica. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 111, 79-83.

Garzón, I. (2015). *La Sociedad que vaciaba úteros*. Uno Editorial.

Gerhardt, S. (2016). *El amor maternal. La influencia del afecto en el cerebro y las emociones del bebé*. Barcelona. Eleftheria.

Hill, D. *Teoría de la regulación del afecto. Un modelo clínico*. Ed. Eleftheria.

Hofberg, K., Ward, M.R. (2003). Fear of Pregnancy and Childbirth. *Postgrad Med J*;79:505-510.

Magnone Alemán, N. (2011). Derechos sexuales y reproductivos en tensión: intervencionismo y violencia obstétrica. *X Jornadas de Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales, Udela R, Montevideo*.

Odent, M. *El bebé es un mamífero*. Ed. Obstare.

Odent, M. *El nacimiento de los mamíferos humanos*.

Olza, I. (2008). El síndrome de estrés postraumático como secuela obstétrica. Información para profesionales de la atención al parto. *Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Salud Español*.

Olza, I. (2017). *Parix. El poder del parto*. Ed. B.

Olza, I., Fernández, P. (2020). *Psicología del embarazo*. Síntesis.

Olza, I., Lebrero, E.. (2012) *¿Nacer por Cesárea? Evitar cesáreas innecesarias, vivir cesáreas respetuosas*. I. Editorial Ob Stare.

Paricio, J.M. (2013). *Tú eres la mejor madre del mundo*. Ediciones B.

Pintado-Cucarella, S., Penagos-Corzo, J.C., Casas-Arellano, M.A. (2015). Síndrome de desgaste profesional en médicos y percepción de la violencia obstétrica. *Ginecol Obstet Mex*; 83: 173-178.

Ramírez, E. (2020). *Psicología del Posparto*. Ediciones Síntesis.

Ricoy, J. (2015). *Madre, el último tabú. Reflexiones sobre la violencia obstétrica*. Autoeditado

Rodrigañez, C. *La represión del deseo materno y la génesis del estado de sumisión inconsciente*. Ediciones Criminales.

Sánchez, J., Palacios, G. (2007). Trastorno de estrés postraumático en el embarazo, parto y posparto. *Matronas Prof*; 8 (1):12-19

Santos, P., Yáñez, A., Al-Adib, M. *Atención profesional a la pérdida y el duelo durante la maternidad*. Consejería de Salud y Política Sociosanitaria, Servicio Extremeño de Salud.

Schore, A. (2010). El trauma relacional y el cerebro derecho en desarrollo: interfaz entre psicología psicoanalítica del self y neurociencias. *Rev GPU*; 6, 3: 296-308.

Serrano, M., Claramunt, M.A., Carrascosa, L., Silvente, C. (2014). *Las voces olvidadas: Pérdidas gestacionales tempranas*. Editorial Ob Stare.

Soet, J.E., Brack, G.A., Dilorio, C. (2003). Prevalence and predictors of woman's experience of psychological trauma during childbirth. *Birth* (Berkeley, Calif.), 30(1), 36-46.

Takehara, K., Noguchi, M., Shimane, T., Misago, C. (2014). A longitudinal study of women's memories of their childbirth experiences at five years postpartum. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14:221

Thomson, G., Downe, S. (2008). Widening the trauma discourse: the link between childbirth and experiences of abuse. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology*, 29(4), 268-273. <https://doi.org/10.1080/01674820802545453>

Thomson, G., Downe, S. (2008). Widening the trauma discourse: the link between childbirth and experiences of abuse. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology*, 29(4), 268-273. <https://doi.org/10.1080/01674820802545453>

Verny, T., Kelly, J. *La vida secreta del niño antes de nacer*. Ed Urano

<https://iboneolza.org/publicaciones>

www.nice.org.uk/guidance/cg192

<http://www.childbirthconnection.org/>

<https://www.msrebs.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/atencionParto.htm>

<http://www.asociacionpsicologiaperinatal.es/category/noticias/>

<http://www.theguardian.com/society/2014/may/21/third-of-new-mothers-sufferdepressivesymptoms>

<https://www.youtube.com/watch?v=WWbaZio2bfg>

<http://larevoluciondelasrosas.blogspot.com.es/>

<http://www.cbc.ca/news/health/hospital-mistreatment-stories-1.3834899>

<http://www.lascasildas.com.ar/>

<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/atencionParto.htm>

<https://www.elpartoesnuestro.es/blog/2015/04/14/cesareas-innecesarias-lasrecomendaciones-de-las-oms-que-espana-parece-no-escuchar>

<https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/campanas/observatorio-de-la-violenciaobstetrica>

www.sociedadmarce.org



SENTIDOS

EL CUIDADO DE LOS
SENTIDOS BÁSICOS
EN LA INFANCIA
COMO BASE DE
LA ESTRUCTURA
PSÍQUICA DEL SER
HUMANO

María Ramos González

*Psicóloga sanitaria y psicoterapeuta. Consulta privada en
Madrid, formadora e investigadora*

info@mariaramosgonzalez.com

SUMARIO

GALLEGO

RESUMEN

Un sentido es una capacidad de percepción por la que recibimos directamente información de un ámbito de nuestra existencia y del mundo que nos rodea. Sobre la base de los sentidos básicos se edificará toda la estructura psíquica, física, emocional y social de un ser humano. Cuidando los sentidos básicos se logra que la persona tenga una buena confianza en sí misma y en las personas que le rodean, sentimientos de pertenencia y alegría, vivencias de equilibrio interno y externo, impulso para explorar el mundo el que le rodea, habilidades sociales básicas como la empatía y valores morales como la justicia.

PALABRAS CLAVE — Sentidos. Tacto. Bienestar. Propiocepción. Equilibrio. Autorregulación

ABSTRACT

A sense is a perceptual capacity through which we directly receive information from an area of our existence and the world around us. The entire psychic, physical, emotional and social structure of a human being will be built on the basis of the basic senses. By taking care of the basic senses, a person will have: good confidence in themselves and in the people around them, feelings of belonging and joy, experiences of inner and outer balance, the urge to explore the world around them, basic social skills such as empathy and moral values such as justice.

KEY WORDS — Senses. Touch. Wellness. Proprioception. Balance. Self-regulation

Hace muchos años que la dualidad mente-cuerpo planteada por Descartes se viene cuestionando desde diferentes disciplinas tanto de la salud como de las ciencias sociales. Pero hasta que no se ha podido “demostrar” gracias a los avances de la neuroimagen, el atender el cuerpo —sobre todo desde la mirada de la psicología—, permanecía en los márgenes de la disciplina salvo para algunas escuelas psicoterapéuticas que siempre lo trabajaron a pesar del descrédito al que fueron sometidas por la comunidad científica, no así por las personas que acudían a sus consultas, que mejoraban significativamente.

En los últimos años, desde la psicotraumatología, nos han aportado toda la investigación necesaria para saber que el trauma se queda anclado en el cuerpo y hace que su abordaje pase necesariamente por atender los mensajes que el cuerpo transmite.

En mi práctica clínica como psicóloga perinatal y especializada en infancia y familia, he visto la importancia del cuidado del cuerpo de las madres y de las criaturas, como base para el establecimiento de un buen vínculo, que sabemos sobradamente que será la base de una estructura psíquica suficientemente sana.

El planteamiento de este artículo se basa en la teoría desarrollada por Rudolf Steiner en 1910 sobre los doce sentidos. En aquel momento el desarrollo de su teoría fue desde su observación del mundo, de las personas, y hoy en día se pueden corroborar algunas de sus propuestas desde el método científico como ya he comentado.

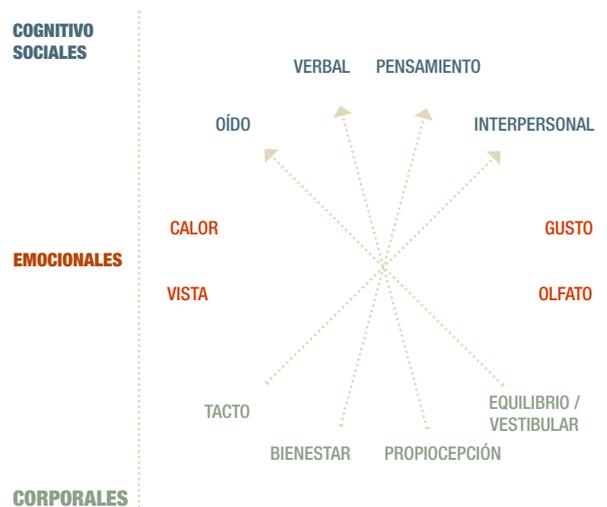
En mi camino profesional me ha ayudado esta concepción de los sentidos, y el trabajo con los sentidos básicos en particular, para poder comprender y poder explicar la importancia del cuidado de cuestiones básicas del cuerpo, que influyen directamente, tanto en la construcción psíquica, emocional y social de una persona, como en el trabajo psicoterapéutico (infancia, adolescencia, pareja, familia).

Un sentido es una capacidad de percepción por la que recibimos directamente informa-

ción de un ámbito de nuestra existencia y del mundo que nos rodea. Y esta información la procesamos y va configurando nuestra experiencia fisiológica, emocional y social.

Este artículo está enfocado en los sentidos básicos, que son los sentidos que nos dan la información de cómo está nuestro cuerpo, y desde la teoría de Steiner. Estos sentidos básicos estarán en relación con los sentidos superiores que nos dan información sobre lo cognitivo y social. Esta relación significa que, si tenemos afectados alguno de los sentidos básicos, se verán afectados a su vez los sentidos superiores. Por otro lado, desde esta visión también sabemos que, para trabajar los problemas con los sentidos superiores, tenemos que necesariamente trabajar con los sentidos básicos. Esto ha sido muy relevante en mi práctica clínica tanto en el trabajo con infancia como con personas adultas, porque me ha llevado a una forma de concebir el trabajo diferente, de manera que he puesto la mirada sobre el cuerpo en el centro del trabajo psicoterapéutico.

El objetivo de este artículo es hablar sobre los sentidos que nos dan información sobre nuestra propia corporalidad, pero en esta imagen se pueden ver las relaciones entre los sentidos y en la bibliografía hay varios libros para quien quiera profundizar sobre ello.



Voy a exponer sobre cada sentido una breve definición, sugerencias para cuidarlo tanto en el ámbito familiar como en el clínico, acciones que lo perjudican y las consecuencias que tiene la ausencia de su cuidado. Todas estas aportaciones están basadas en diferentes investigaciones que están referenciadas al final del artículo.

De cualquier forma, esta clasificación no deja de ser una separación para una explicación didáctica, ya que el cuidado de uno de los sentidos está estrechamente relacionado con otros. De ahí la importancia de cuidar los cuatro para que se puedan establecer unos buenos cimientos para el desarrollo de una persona en armonía y salud integral.

SENTIDO DEL TACTO

El sentido del tacto me aporta la base de la sensación de seguridad y confianza tanto en mí mismo como en las demás personas. Me aporta una imagen integrada de mí. En la

conciencia de mis propios límites, aprendo también a respetar los límites de las demás personas.

Me aporta la vivencia y la posibilidad de tener una relación afectuosa con el mundo, que supondrá los cimientos de la autorregulación y la correulación. La teoría polivagal ha demostrado cómo el contacto suave con la madre hace que se active el nervio vago ventral, para poder volver a regularnos, y esta experiencia inicial se tiene en los brazos de la madre (o su cuidador/a principal) que con la voz y el tacto logra regular a la criatura.

Sugerencias para cuidarlo

- Cuidados conscientes, afectuosos y con presencia. Tomando conciencia de que tenemos entre las manos un ser sensible y sintiente.
- Piel con piel en el momento del nacimiento, sobre todo y después el contacto con la piel será un regulador natural para encontrar la calma y la sensación de seguridad.



Foto: Mikhail Maslov

- Juegos de mucho contacto.
- Límites apropiados para la edad y sus necesidades. Conocer las verdaderas necesidades en cada edad y darles aquello que necesitan, la sobreprotección en la infancia y la autocomplacencia en la edad adulta nos dificultan el cuidado del tacto.
- Relación activa con la naturaleza, donde se pueda estar en contacto con las diferentes texturas y temperaturas que nos aporta lo que nos encontramos en la naturaleza. En contacto con la naturaleza en la infancia y la adolescencia, se crece más saludablemente, con menos enfermedades, más destrezas físicas y motoras, más capacidades sensoriales, menos estrés y mejor gestión emocional.
- Materiales naturales tanto para los juegos como la ropa que entra en contacto directo con nuestra piel.
- Empatía, proximidad, afectuosidad, mimos.
- Trato cuidadoso de todas las personas y objetos de nuestro entorno.

Acciones que lo perjudican

- Violencia física, abuso, gritos, golpes tanto los recibidos directamente como observar que se trata así a otras personas, animales u objetos.
- Ausencia de contacto, contacto frío y/o mecanizado en el que hacemos las tareas de cuidado o de tacto, pero de forma rutinaria y sin estar en verdadera presencia. Ya desde 1958 Harry Harlow y Margaret Harlow demostraron los efectos de la ausencia de interacciones sociales que vayan más allá de cubrir las necesidades biológicas más inmediatas y que estén vinculadas a la conducta afectiva durante las primeras etapas de la vida dejan una huella muy seria y difícil de borrar en la vida adulta.
- Shock o trauma, como por ejemplo parto traumático, accidentes, separación madre-bebé...
- Tiempos en soledad prolongados cuando no tenemos la capacidad de autorregularnos todavía.



- Sobreprotección, el no dejar experimentar en la vida con las consecuencias que eso pueda traer como pequeñas caídas, ensuciarse, tener que hacer esfuerzos... Françoise Dolto decía que la sobreprotección es una forma de maltrato a la infancia, y yo añadido que también en la vida adulta. Hacer por otra persona lo que puede hacer por sí misma es una forma de decirle que no confías en ella ni en sus capacidades.
- Disciplina cruel, dura, que antepone las necesidades de la vida adulta a las de las verdaderas necesidades de la infancia.
- Juguetes inapropiados que no invitan a la exploración. Contacto con materiales inertes. Vestir con fibras artificiales.
- Alimentos sobrespeciados a edad temprana.
- Estilo de vida sedentario.
- Sentimientos de desprotección, desorientación.
- Falta de empatía, cinismo, falta de contacto visual.
- Gabriel Corfas (2013) dejó en evidencia que los niños que han crecido en instituciones y que han sido tratados negligentemente, muestran alteraciones en los haces de materia blanca (axones con mielina) asociados al córtex medial prefrontal (mPFC), un área muy concreta de los lóbulos frontales. El aislamiento social y la negligencia, por tanto, cuando ocurre a una edad temprana crítica, se manifiesta posteriormente alterando la función cognitiva del adulto.

Consecuencias de su ausencia de cuidado

- Hiper/hiposensibilidad.
- Hiperreacción y miedo al tacto (in)apropiado.
- Golpearse, onicofagia, pellizcos, autolesiones...
- Inseguridad en su propio cuerpo.
- Miedos: nocturnos, a lo desconocido, a lo nuevo, al abandono...
- Desconfianza en sí y en las demás personas.
- Autodefensa, bloqueo y tendencia a retirarse.
- Irritabilidad, conducta retadora y opositora, personas con "poco tacto". Bowlby concluyó que las personas que no habían podido formar un lazo de apego íntimo con sus madres durante sus primeros años eran incapaces de empatizar con los demás, porque no habían tenido la oportunidad de conectar emocionalmente con alguien en la etapa en la que el cerebro es sensible para ello.

SENTIDO DEL BIENESTAR

Es el sentido que me informa del estado en el que se encuentra mi cuerpo.

Si está cuidado nos vamos a sentir bien en nuestro cuerpo. Lo vamos a percibir cuando se produce una alteración como hambre, sed, sueño, intranquilidad... Allan Schore (2002) planteó que la madre modela y modula con sus acciones de cuidado el cerebro del bebé, siendo los encuentros afectivos entre la díada madre-hijo en donde la madre regula de forma intuitiva e inconsciente las necesidades fisiológicas y emocionales del bebé. Se gesta así una relación de continuos encuentros reguladores, los cuales permiten que el bebé desarrolle distintas habilidades para enfrentar y/o regular el estrés, las emociones y las situaciones novedosas, así como el aprendizaje y los estados mentales. "La seguridad que brinda el lazo del apego es la principal defensa contra la psicopatología inducida por traumas". Por tanto, cuando está bien cuidado me aporta la experiencia de tranquilidad, de seguridad, de confianza, de sentirme querida/o. Es la base segura desde la que ir a explorar el mundo. En cambio, cuando está inmaduro o dañado puede dar una constante información de ma-

lestar que nos lleva una inquietud y nerviosismo excesivo.

Antonio Damasio, uno de los grandes neurocientíficos de este siglo, dice que nuestro cuerpo sabe lo que la mente aún no se ha dado cuenta. Damasio acuñó el término “marcador somático” para poner en evidencia que las sensaciones de nuestro cuerpo influyen en nuestra toma de decisiones (Damasio, 1996). De dichos experimentos se concluye que una mayor interocepción (ser más consciente de las sensaciones que vienen de nuestro cuerpo) nos hace ser capaces de regular mejor nuestras emociones, y tomar mejores decisiones.

Sugerencias para cuidarlo

- Contacto corporal afectuoso, con presencia y sentido.
- Tener un ritmo del día relajado, pero predecible. En el ritmo y la repetición encontramos el equilibrio. También es importante incluir los ritmos del año, haciendo en cada estación del año aquello que corresponde. Para esto último la naturaleza es una compañera inmejorable.
- La alimentación será de gran ayuda para establecer un ritmo y darnos la sensación de bienestar si nos alimentamos saludablemente, no sólo cuidando los alimentos que tomamos sino también el cómo lo hacemos.
- Crear un ambiente agradable en la mesa, cuidando los detalles y aprovechando la oportunidad para charlar de la vida y no contaminar el momento con informaciones o asuntos negativos.
- Tener momentos de descanso y silencio cada día.
- El descanso delante de una pantalla, no es descanso. Apagar las pantallas antes de que anochezca, ayudará a poder conciliar el sueño mejor; porque el cerebro deja de recibir la señal de estar despierto que le

provoca la luz (azul) de la pantalla.

- Cuidar y protegernos de los estímulos que recibimos del mundo exterior, sobre todo en esta época en la que hasta en el ascensor hay pantallas con informaciones e imágenes de toda índole.

Acciones que lo perjudican

Hoy en día yo diría que vivimos en una civilización que daña sistemáticamente este sentido, de manera que hemos logrado convertir lo anormal en lo normal, y tenemos una sociedad muy enferma a nivel del sentido del bienestar. “El estrés crónico, repetido y prolongado, se asocia con patrones a largo plazo de la reactividad autonómica, expresada en cambios estructurales neuronales, que implican la atrofia y que pueden conducir a un daño permanente, incluyendo la pérdida neuronal” (Schore, 2002). El efecto del cortisol, permanentemente en sangre, que inhibe la hormona del crecimiento y el proceso de mielinización, perjudicando la capacidad de tener un buen funcionamiento cognitivo.

Acciones que perjudican el sentido del bienestar:

- Ausencia de sensaciones corporales (anestesia), entornos estériles y demasiado confort, nos hacen dejar de sentir y percibir nuestro cuerpo y sus necesidades. La presencia de sensaciones demasiado intensas, llevando a los umbrales del sufrimiento por hambre, sed, sueño... también van a perjudicar el sentido del bienestar, porque deja una sensación de quedarse abandonado/a las sensaciones corporales.
- Hacer las cosas con poco sentido e incoherentemente, sin un ritmo, con demasiada prisa y sin posibilidad de sentir el bienestar en el cuerpo. No cuidar los hábitos de sueño, de alimentación, de higiene... hace que el sentido vital se dañe.

- Los medios de comunicación y la realidad virtual hacen que sintamos cierta frialdad y ausencia de vitalidad. Las pantallas limitan la posibilidad del movimiento y de juego. Pero parece que hacen como si estuviéramos en relación. La neuroimagen demuestra cómo se activan muchísimas menos áreas del cerebro cuando hay una interacción humana con una pantalla de por medio.
- Vivir en entornos adultocéntricos, donde los ritmos y las necesidades de las personas adultas son las que están en el centro de la agenda y de los cuidados. Así tenemos a la infancia y adolescencia con horarios escolares más largos que las jornadas laborales, para poder hacer una supuesta conciliación, cuando en realidad lo que se hace es someter a la infancia y la adolescencia a ritmos, horarios y maneras, que ya sabemos que son perjudiciales para las personas adultas, pero para la infancia y adolescencia es todavía peor, porque están en periodos críticos de desarrollo cerebral, y el estrés les va a generar alteraciones que serán de por vida.

Consecuencias de su ausencia de cuidado

Los datos provenientes de investigaciones de animales y de seres humanos que estudian la regulación del estrés a través del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal, apuntan a que las experiencias tempranas de estrés configuran la reactividad del sistema, es decir, qué tan fácil se active o se desactive el sistema a lo largo de la vida, ya que los circuitos cerebrales son particularmente maleables durante el periodo fetal y la infancia más temprana. Martínez, M. & García, M. C. (2011).

Esta reactividad del sistema se puede traducir o la podemos ver claramente en personas que presentan la siguiente sintomatología, por esta falta de cuidado del sentido del bienestar:

- Baja tolerancia a las reacciones físicas pro-

pias o bien no perciben las necesidades de su cuerpo (frío/calor; sed, ganas de ir al baño).

- Inquietud, nerviosismo, no pueden estar tranquilamente, evitan la calma. Hiperactividad.
- Agresividad.
- Adicciones.
- Tics.
- Torpeza y desorden.
- Problemas de sueño.
- Hiperreactividad.
- No sentirse queridos/as.

SENTIDO DE LA PROPIOCEPCIÓN

Es el sentido que me aporta información de cómo es mi movimiento y mi ubicación en el espacio. Nos aporta seguridad en la orientación espacial, en el movimiento y en la propia capacidad. Fortalece la motivación de eficacia. Está directamente relacionado con el lenguaje, favoreciendo su adquisición y afianzamiento. También favorece las habilidades sociales. Es la base de la alegría y del sentimiento de libertad, si soy capaz de dominar mi cuerpo se ancla en mí el sentimiento de autocontrol.

“En el año 2018, una revisión de la literatura científica concluyó que las personas sedentarias tienen un riesgo significativamente mayor de padecer depresión. La práctica regular de ejercicio físico suponía, según este estudio, hasta un 25 % de disminución del riesgo, con independencia de la edad o el país. Lo mismo se observa con la ansiedad, cuya incidencia se reduce entre un 15 % y 25 %. Estos resultados, entre otros muchos, sitúan el ejercicio físico como candidato para tratar alteraciones mentales graves, combinado con los protocolos médicos.”

Sugerencias para cuidarlo

- Realizar actividades de motricidad gruesa cotidianamente (pasear, saltar, nadar, juegos infantiles, teatro, baile...)
- Escuchar cuentos e historias narradas por otras personas.
- Realizar actividades de motricidad fina cotidianamente (hacer punto, coser, pintar, dibujar, papiroflexia, cocinar...)
- Tener una vida en la que la repetición y ritmo sean una constante. Donde lo predecible se convierte en un lugar interno de descanso.
- Ser partícipe de lo que acontece a nuestro alrededor y hacer partícipes a quienes nos rodean, sobre todo a la infancia y la adolescencia.
- Ver e imitar trabajos cotidianos útiles (cocinar, amasar, rastrillar, cavar, cortar, clavar, pintar...). La imitación va a despertar la creatividad y será el germen de la libertad.
- Vivir en espacios y entornos donde sentirse seguros/as y a salvo.
- Moverse en diferentes elementos, arena, agua, nieve... Estar en contacto con la naturaleza permite desarrollar la inteligencia espacial, y todas las demás destrezas cognitivas: atención, concentración, memoria... También logra que se mejore la comunicación, la creatividad y la expresión convirtiéndonos en seres más sociables y empáticos, con tendencia a cooperar, ayudarse mutuamente.
- Juegos sociales

Acciones que lo perjudican

- Uso de pantallas: la realidad virtual nos hace tener sensación de movimiento, pero en realidad no está sucediendo y genera sensaciones de vacío en nuestra interioridad. Me preocupa muchísimo la evolución

de esta tecnología desde la pandemia y la vista en el horizonte del metaverso.

- Estilo de vida muy rápido, impredecible y arrítmico
- Transmitir miedo ante cualquier circunstancia de la vida, y no entender que el riesgo forma parte de vivir.
- Sedentarismo, que con el uso de pantallas se ha multiplicado exponencialmente. No es que no nos permitan movernos físicamente, sino que nos atrapa la pantalla y eso es lo que nos limita nuestros movimientos.
- Falta de orden y ausencia de modelos sanos de imitación en el movimiento. Los modelos sanos son personas de carne y hueso, no personas que vemos en la pantalla.
- Deportes competitivos a edades muy tempranas. Antes de los 10 años, tienen más desventajas que ventajas.
- Ropas y zapatos demasiado ajustados o poco apropiados para facilitar el movimiento con seguridad.
- Aparatos modernos en el hogar que nos hacen la vida más cómoda pero que dejamos de utilizar nuestras manos.

Consecuencias de su ausencia de cuidado

- Físicamente genera rigidez, que a su vez se traduce en una rigidez mental y anímica. La importancia del ejercicio físico como explica Nazareth Castellanos, se debe a que se genera en el cerebro la “neurogénesis hipocampal”. Con ella fortalecemos el hipocampo, una estructura cerebral con forma de caballito de mar, que es la más importante para la memoria, el aprendizaje y también para el estado de ánimo. De hecho, cuando una persona está en las primeras fases de la enfermedad de Alzheimer, el hipocampo se atrofia, se hace más pequeño, lo que hace que tenga un deterioro cognitivo importante.

- Sentimientos de estar fuera de control, movimientos descoordinados.
- Soledad, no sentir ser parte del mundo, lo que lleva a sentir mucha tristeza e inseguridad, que puede derivar en una depresión.
- Sentimientos como la irritabilidad, inferioridad, desesperación, exceso de introspección, la falta de iniciativa y la presencia de muchos miedos, son indicadores de un sentido de la propiocepción dañado.
- Falta de conciencia de sí, inconformismo, insensibilidad por las demás personas y su espacio e hipersensibilidad por el espacio propio.
- Fracaso en el logro de habilidades verbales y sociales, lo que lleva a dificultades en el lenguaje y falta de empatía.

SENTIDO DEL EQUILIBRIO

El sentido del equilibrio nos aporta equilibrio a nivel físico (estabilidad gravitacional) y a nivel psíquico nos da sensación de calma interior, tranquilidad y paz.

Me siento segura/o en el espacio, siento suelo bajo mis pies.

Me aporta el eje desde el que poder tomar decisiones y me aporta la sensación de tranquilidad y ecuanimidad.

Fortalece la orientación espacial y la geografía corporal, tan importantes para el sentido de la propiocepción.

Sugerencias para cuidarlo

- Tener modelos saludables de imitación, que tengan una vida con suficiente equili-



Foto: Tatiana Syrikova

- brio entre lo que sienten, piensan y hacen.
- Actividades como patinar, bicicleta, equilibrios, juegos de balanceo suave, acunar, barras/cintas de equilibrios...
 - Recibir un trato pausado, seguro, empático, ecuánime, sincero, tolerante y justo.
 - Sinceridad en asuntos éticos, tanto ejercerla como recibirla de nuestras personas de referencia.
 - Cuidar los otros sentidos básicos.
 - Establecer ritmos diarios, semanales, anuales. Las fiestas y rituales para reconocer los cambios nos ayudan a estructurarnos dentro del tiempo. Como dice Byun-Chul Han los rituales dan sentido a la vida y hacen que la vida resulte festiva y mágica.

Acciones que lo perjudican

- Estilo de vida arrítmico, incoherente y con pobreza en oportunidades de movimiento tanto físico, como social y anímico.
 - Labia, verborrea de palabras y acciones, pero inconexas y superficiales.
 - Uso excesivo de las pantallas.
- Humor negro y sarcasmo.
 - Personas adultas que anteponen sus necesidades, que no viven con ritmo sus propias vidas, cansadas y con poco carácter y atascadas en una forma de ser. Esto perjudica no sólo a las personas que reciben las atenciones y cuidados, sino que a ellas mismas las perjudica en su sentido del equilibrio y en la vida en general.

Consecuencias de su ausencia de cuidado

- Labilidad emocional, inseguridad, sentimientos de fracaso, agitación interior, hipervigilancia, impulsividad, agitación motora y nerviosismo.
- Sistema vestibular-motor se enferma. Por lo tanto aparece:
 - Dificultad para escuchar, para imitar.
 - Dificultad en el orden espacial exterior; movimientos mecánicos y estereotipados.
 - Dificultades de atención, para tener un pensamiento claro y capacidad de juicio.
 - Verborrea, hablar atropellado, impaciencia, no puede esperar su turno.
- Egoísmo.



Foto: Helena Lopes

CONCLUSIONES PARA LA VIDA PERSONAL Y FAMILIAR

- Tener un ritmo del día relajado, pero predecible. En el ritmo y la repetición encontramos el equilibrio. La alimentación será de gran ayuda para establecer un ritmo y darnos la sensación de bienestar si nos alimentamos saludablemente, no sólo cuidando los alimentos que tomamos sino también el cómo lo hacemos. Es importante crear un ambiente agradable en la mesa, cuidando los detalles y aprovechando la oportunidad para charlar de la vida y no contaminar el momento con informaciones o asuntos negativos.
- Tener un ritmo anual en el que acompañemos las estaciones del año de manera coherente. Cada época del año nos invita a hacer diferentes cosas. Las fiestas y los rituales son fundamentales para dar un sentido a la vida.
- Repartir las responsabilidades domésticas entre todos los miembros de la familia. En la infancia y adolescencia tener estas responsabilidades contribuye a fomentar un buen autoconcepto (se sentirán útiles e importantes para el funcionamiento de la casa), su autoestima se refuerza y fortalece su voluntad. Hacer la cama, fregar platos, barrer la casa o el jardín, limpiar el polvo, doblar la ropa, cortar verduras, amasar... Además contribuyen a practicar movimientos básicos que ayudan a que el cerebro tenga una buena estimulación bilateral.
- Tener momentos de descanso y silencio cada día. La lectura puede ser una buena compañera. El descanso delante de una pantalla, no es descanso. Apagar las pantallas antes de que anochezca, ayudará a poder conciliar el sueño mejor; porque el cerebro deja de recibir la señal de estar despierto que le provoca la luz (azul) de la pantalla.
- Cuidar y protegernos de los estímulos que recibimos toda la familia. Estar permanentemente escuchando, viendo y hablando sobre la situación que vivimos hace que inundemos nuestro sistema neurológico de cortisol, y entremos en estados de ansiedad. Decide qué momentos del día te vas a informar, y deja libre el resto del día para recibir otros estímulos que te nutran y ayuden a tener bajos los niveles de cortisol.
- Cuidar la sobreexposición a las pantallas en estos tiempos que corren es muy importante, sobre todo para las niñas y los niños; toda la estimulación que reciben a nivel mental tras los videojuegos y películas, necesitarán sacarla en movimiento físico después. Por eso es bueno bailar, saltar, jugar por la casa, en el parque, en el campo, barrer, fregar...
- Tener un proyecto de manualidad donde cada día dedicar un rato a trabajar con tus manos, desarrollando la motricidad fina. Se trata de pensar un proyecto, dedicarle tiempo y mantener la voluntad para terminarlo. Algunas ideas: tejer una manta, un bolso, una bufanda con punto o ganchillo; tallar madera; modelar con arcilla; papiroflexia; punto de cruz; fieltro; carpintería, jardinería, repostería...
- Contacto cotidiano con la naturaleza. Como dice Heike Freire “la convivencia con plantas y animales es fundamental. Mejor si son salvajes. Si nos fijamos un poco, tenemos mucha vida a nuestro alrededor, incluso en las zonas urbanas más duras. La naturaleza es también la fuerza de lo pequeño: una plantita, una hormiga, un gorrión...”
- La calma, la paciencia, el cuidado, el tacto en el trato, la proximidad, la atención participativa y cariñosa, los límites amorosos, mirada positiva, la seguridad, la protección, la confianza... nos ayudarán a disfrutar y cuidar de estar en familia.

CONCLUSIONES PARA LA VIDA PROFESIONAL Y LA CLÍNICA

La profesión de psicoterapeuta suele implicar bastante soledad, convivimos con un alto nivel de intensidad emocional (ajena y propia), que requiere de nosotras altas dosis de presencia, escucha, empatía y claridad mental.

Especialmente si trabajamos cerca del trauma y en contacto con relatos de violencias, conocemos las secuelas de la psicofisiología de la fatiga por compasión y el trauma vicario, y la necesidad de equilibrar nuestra implicación empática, regular la activación de nuestro sistema nervioso y mantener nuestra habilidad para pensar con claridad.

Por ello es fundamental que cuidemos de nuestros sentidos básicos para lograr ejercer nuestra profesión sin que ello nos “cueste la vida”.

De manera que todas las recomendaciones anteriores, para hacer en familia nos resultan de utilidad para nosotras y nosotros; pero creo que debemos aumentar las dosis, puesto que nos exponemos mucho más al desgaste de nuestras “reservas psicofisiológicas”.

Algunas especificidades para aplicar en nuestra práctica clínica serían:

- Tener un horario que permita atender las necesidades de las personas con las que trabajamos, pero también las propias. Que el horario tenga un ritmo semanal y anual predecible, ayudará a que el encuadre para los pacientes sea claro y les dará tranquilidad, pero también nos ayudará.
- Reservar espacios para cuidar nuestra alimentación y descanso, es una clave muy básica para nuestra salud y también la de las personas que atendemos. La repito aquí, porque en la vorágine del trabajo solemos olvidar estas cuestiones básicas, respondiendo mails y mensajes a altas horas

de la noche o comiendo “cualquier cosa” entre paciente y paciente.

- Tiempos y espacios de autocuidado verdadero, atendiendo a lo psicofisiológico, pero también a lo creativo y social.
- Contacto con la naturaleza, tanto en el cotidiano como en los tiempos reservados de descanso profundo. La naturaleza será una gran aliada para lograr que nuestro sistema nervioso entre en la calma necesaria para poder ejercer mejor nuestra profesión.
- Actividad física que te permita entrar en contacto con tu cuerpo, con el movimiento y la conciencia corporal. Esto ayudará a tener una disposición físico-emocional que ayudará al trabajo terapéutico y a tu vida.
- Dentro de la consulta primar el trato respetuoso, delicado y cuidadoso hacia la persona. Cuidando que cada encuentro sea verdadero y exclusivo, estando absolutamente presentes y atendiendo a su individualidad dejando “atrás” las teorías y viendo a la persona que tenemos delante.
- Tanto en la anamnesis como en la psicoeducación no debe faltar tratar estos aspectos de la salud:
 - Alimentación.
 - Sueño: ritmo y cantidad.
 - Descanso.
 - Actividad física.
 - Contacto con la naturaleza.
 - Relaciones sociales.
 - Creatividad, pasiones, aficiones.

BIBLIOGRAFÍA

- Bowlby, J. (1958). The nature of the child's tie to his mother. *International Journal of Psycho-Analysis*, 39, 350-373.
- Castellanos, N. (2022). *Neurociencia del cuerpo. Cómo el organismo esculpe el cerebro*. Editorial Kairos.
- Damasio, A. (1996). *El error de Descartes de 1996*. Santiago de Chile. Editorial Andrés Bello.
- Freire, H. (2017). *¡Estate quieto y atiende! Ambientes más saludables para prevenir el déficit de atención y la hiperactividad*. Barcelos. Herder Editorial.
- Goddard, S. (2017). *El niño bien equilibrado*. Barcelona. ING Edicions.
- Goleman, D. (2011). *El cerebro y la inteligencia emocional*. Barcelona. Ed. BSA.
- Han, B.-C. (2020). *La desaparición de los rituales: una topología del presente*. Barcelona. Herder Editorial.
- Harlow, H. (1958). The nature of love. *American Psychologist*, 13, 673-685.
- Makinodan, M., Rosen, K. M., Ito, S., Corfas, G. (2012). A critical period for social experience-dependent oligodendrocyte maturation and myelination. *Science*, 337(6100), 1357-1360.
- Martínez, M., García, M. C. (2011). Implicaciones de la crianza en la regulación del estrés. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 2(9), 535-545.
- Porges, S. W. (2001). The polyvagal theory: Phylogenetic substrates of a social nervous system. *Psychoneuroendocrinology*, 23, 837-861.
- Porges, S. W. (2017). *La teoría polivagal: fundamentos neurofisiológicos de las emociones, el apego, la comunicación y la autorregulación*. Ediciones Pléyades.
- Rodríguez, J. (2009). *Procesamiento léxico-semántico de los verbos y su sustrato neuronal*. Universidad de Oviedo.
- Schore, A. N. (2005). Attachment, affect regulation, and the developing right brain: linking developmental neuroscience to pediatrics. *Pediatrics in Review*, 26, 204-212.
- Schuch, F. B., Vancampfort, D., Firth, J., Rosenbaum, S., Ward, P. B., Silva, E. S., Hallgren, M., Ponce De Leon, A., Dunn, A. L., Deslandes, A. C., Fleck, M. P., Carvalho, A. F., Stubbs, B. (2018). Physical activity and incident depression: A meta-analysis of prospective cohort studies. *American Journal of Psychiatry*, 175(7), 631-648.
- Sharp, H., Pickles, A., Meaney, M., Marshall, K., Tibu, F., Hill, J. (2012). Frequency of infant stroking reported by mothers moderates the effect of prenatal depression on infant behavioural and physiological outcomes. *PLoS ONE*, 7(10). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0045446>.
- Spitz, R. (1945). Hospitalism: An inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 1, 53-74.
- Steiner, R. (2014). *Los doce sentidos del ser humano*. Editorial Pau de Damasc.



MODIFICACIÓN CORPORAL

LA MODIFICACIÓN
CORPORAL

Mónica Fernández Castro

Black Flamingo tattoo & piercing, Vigo

monibodypiercing@gmail.com

SUMARIO

GALLEGO

RESUMEN

La modificación corporal acompaña al ser humano desde hace miles de años. Durante milenios ha sido la marca distintiva de muchas civilizaciones; en diferentes lugares, diferentes culturas, por diferentes razones y con diferentes técnicas, pero con un fin similar: la transmisión de su cultura de generación en generación de la manera más física posible. Desde el siglo XXXII a.C. hasta nuestros días, algunas técnicas han evolucionado muchísimo, pero otras muchas siguen siendo muy parecidas a cómo eran hace miles de años. Desde cortes y marcas al rojo vivo, hasta las técnicas más avanzadas de cirugía estética actual, el ser humano siempre ha buscado el embellecimiento del cuerpo de manera muy diferente según cada cultura. Es una forma más de expresión y los motivos son muy variados: rituales, ofrendas, manifestación del estatus social o, simplemente, por razones estéticas. Estas prácticas forman y seguirán formando parte de nuestra historia.

PALABRAS CLAVE — Modificación corporal, tatuaje, piercing, cirugía, belleza.

ABSTRACT

Body modification has accompanied humankind for thousands of years. It has been the distinctive feature of many civilisations for centuries; in different places, different cultures, for different reasons and with different techniques, but with a common aim: transmitting their culture over generations in the most physical way. Since the 32nd century B. C. until present days, some of the techniques have evolved a great deal but other procedures have almost remained the same as thousands of years ago. From cuttings and hot-branding to the most advanced current aesthetic surgery techniques, the human being has always searched for bodily embellishment in many different ways according to each culture. This is one more way of expression and there is a wide variety of motifs: rituals, offerings, social status manifestation or simple aesthetic reasons. These practices are and will continue to be part of our history.

KEY WORDS — Body modification, tattoo, piercing, surgery, beauty.

En su definición más simple, “modificación corporal” remite a la alteración deliberada de la apariencia física de una persona. Aunque habitualmente esta frase solo se aplica a prácticas como el tatuaje, las perforaciones o las escarificaciones, si echamos un vistazo a la definición actual de “estética” nos daremos cuenta de que prácticamente todas las personas nos involucramos en alguna forma de modificación corporal; por ejemplo, es poco común encontrar a alguna mujer sin los lóbulos perforados, una de las modificaciones corporales más aceptadas y extendidas culturalmente, y que se suele realizar cuando somos bebés, sin nuestro consentimiento. Por el simple hecho de haber nacido con genitales femeninos, es tradición marcarnos, lo que es muy primitivo, salvaje y abusivo, pero aceptado socialmente.

Actividades tan simples, inocuas y temporales como teñirse el pelo, ponerse lentillas de colores o llevar uñas de gel serían modificaciones, al fin y al cabo, así como la musculación que algunas personas realizan de sus cuerpos has-

ta límites increíbles. También la cirugía y la medicina estética son algo muy extendido en nuestros días. Se ha vuelto extremadamente común ver a personas con los labios rellenos de ácido hialurónico, inyectarse toxinas para paralizar músculos, llevar prótesis dentro del cuerpo o fracturarse los huesos nasales únicamente por querer verse mejor. ¿Tiene algo de malo? Nuestro cuerpo nos pertenece y, aunque algunos son procesos dolorosos que necesitan de una recuperación, a veces lenta y compleja, estamos dispuestos a pasar por ello solo porque queremos y tenemos esa opción.

Pero ¿por qué hay modificaciones corporales aceptadas socialmente y otras, con mucho más bagaje histórico y cultural, son vistas como verdaderas aberraciones? El estándar de belleza socialmente aceptado e implantado en occidente tiene mucho que ver. Ciertas prácticas que nos pueden parecer una atrocidad, en otras partes del mundo son perfectamente normales y habituales.



Figura 1. Princesa de Ukok o Dama de Hielo. Momia Pazyryk, siglo V a. C.

Desde hace muchos miles de años, en todos los grupos de humanos a lo largo de la historia conocida y registrada, ha habido miembros que modificaron sus cuerpos y transmitieron su cultura de generación en generación de la manera más física posible. Tatuajes, cuellos alargados, cráneos ovalados, marcas al rojo vivo... Durante milenios han sido la marca distintiva de las civilizaciones. Las razones detrás de sus decisiones varían muchísimo incluso dentro de la misma comunidad. En muchas culturas, el estatus social y la riqueza se manifiestan con joyas en la nariz, por ejemplo. En otras, las cicatrices y los tatuajes tienen significados más profundos. Y, por supuesto, en casi todas las culturas existen las modificaciones corporales simplemente por razones estéticas, como adorno y embellecimiento de ambos sexos y de todos los géneros, para intentar alcanzar un estándar de perfección dentro de su cultura. Otra posibilidad es la realización de estas prácticas como ritual u ofrenda.

Los registros más antiguos sobre tatuajes provienen de los primeros pasos del *Homo sapiens*. En 1991, un cuerpo momificado que data del siglo XXXII a. C. fue encontrado por alpinistas alemanes. Los científicos lo llamaron Ötzi y es la momia más antigua encontrada hasta el momento. A Ötzi se le contabilizaron setenta y siete tatuajes de estilo tribal en su espalda, piernas y muñecas.

Probablemente, el tatuaje y el *piercing* sean las prácticas más antiguas de modificación corporal; ya los egipcios marcaban a sus sacerdotes con tinta y en Japón se señalaba a los criminales con esta técnica desde el primer milenio a. C.

La entrada definitiva del tatuaje en Europa se produjo tras las primeras expediciones occidentales a la Polinesia, alrededor del siglo XVIII (antes era utilizado de manera puntual por algunos legionarios romanos). A partir de este momento pasó a formar parte de la cultura marinera, ya que los navegantes marcaban su cuerpo durante sus expediciones por todo

el mundo. Además de a esta tradición, quizá por influencia pirata o japonesa (o ambas), los tatuajes también se incorporaron a la cultura criminal.

Los tatuajes tal y como los conocemos se pueden documentar desde el año 3300 a. C., como se vio con el descubrimiento de Ötzi, el Hombre de hielo, o con las antiguas momias egipcias en las que se encuentran tatuajes de animales y otras criaturas; sin embargo, se cree que la práctica se originó hace más de 10.000 años. La técnica del tatuaje ha evolucionado en gran medida a lo largo de los años, tanto los pigmentos como las tintas que se utilizan han mejorado mucho en los últimos tiempos. Ya sea a mano, pinchados con una sola aguja o con máquina, las razones tras la decisión de tatuarse no han variado considerablemente en todo este tiempo: moda, función estética, o una mera declaración del tipo que sea. También se ha tatuado a personas en contra de su voluntad para identificarlas de forma permanente como criminales o indeseables de una comunidad; este estigma asociado todavía permanece en parte de la sociedad. A pesar de ello, el mundo del tatuaje está resurgiendo cada vez con más popularidad y aceptación.

Otra de las momias con tatuajes más antiguas que se han descubierto es la llamada Princesa de Ukok (figura 1), hallada en 1993. Presentaba varios tatuajes en su cuerpo: un ciervo en su hombro izquierdo y otros animales en su muñeca y en sus dedos. Estas figuras sustentan la teoría de que el tatuaje tenía una importante función religiosa en su cultura.

Es un concepto equivocado (aunque bastante aceptado) que la perforación del cuerpo es una moda un tanto reciente, pero las perforaciones en las orejas, por ejemplo, son un rasgo increíblemente común en casi todas las culturas a lo largo de la historia y con una gran variedad de mitos, leyendas y significados detrás de la joyería usada y su colocación. Las perforaciones en la nariz se han documentado hace 4.000 años en Medio Oriente, continua-

ron en la India durante el siglo XVI y a día de hoy se siguen practicando, es parte de su legado cultural. Las perforaciones en otras partes del cuerpo, como en los labios, a menudo en forma de grandes discos en una perforación dilatada, se practican en tribus de África, del sudeste asiático y de América del Sur. Todos estos *piercings* se siguen haciendo en Occidente, aunque la razón principal sea el ornamento y la mejora estética.

Las escarificaciones y el *branding* también son procedimientos con miles de años de antigüedad. Tradicionalmente, la escarificación estaba más extendida entre las personas de piel oscura en las regiones ecuatoriales, ya que, al tener mucha melanina en la piel, los tatuajes no eran muy visibles.

En la región de Sepik, en Papúa Nueva Guinea, se encuentra el pueblo conocido como “piel de cocodrilo”, una de las etnias más singulares de este peculiar país y que mantiene varias de sus tradiciones como eran en su origen. Una de ellas es la de escarificarse el cuerpo para imitar la textura de la piel de los cocodrilos, ya que, conforme a sus creencias, son sus antepasados. Llevan a cabo un rito de iniciación doloroso y sangriento para, así (según ellos), adquirir la fuerza de estos animales. Dicho ritual consiste en realizarse decenas de cortes en la piel del pecho y de la espalda que dan como resultado infinidad de cicatrices abultadas, las cuales proporcionan esa apariencia de piel de cocodrilo.

Varias tribus aborígenes del norte de Australia y el pueblo Karo, en Etiopía, son solo algunas de las muchas culturas que, hasta el día de hoy, siguen practicando ritos tradicionales en los que incluyen la escarificación. Los Karo, especialmente las mujeres, lucen escarificaciones en el pecho para embellecerse; las efectúan con un cuchillo o una navaja y después las cubren con ceniza. Tanto los hombres como las mujeres utilizan la ornamentación facial y corporal para resaltar su belleza y destacar su estatus social.

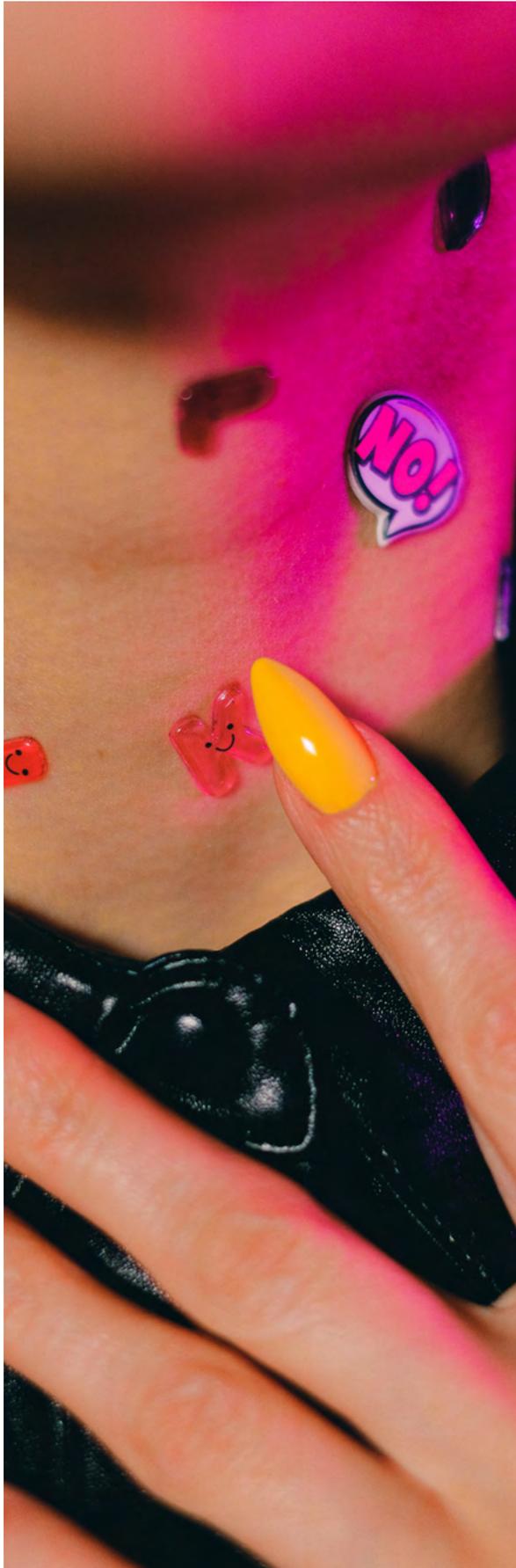
La modificación del cráneo para volverlo ovalado o alargado se ha llevado a cabo en diferentes países a lo largo de todo el mundo. Los primeros registros se remontan a 45.000 años antes del presente y es una práctica que continúa en algunos lugares como la República del Congo y Vanuatu. Esta deformación fue practicada desde los tiempos de los hunos y los alanos hasta comienzos del siglo XX. En diferentes países de América del Sur y en Estados Unidos, desde los mayas (Mesoamérica) a los paracas de Perú, pasando por los Chinook del noroeste de América del Norte y los Choctaw del noroeste, la modificación del cráneo era una práctica común. El registro escrito más antiguo de deformación craneal data del 400 a. C. y es la descripción que hizo Hipócrates de una tribu africana a la que denominaba los macrocéfalos o “cabezas largas”.

Las padaung (mujeres con cuello de jirafa) pertenecen al grupo étnico o tribu Kayan, una minoría étnica tibeto-birmanas de Myanmar. Cuando tienen cinco años se colocan un adorno de latón en forma de espiral alrededor del cuello al que van añadiendo anillos, y que poco a poco va presionando las clavículas hacia abajo haciendo que parezca que tienen el cuello más largo. Existen varias teorías sobre el porqué de esta práctica: hay quien dice que les sirve para evitar las mordeduras de los leones, que las niñas elegidas para llevar los anillos han de ser especialmente protegidas por haber nacido un miércoles de luna llena, y también se contempla la posibilidad de que empezara a utilizarse para afeitar a las mujeres evitando así su esclavización por otras tribus.

En el contexto occidental moderno, la escarificación y el *branding* (quemaduras), aunque son prácticas mucho menos extendidas que los tatuajes, siguen siendo formas comunes de modificarse el cuerpo. El resultado estético de una escarificación curada depende en mayor medida de la cicatrización del cuerpo y de la genética de su propietario que de la destreza del artista, lo que unido al dolor y a la incomodidad del procedimiento y de su



Foto: Tony Wu



curación, hace que, probablemente, nunca se vuelva tan común como, por ejemplo, hacerse un tatuaje.

Aunque los implantes son una práctica relativamente reciente (es un proceso mediante el que se insertan objetos extraños debajo de la piel), las cuentas genitales, conocidas como *beading* o perlas, fueron un elemento muy común entre los marineros del Pacífico Sur y los Yakuza japoneses durante muchos años. También era muy frecuente en los sistemas penitenciarios de la antigua Unión Soviética y en Europa del Este. De hecho, sigue siendo un procedimiento bastante solicitado en muchos estudios en el mundo occidental actual. A día de hoy se realiza con bolas de teflón biocompatible o silicona, reemplazando con ello los antiguos materiales orgánicos no estériles potencialmente peligrosos.

Los implantes transdérmicos, implantes quirúrgicos colocados bajo la piel con una única salida, son realizados (o deberían serlo siempre) por modificadores corporales con una gran experiencia y habilidad quirúrgica. Este tipo de implante puede ser algo problemático para curar, pero sigue siendo popular entre los más experimentados en modificación corporal. En la última década, las joyas transdérmicas se han rediseñado y los procedimientos y los materiales se han refinado hasta el punto de que se puede entrar en casi cualquier estudio del mundo y obtener un microdermal, una pequeña base implantada debajo de la dermis mediante un procedimiento rápido, simple y poco doloroso, no más que cualquier otra perforación; después, el extremo roscado del microdermal cicatrizará al ras de la piel, lo que permitirá que los accesorios (también roscados) se puedan intercambiar. No son aptos para cualquier persona, ya que el éxito en la cicatrización y, por consiguiente, en la duración, depende mucho de nuestro estilo de vida.

Otras modificaciones más invasivas practicadas en los últimos tiempos, por poner algunos

ejemplos, son ponerse las orejas en punta, bifurcarse la lengua o varios tipos de modificación genital. Estos procedimientos se encuentran más cerca del mundo de la cirugía estética.

Es importante destacar que lo más básico y fundamental en la modificación corporal es que sea algo que decide hacer cada persona libremente, sin que nadie decida por nadie. Ya sea por simple estética o por algún motivo más profundo, nuestro cuerpo nos pertenece y nuestra decisión es la única válida. Puede que alguien no entienda que a una persona le guste llevar la lengua bífida, pero tampoco somos quiénes para opinar de forma peyorativa sobre la estética de otras personas, ya que lo que nos puede parecer bonito, correcto o “normal”, probablemente no lo sea para otra persona. Es una forma más de expresión, quizá la más elevada, puesto que decidirse a pasar por un proceso doloroso para conseguir algún cambio definitivo en nuestro cuerpo es algo serio y habitualmente muy meditado.

BIBLIOGRAFÍA

Angel, E. (2009). *The Piercing Bible: The Definitive Guide to Safe Body Piercing*. Crossing Press.

Ganguly, W. (2007). *Earrings: Ornamental Identity and Beauty in India*. BR Publishing Corporation.

Musafar, F. (2002). *Spirit and Flesh*. Daedalus Publishing Company.

Pitts, V. L. (2003). *In the Flesh. The Cultural Politics of Body Modification*. Palgrave Macmillan.

Rauf, D. (2018). *The Culture of Body Piercing (Body Arts: The History of Tattooing and Body Modification)*. The Rosen Publishing Group.

Rubin, A. (Ed.). (1988). *Marks of Civilization: Artistic Transformations of the Human Body*. Museum of Cultural History.

Schaff, A. (2006). *Body Modification*. Artesian Press.

CAMBIOS

CAMBIO CORPORAL
¿QUIÉN SOY YO?

María Dolores Viñas Carballeira

Psicóloga. Maestra de Educación Primaria

mvinas@edu.xunta.es

SUMARIO

GALLEGO

RESUMEN

El cáncer de colon –tumor del intestino grueso– es el segundo tumor más frecuente del aparato digestivo. Aunque se da en diferentes edades, es más típico a partir de los 50. Es más frecuente en hombres que en mujeres y puede aparecer de manera asintomática.

La palabra cáncer generalmente crea sentimientos de tristeza y ansiedad. Es conocida por todos. Pero la palabra ileostomía es desconocida por muchos. Vivir con una bolsa de ostomía no es fácil. Vivir con un cáncer tampoco.

La enfermedad, la quimioterapia y la ileostomía han producido cambios notorios tanto en mi cuerpo y en mi mente como en la confianza en mí misma. Cambios en la imagen corporal, identidad personal y emociones, así como en hábitos, nuevas rutinas y modo de vida. Cambios que tienes que aceptar y trabajar por tu bienestar físico y salud mental.

Hay que aprender a vivir una nueva vida. Pero con dignidad.

PALABRAS CLAVE — Cáncer, quimioterapia, ileostomía, imagen corporal, identidad personal, autoconfianza.

ABSTRACT

Colon cancer is a tumour of the large intestine –the second tumour more frequent of the digestive system–. It's more typical from the fifties. This cancer is more common in men than in women and it may appear asymptotically.

The word cancer usually produces feelings of sadness and anxiety and it's known worldwide. But the word ileostomy is unknown to many people. Living with an ostomy bag is not easy, neither with cancer.

Disease, chemotherapy and ileostomy have produced important changes in my body and also in my mind and self-confidence. They have produced changes in my body image, personal identity and emotions as well, changes in habits, routines and way of life.

Changes must be accepted in order to improve your well-being and mental health. You must learn to live a new life. But with dignity.

KEY WORDS — Cancer, chemotherapy, ileostomy, body image, personal identity and self-confidence..

INTRODUCCIÓN

Antes de empezar a escribir el artículo, es necesario la aclaración o definición de ciertos términos de la medicina clínica –recogidos de modo sencillo–, algunos bien conocidos por muchos, pero otros no tanto –quizás por falta de visibilidad, si se me permite–.

Pienso que solo puedes ponerte en el lugar del otro cuando experimentas algo similar en cualquier ámbito de la vida. Si no, puedes escuchar, pero no “entender o comprender en su totalidad”. Las palabras cáncer e ileostomía me acompañan ya desde hace 18 meses y espero que lo sigan haciendo durante muchos meses y años más. Hasta ese momento, yo desconocía por completo de qué iba este asunto. Eres joven y quién piensa que, de repente, todo va a cambiar con tal grado de magnitud, que pondrá patas arriba todo tu mundo. Quién puede pensar que, de repente, te hacen una visita para quedarse un cáncer y una ileostomía. Así, de repente, sin alertar.

Definición. El cáncer colorrectal (AECC)¹ se origina en el colon o el recto, que constituyen la parte final del tracto digestivo. El colon comunica el intestino delgado con el recto que, a su vez, termina en el ano. Dependiendo de su localización anatómica y del lugar donde se origine, se le denomina cáncer de colon o cáncer de recto. Normalmente se denomina cáncer colorrectal, dado que ambas patologías comparten características comunes.

Epidemiología. El cáncer colorrectal afecta fundamentalmente a personas mayores. La edad media de presentación es 70-71 años y la mayoría de los pacientes tienen más de 50 años en el momento del diagnóstico, aunque no hay que olvidar que también puede aparecer en personas más jóvenes. Afecta a hombres y mujeres casi por igual, aunque el riesgo de padecerlo es un poco inferior en mujeres.

A nivel mundial, en el año 2018 el cáncer colorrectal representa el tercero en incidencia en ambos sexos después del cáncer de pulmón y

de mama (datos disponibles GLOBOCAN ²).

Incidencia: Según el Observatorio del Cáncer AECC, en España se estima que, durante los próximos años, el cáncer colorrectal será el más diagnosticado en ambos sexos. Es el segundo tumor más frecuente en varones después del de próstata y el segundo en mujeres después del de mama. El cáncer colorrectal supone el 15,3% de todos los tumores diagnosticados en 2020. Los cánceres más frecuentemente diagnosticados son los de colon y recto, mama, pulmón, próstata y vejiga urinaria.

Mortalidad: El cáncer colorrectal es la segunda causa de muerte por cáncer, solo por detrás del cáncer de pulmón. Entre los varones, los responsables del mayor número de fallecimientos fueron el cáncer de pulmón y el cáncer colorrectal (con un incremento en la incidencia del 1,2%). En mujeres, ocupa el tercer lugar después del cáncer de mama y de pulmón (con un descenso en la incidencia del 3,8%). La mortalidad de cáncer de colon cambia de forma más rápida que en otros tumores debido a la estrecha relación de este tumor con el estilo de vida y dieta.

Dicho todo esto, la mayor reducción de la incidencia y de la mortalidad del cáncer colorrectal se debe a una mejoría en los métodos de cribado.

LA ILEOSTOMÍA

Yo desconocía la existencia de esta palabra. Sabía que algunas personas llevaban una bolsa colgada de su abdomen donde recogían las deposiciones. La primera vez que supe esto fue hace unos 28 años cuando mi madre, paciente de cáncer de mama, tenía como compañera de habitación a una señora con una bolsa. Cuando entré en la habitación y, hablando en plata, la habitación olía a caca, era como si allí estuviesen varios bebés con el culo sucio. ¡Menos mal que las cosas han cambiado gracias a la investigación! Recuerdo que eso me

produjo un sentimiento de pena, compasión y tristeza por esa persona desconocida.

Nunca oí hablar de este tema –de las ostomías– ni de los pacientes ostomizados, ni tampoco me topé con una lectura relacionada hasta que llegó el momento. A lo mejor, porque no prestaba atención a ello. Pero en estos últimos meses, tampoco.

El tema “bolsa de ostomía” creo que en general es un poco escatológico, aunque estamos en la era de la “normalización”, ¿no? Yo me quedé con esa imagen y ese olor, y nunca más pensé en ello. Cuando me dijeron que a lo mejor me tenían que poner una bolsa, ni me imaginaba lo que era y todo lo que traería asociado. Para llevar una bolsa te tienen que practicar una ileostomía o una colostomía. En mi caso, una ileostomía. Hablemos de lo que es de modo sencillo.

¿Qué es la ileostomía? Es un tipo de ostomía. El íleon es la parte distal del intestino delgado. Si se separa del ciego y se saca, se llama ileostomía. El íleon se saca a través de una incisión en la parte inferior derecha del abdomen llamada estoma, a través del cual se deriva la salida de heces u orina al exterior. La ileostomía expulsa las heces líquidas, medio formadas. Tiene un alto caudal. Otro término parecido es la colostomía, pero son cosas diferentes.

Las complicaciones de la ileostomía incluyen sangrado, deshidratación, obstrucción del estoma y excoriación de la piel circundante. El paciente se deshidrata rápidamente, por lo que necesita beber muchos líquidos. Los intestinos pequeños contienen muchas enzimas digestivas que salen con heces medio formadas y exageran el borde de la ileostomía. Por lo tanto, una buena higiene, vaciar regularmente la bolsa de ileostomía y aplicar barrera protectora alrededor del borde del estoma previene cualquier irritación e inflamación de su borde.

LA ENFERMEDAD

Después de los apuntes anteriores os podéis hacer una idea de lo que cambiaron tanto mi cuerpo y mi mente, como la perspectiva de mi vida. Os contaré un poco la historia.

La madrugada del día 26 de febrero del 2021 ingresé en el servicio de urgencias del CHUF³ con una obstrucción intestinal de la que realmente yo no era consciente. El médico cirujano de guardia que me atendió, solicitó las pruebas pertinentes –analíticas varias, TAC abdominal y RX–. Tras los resultados de las mismas y de la exploración, vio fea la cosa y me comentó que había que operar de urgencia a primera hora de la mañana. En principio, me dice que valorarán el poner una bolsa. *“A ver si hay suerte y no es necesario”*.

Mi marido me había dejado en urgencias, pero no le dejaron pasar, con lo que estuve sola –bueno, no solo ese día, sino los 26 que estuve hospitalizada– y muerta de miedo, por supuesto. Nunca me habían operado, menos con urgencia. Menos mal que en ese turno estaba de guardia una amiga íntima enfermera, que estuvo pendiente de mí todo el rato y me acompañó hasta la hora de quirófano. Su cariño y palabras me reconfortaron en ese momento de angustia, terror y soledad. Lo peor, por lo que me caían las lágrimas, no era por el gran dolor físico abdominal e hinchazón por los que había ingresado, sino porque no me había despedido de mis niños. Pensé en si no los volvería a ver nunca más (siempre me entran ganas de llorar cuando cuento esto, se me llenan los ojos de lágrimas y se me encoge el corazón cuando lo pienso). Pero doy gracias porque aún puedo estar con ellos.

Tras la primera operación y el postoperatorio, me suben a la habitación y el primer médico que me visita es una ginecóloga. No recuerdo ni su cara ni su nombre. Caras, no recuerdo las de nadie, pues estábamos en lo mejor de la pandemia por COVID-19⁴. Nombres tampoco, porque estaba aún muy aturdida y en shock. Me dice que me ha quitado los ovarios,

porque estaban feos y ya habían cumplido su misión (tengo dos hijos: un chico de 21 y una chica de 14). Me comentó que podría tener una pequeña hemorragia (como de regla) pero que eso sería normal. Comentó que la operación había salido bien y nada más que yo recuerde, porque repito que no podía procesar bien la información. Estaba aturdida tras una operación de más de cinco horas.

Al día siguiente me viene a ver uno de mis cirujanos, de las nuevas generaciones, de unos cuarenta y tantos, encantador, cercano y magnífico profesional. Y empieza con el goteo de información: de momento que me han operado y han quitado un tumor que se llevan a anatomía patológica y, en principio, valoraron el no poner la bolsa. Pero lamentablemente, a los cinco días (el 02/03/2021) me tienen que volver a operar, pues el drenaje no pintaba bien. Me llevan a hacer otro TAC y el cirujano me da la noticia de que hay que abrir otra vez y poner bolsa de ostomía.

Otros días me venía a visitar el médico residente (hoy ya médico titular) y me seguían cayendo goteos de información de lo que tenía. Así, poco a poco, para poder digerir. El veredicto tras la espera de unos diez días fue el siguiente:

- Adenocarcinoma mucinoso maligno de colon descendente izquierdo⁵.
- Colectomía subtotal con anastomosis ileo-rectal⁶ (26/02/2021).
- Ileostomía terminal⁷ (02/03/2021).
- Tromboembolismo pulmonar incidental⁸.

NUESTRO YO

¿Qué pasa cuando me miro al espejo? Reconozco a un YO, a mí. A una imagen mental subjetiva, personal y familiar que tenemos de nosotros mismos, que difiere de la imagen que tienen los demás acerca de nuestro YO. Al

igual que cuando vemos una fotografía nuestra, para nosotros es diferente de la imagen que nos proyecta el espejo. Nos vemos más gordos, más flacos, más guapos, más feos..., nos gustamos más o menos que al natural. Interesante, ¿verdad?

El reconocimiento del YO es fundamental para la adquisición de los aprendizajes de la vida, para poder interactuar con el mundo que nos rodea.

“La construcción del aprendizaje se apoya en el conocimiento de nuestro cuerpo, de mi YO, ya que toda conducta la incorporamos mediante él. Adquirir la habilidad del reconocimiento de nuestro YO es imprescindible para interactuar con el mundo que nos rodea, para crear relaciones con éste y con las personas. Mediante el reconocimiento del cuerpo se construye el espacio y sus limitaciones, tomando consciencia de cada una de las partes con ayuda de los sentidos. Teniendo en cuenta esto, no es de sorprender la vital importancia que cobra el descubrimiento del esquema corporal definido como “la representación mental de mi propio cuerpo, de sus posibilidades y limitaciones de acción”. Por eso a medida que el niño reconoce su propio cuerpo y lo domina, se facilitará la incorporación de los aprendizajes. El desarrollo del esquema corporal tiene todo un proceso, depende de la maduración neurológica así como también de las experiencias que se tengan. Alcanza su pleno desarrollo hacia los 11 o 12 años y evoluciona y madura a lo largo de la vida.”⁹

Nuestro YO va evolucionando con el transcurso del tiempo. Y no solo es un físico, sino que YO también es corazón o alma y poder de pensamiento. Estas tres globalidades forman mi YO y el de todos los humanos, diferenciándonos de los animales. Este YO es la adultez del desarrollado en la niñez y es lo que me distingue de los demás, de ti.

Por desgracia, un cáncer invasivo cambia el cuerpo. Algunos más que otros y, en mi caso, tanto las cicatrices de las dos operaciones y una tercera en noviembre del 2021, así como la bolsa de ostomía, cambiaron mi imagen corporal por completo.

Foto: Alexander Krivitskiy



SUMARIO

INICIO

EL YO DE ANTES

Antes del fatídico día 26 de febrero (tenía 52 años) nunca había pisado un hospital, quitando los dos partos y otras cosas sin importancia. Era una persona sana. Me hacía cada año mis analíticas de rigor y siempre perfectas. Los últimos años, con un poco de anemia, típico de la pre-menopausia, pero nada más. Nunca solía tomar medicación. Mi físico era el de una persona sana. No recuerdo desde mi adolescencia haber dejado de practicar deporte (solo cuando me quedé embarazada). Hice un poco de todo, pero siempre con intensidad saliendo de la zona de confort, y tres o cuatro días a la semana (aerobic, zumba, cardio, musculación, salidas en bicicleta).

Ya en los últimos años, yoga dinámico, algo parecido casi al circo del sol. Lo mejor a esta edad es practicar yoga, porque quedas genial en todos los aspectos, en cuerpo y mente. El cuerpo te pide estar estirado, musculado, con flexibilidad y equilibrio para evitar los inconvenientes propios de la edad. Y la mente te pide estar tranquila, sin estrés y relajada.

Me considero una persona coqueta, que me gusta ir bien siempre, sea sport o arreglada.

Mi complexión siempre fue fuerte, espalda ancha, abdominales marcados y todo muy recogido gracias a los entrenamientos. Talla M. Estatura 1,61. Siempre pesé mucho debido a que estaba bien musculada y siempre me dio un poco de vergüenza decirlo. Salí del hospital a los 26 días, con 20 kg menos. Sí. Menudo cambio. Como decía mi hija Lola, “*mami, estás delgada-fofa*”. La pérdida de peso fue casi toda masa muscular.

Mi pelo era rizado, siempre con un poco más de media melena, pero no muy largo. Me había comprado hacía poco un alisador-moldeador muy bueno, que lo ha heredado ahora Lola para su larga melena. Mi *skinhead*¹⁰ ahora no me permite usarlo, claro.

Psicológicamente era una persona fuerte, re-

solutiva, optimista, con coraje, muy sociable, dinámica y activa, marchosa, muy trabajadora, inquieta intelectualmente y estudiosa, organizada y metódica –un poco obsesiva y perfeccionista como cabe esperar–. Me gustaba tener siempre todo controlado con un planning semanal –mis amigas me decían que cómo era capaz de hacer tantas cosas; pues con el plannig–. Cariñosa, por supuesto. Mis dos vocaciones, la enseñanza y la psicología. Con mil cursos y gran formación. Siempre con ese gustillo de aprender e innovar y dar lo mejor de mí misma.

Todas las etapas de la vida son buenas, aunque todas tienen sus problemas. Se ha cumplido uno de los tópicos estúpidos que dicen todos los humanos por decir, porque crees que nunca te va a pasar a ti- lo de que un día para otro te cambia la vida-. Lo tenía todo. Como digo siempre, de un día para otro, he pasado del todo –de mi todo– a la nada. Esa es la dura percepción de mi vida ahora. Pero estoy saliendo de la nada en busca de ese nuevo todo.

LOS PRIMEROS DÍAS EN CASA

Recuerdo el día de salida del hospital. Había llegado de madrugada a urgencias con unas mallas negras, sudadera de rayas negras y blancas y deportivas negras. Pero NO quería salir de allí así, de luto. Además, ya era primavera. Envié un mensaje de whatsapp a mi hija y le dije que me cogiese un vaquero y una camiseta blanca, jersey rosita, deportivas rosa claro y chaleco granate. Su contestación “*mami, rosa y rojo, puñetazo en el ojo... jaja*”. Pero ese modelito ya me lo había combinado así más veces y me gustaba. Quería sentirme un poco bien, ser un poco de ese YO que había sido abandonado casi hacía un mes. Pero del que quedaba poco. Todo este proceso fue como un renacer. Y la verdad, ya tres veces.

Intenté ponerme sola como pude la ropa,

pues me dolía todo el cuerpo con cualquier movimiento. Una operación te deja rota, bueno nunca había experimentado esa sensación de no poder con el alma y con el cuerpo. Casi no podía andar por la pérdida de masa muscular. Los pantalones “pitillo” me caían cuando antes me quedaban perfectos. Para las zapatillas deportivas pedí ayuda. Pero ya no tenía autonomía. Era dependiente. Sientes que pierdes hasta la dignidad. Ya sé que para ellos eres un cuerpo, pero para ti, el cuerpo es parte de tu yo.

Llegué a casa, como dije, con 20 kg menos. Recuerdo el día en que el cirujano me dijo que ya me iba a dar el alta. Yo le contesté “¿estás de coña? ¡¡¡Casi no puedo andar!!!”, pero ellos saben lo que es lo mejor para ti. Creo que comencé a bajarme de la cama sobre el día 15 de hospitalización. Tengo una cicatriz desde el pecho hasta el pubis, abierta dos veces por la segunda operación, y un ombligo artificial (con lo pequeño y bonito que era el mío). Me dolía tanto todo que era horrible el mínimo movimiento. Cuando me empezaba a sentar en el sofá del hospital y me llamaban por teléfono, pedía que me dijese cuánto tiempo llevaba sentada, porque 20 minutos era un récord. Cuando caminaba por las mañanas, contaba el tiempo con canciones. Siempre ponía la misma, “No quiero más dramas en mi vida” de Alaska, muy buena como motivación; al principio una vez, luego dos, luego tres... Andar era un mundo. En esa temporada me caí dos veces porque no tenía fuerza en las piernas.

Así llegué a casa, una nueva YO en todos los sentidos. Abracé a mis hijos y les fui contando poco a poco. Ese día me puse el pijama con ayuda. Literalmente, no me podía poner ni la ropa interior. Llamé a mi hija para que me ayudase. Sientes que pierdes la dignidad como persona. Metía la pierna por un lado del pijama y no era capaz de hacerlo por el otro. Es muy duro. Y me metí en mi cama que echaba tanto de menos. Quería descansar de verdad, solo descansar y dejarme llevar. No podía ni pensar. Todo lo de mi alrededor me era indife-

rente. Lo que en el pasado me podía molestar, como el desorden, ahora ya no lo veía. Sólo quería descansar y hacerlo en mi cama. Mis únicas preocupaciones durante muchos meses fueron cuidar mi alimentación, ir al tratamiento y dormir.

De las dos cicatrices, me quedó una zona próxima al pubis sin curar ni cerrar y estuve yendo a curas ambulatorias durante tres meses. Después del alta hospitalaria, tenía programadas muchas citas, citas diarias en el Centro de Salud. Sobre el 7 de julio me dieron el alta ambulatoria. Estuve unas doce semanas para la cura del drenaje de la herida que tenía encima del pubis. Tenía 6 cm de profundidad según me contaron cuando me dieron el alta (para no asustarme por el camino). Allí conocí a mi querida enfermera durante todo ese periodo.

Durante tres meses, las curas eran de lunes a domingo. Al principio el drenaje echaba mucha suciedad y coágulos. Simplemente la cura consistía en introducir *aquacel plata* dentro del gran boquete. Al principio, me metían un montón de apósito para limpiar la zona más profunda y me hurgaban bien. Un poco molesto y grimoso, la verdad, pero después de lo que había pasado, me lo tomaba con resignación y paciencia. Así todos los días de la semana. Los domingos y festivos iba al Punto de Atención Continuada. Y allí también comencé a conocer a nuevos profesionales que me atendieron estupendamente. Durante una buena temporada tuve un montón de citas con ginecología, cirugía general, enfermería de ostomía y medicina interna, además de mis citas ambulatorias con mi médico de cabecera, el que está pendiente quincenalmente de mi evolución y cuidado. Los días iban pasando con estas rutinas, pero el resto del día lo pasaba en cama. Desayunaba, comía, merendaba y cenaba en la cama, porque el drenaje de la herida me molestaba un montón y no me podía sentar bien en una silla. Mi habitación fue mi cueva y refugio durante la larga recuperación física y mental.

Tras las curas, un poco antes de acabarlas, fui a consulta de oncología. Allí conocí a mi oncóloga, estupenda profesional y persona. Desde el minuto uno, cuando me explicó todo lo que conllevaría el proceso de quimio, pedí ayuda psicológica para poder estar acompañada en este largo camino. De mi psicóloga, diré que escucha y que quita lo mejor de mí para el afrontamiento de esta situación, que recoge las lágrimas que no lloro en casa y que, como humana, sufre conmigo. Es mi guía y apoyo. Mi confidente. Ella sabe lo que no sabe nadie.

Empecé a salir de casa con mis amigas en el mes de agosto, unos seis meses después de la operación. Con la primera con la que bajé fue con mi gran amiga del alma Menchu. Me acuerdo de ese gran abrazo en el portal, el primero tras el COVID, mis lágrimas en los ojos. No me dijo nada, pero yo sé que se asustó al verme. Con quien había quedado no era YO.

EL NUEVO YO DE AHORA

Físicamente soy otra, he ganado unos kilos (unos 4-6) desde que salí del hospital, que van fluctuando según me vaya con la quimio. Ayer puse la última sesión (la 12ª) del segundo tratamiento y me han dado unas pequeñas vacaciones de quimioterapia. Llevo 24 sesiones,

que son dos tratamientos largos. Mi quimio es crónica. Voy cada 15 días, 6-7 horas los martes, y me traigo un infusor¹¹ con quimio durante dos días enchufado a un catéter.

El primer tratamiento fue peor que este. Me habían dado en el Hospital de Día una hoja con los efectos secundarios, de los que tuve todos.

- Irritación de garganta.
- Sabor a tubería (cuando vomitas se asemeja a ese olor).
- Vómitos y náuseas.
- Alteración de los sabores y del olfato y asco a las comidas.
- Falta de sensación de sed y de apetito.
- Sangrado de nariz y costras en la mucosa nasal.
- Irritación de la mucosa de la boca.
- Pérdida de densidad del cabello.
- Picor en palmas de manos y plantas de pies.
- Picor en cuero cabelludo.
- Descamación de la piel.
- Infecciones de orina.
- Debilidad muscular.

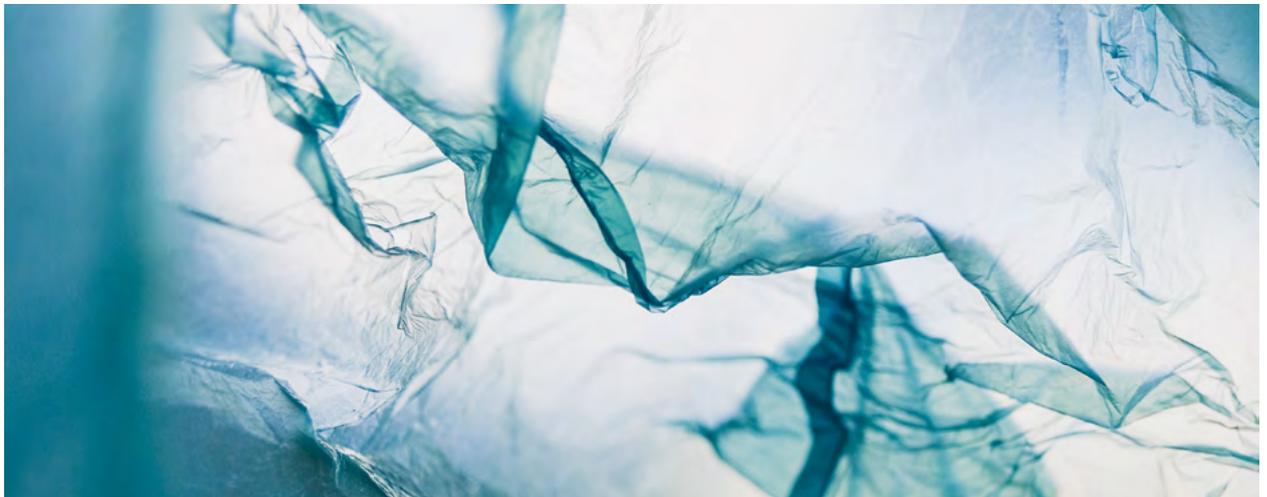


Foto: Shveys Production

- Hipersensibilidad en yemas de los dedos de las manos y pies.
- Sensación de cansancio extremo.
- Bajada de plaquetas.
- Rubor en las mejillas.
- Pérdida leve de memoria a corto plazo (*chemo brain*¹²)

El segundo tratamiento fue diferente, pues no se puede repetir. Los síntomas fueron:

- Arrugas en las yemas de los dedos debido a la hipersensibilidad del primer tratamiento.
- Infecciones de orina.
- Diarrea y deshidratación severa.
- Náuseas.
- Pérdida de densidad de cabello
- Sequedad de piel
- Pérdida de tono y calidad de la voz debido a irritación de garganta.
- Delgadez debido al tratamiento y a la absorción de alimentos debido a la ostomía

De todos estos efectos secundarios, los que más han afectado a mi YO fueron la pérdida del cabello y la extrema delgadez inicial.

No estoy calva, pero tengo zonas con muy poco pelo, por lo que decidí desde un primer momento cortarlo. Al principio le di un corte bonito “en corto”, pero luego empezaba a ver pelillos por todas partes y me lo raparon con máquina. En esa época, al principio, tenía siempre mucho frío por la pérdida de grasa y de pelo, claro. Vi un montón de tutoriales en Youtube de cómo poner pañuelos, fulares y bragas para el cuello en la cabeza. Quedan genial. Os dejo un enlace para que lo veáis, buscáis “Pañuelos, bragas y bandanas para la quimio” y os salen un montón de tutoriales de cómo ponerse guapa durante el tratamiento.

Ya os dije que era muy coqueta. El pelo me lo volví a cortar en este segundo tratamiento. Ya tenía bastante, pero empezó a caer de nue-

vo. Ahora decidí ir sin nada en la cabeza y no ocultarme, solo me pongo pañuelo, visera o pamelita si hace mucho sol o frío. La verdad es que, aunque te pongas mona, el pelo hace mucho y la cabeza con poca densidad no te favorece (mis amigas me dicen que tengo la cabeza bien hecha y que me queda bien, pero me ven con buenos ojos). Ahora con el descanso de la quimio, crecerá un poco. Pero he tomado la decisión de comprarme una peluca para el invierno. Habrá que probar mil, pero creo que me voy a ver más YO. Me gustaban mis rizos y ahora no me veo guapa. No me encuentro al mirarme al espejo.

Bueno, en estos meses, no solo me afectó la pérdida de pelo, sino cómo es mi cuerpo ahora. Muy delgado. La anchura no cambió demasiado, si me ves de frente se nota menos, pero de perfil..., un suspiro, pero como muy bien, un montón, unas seis veces al día, y todo lo que quiero o se me antoja.

Recuerdo en la tercera o cuarta cita con la psicóloga el haber pronunciado las palabras “No sabía que esto era tan difícil.... No soy YO cuando me miro al espejo, no me reconozco, es como si mi alma, mi YO estuviese en otro cuerpo que no me pertenece”. Ya han pasado 18 meses y miro la foto de perfil de mi teléfono, las fotos de casa..., y sigo sin ser YO. Es duro sentir la distorsión corporal, el sentir algo parecido a que ya no eres TÚ. Que no hay equilibrio como antes entre tu cuerpo y mente. Su consejo fue que me mirara mucho al espejo y que me aceptara. Yo siempre he aceptado mis cicatrices, signo de lucha, pero me parece dura la situación de no gustarte como antes, porque no me reconozco. Muchas veces me parecía ver la imagen de una extraña ante el espejo.

Los humanos somos así. Si eres rubio, quieres ser moreno. Si estás gordo, quieres estar delgado. Si estás delgado, quieres estar gordo. Pero 20 Kg menos, con un peso muy bajo para mi complejión física, sin masa muscular, sin abdominales, sin ombligo, con tres cica-

trices muy grandes dibujadas en el abdomen, con una bolsa colgando en la parte izquierda, sin pelo... ¡Y solo con 53 años! Mi cuerpo desnudo no irradia salud, ni belleza, pero antes sí. Ya sé que externamente no se ve, que se disimula, que quien me conozca ahora puede pensar que estoy sana porque tengo muy buen aspecto de cara y siempre lo tuve (sin ojeras por las horas que descanso y por no tener estrés), porque me arreglo y no cambié mi manera de vestir a pesar de la bolsa de ostomía.

Como le dije a la psicóloga, “acepto por supuesto la situación, todo lo que me ha ocurrido fue mi tabla de salvación, y doy mil gracias y me pongo de rodillas ante todo mi equipo médico, pero cada vez que vacío la bolsa y me la veo ahí colgando... Me doy penita”, y creo que es lícito poder expresarlo y sentirlo. Tengo el derecho a estar cabreada a veces. Supongo que a nadie le gustaría llevarla, al igual que a nadie le gustaría llevar una pierna ortopédica, por ejemplo.

Todo esto es parte del proceso de duelo¹³ por el que pasamos, que normalmente sigue unas etapas:

- shock ante la noticia recibida,
- negación, todo llega de modo injusto e inesperado de modo que no nos da tiempo a procesar,
- ira, rabia y frustración y búsqueda de culpables,
- negociación, se fantasea con situaciones no reales,
- depresión, volvemos a la realidad dejando de fantasear y tenemos sensación de vacío,
- y, por último, la aceptación, aprendemos a convivir con nuestro problema.

Yo no me resigno ante esta enfermedad con la que tendré que convivir siempre y espero que, durante mucho tiempo, pero acepto la situación y ahora estoy serena. He conseguido un poco de serenidad emocional¹⁴ con mucho trabajo, y aún estoy en ello.

En todo este tiempo, mi otra parte del YO también ha cambiado, madurado, se ha reseedado. Todo lleva su tiempo y hay que aprender de nuevo, aprender a que ya nada volverá a ser como antes. Todos los planos de mi vida se han visto afectados en mayor o menor medida con la enfermedad, además de mi cuerpo. Ahora vivo al día. No existen planes. Solo semanales y, a veces, ni se pueden hacer. Te cabrea ya no poder seguir el ritmo de tu gente, de tu anterior vida, que tus hijos se pierdan cosas porque ahora, por ejemplo, no aguanto un día entero fuera de casa porque me canso, que no podamos viajar... Mil cosas.

Mi parte emocional, al principio de la enfermedad, estaba muy sensible, supongo que como la de cualquier paciente con cáncer. Ya NO te importan las tonterías que nos importan a todos los humanos ni las preocupaciones banales. Solo te importa poder amanecer y anochecer y no tener dolor. Que tu cuerpo se vaya recuperando y que tu cerebro pueda procesar y pensar en positivo. Solo quieres tranquilidad. No importan ni el dinero, ni el desorden, ni el trabajo... Solo importa el vivir otro día más, el estar en paz, el amor, la amistad, la familia... Solo eso. En tu cabeza se proyecta la película de tu vida, de tu niñez, adolescencia, juventud, madurez... Y te recreas en ello, en lo feliz que eras, en todo lo que habías conseguido, en todas las personas que estuvieron en diferentes etapas de tu vida, en el placer... En fin, en todo lo que viviste, y el futuro no aparece de momento, porque estás analizando el pasado. Mi tranquilidad se combinaba con llamadas de teléfono diarias, conversaciones de toda esa gente que te escucha y quiere, amigos/as y familia que te acompañan en el proceso, sin los que, en mi opinión, es imposible salir a flote y proyectar ese futuro.

La tranquilidad la combiné con mucho descanso físico y mental, con lectura, hacer punto y series. Así transcurrieron los primeros seis meses duros por el primer tratamiento de quimioterapia y de recuperación física. Tras

esos meses, empecé a salir y a compartir en directo experiencias y a ponerme al día de las vivencias de mis amigas y resto del mundo. Ya me cansaba de ser el centro de atención. Pero en mi barrio, no quería salir más allá para no encontrarme a gente y dar explicaciones. Mi físico estaba bastante deteriorado aún. Me preocupaba mi imagen. Y ahora también.

Ahora no puedes planificar porque en medio de la quimio nunca sabes cómo vas a estar al día siguiente. Si vas a estar tirada en cama o podrás hacer algo. De las dos semanas entre cada ciclo, siete días en mi caso estaba fatal, luego, como las contracciones del parto, llegando a la cima, empiezas a recuperar y vuelta a empezar de nuevo con otro ciclo.

Cuando empezó la rutina del cole de los niños y llegó el invierno, ya me podía el aburrimiento y decidí retomar las oposiciones de enseñanza. Los últimos ciclos del tratamiento fueron ya casi asintomáticos (el cuerpo se hace) y empecé a mirar leyes nuevas, decretos..., y me pareció que debía ocuparme durante el periodo de baja. Tanto a mi oncóloga, a mi médico de familia como a mi psicóloga, les conté mis deseos de trabajar de nuevo a pesar de la gravedad de mi enfermedad. Estudiar fue parte de la cura, pues si estudio, no pienso y estoy todo el día entretenida. Me presenté por la plaza de discapacidad y ahí vi una puerta abierta. Fui a la oposición en medio de un ciclo y a leer con mi bolsito de quimio en el examen oral. Supongo que nadie en su sano juicio se pondría a estudiar en serio una oposición ante tal panorama, pero yo sí. Soy fuerte mentalmente y ahí seguía mi esencia de inquietud intelectual.

Entre tanto, terminé casi un libro con mi experiencia en mi nuevo camino, que aún me falta por *puntillar* y que quiero publicar para ayudar con mis vivencias y aprendizajes a aquellos que tienen lo mismo que yo, a sus familias y cuidadores... Entre tanto recibí una maravillosa noticia. Incapacidad permanente absoluta a una semana de la oposición. Otra

patada más. Ya sé que con un cáncer grado IV y quimio crónica no se está para tirar cohetes, pero quería seguir un poco más trabajando, hasta que viese que no podía, pero no fue así.

Este tema me está costando, porque vuelvo a ser culo inquieto. Por otra parte, estoy muy contenta porque esa soy YO, una persona activa, optimista, alegre, que busca salidas, que quiere una nueva vida para ser feliz, aunque sea de otra manera. No hay que centrarse en el problema, sino en la búsqueda de soluciones. Mi plan ahora es ayudar a los demás dinamizando el tema del cáncer de colon y de ostomía. Estoy pidiendo ayuda al equipo médico para poder hacerlo desde el SERGAS. Tener la cabeza ocupada durante todo el día esconde el estar enferma y es parte de mi terapia.

Y qué digo del deporte. Ya sé que hay pacientes que con tratamiento oncológico hacen deporte, pero claro, si tu cuerpo está muy flojo y te pones a estudiar, no queda mucho tiempo ni hay fuerzas. En estos meses de vacaciones sin quimio espero recuperar y coger la bici y hacer un poco de yoga. Pero estoy oxidadísima. Ya hice yoga durante un mes sin quimio en invierno. Ahora hay muchas cosas que no puedes hacer si practicas deporte. Hay que buscar otras alternativas debido a los inconvenientes de la bolsa de ostomía. No se puede cargar peso ni nada que afecte a la zona de la barriga. Tienes que probar tu cuerpo, para ver lo que puedes o no puedes hacer, porque cada paciente es diferente. Pero yo ya no soy la misma. Mi cuerpo enfermo ya nunca recuperará esa vitalidad que me caracterizaba.

La higiene también se ve afectada. Yo soy muy tiquismiquis con la limpieza. Esto aún me lo comentó el otro día una amiga, “te tenía que tocar la bolsa justo a ti”. Pero bueno, te vas acostumbrando, aunque siempre tienes que ir con tu kit de supervivencia a todos lados. Los principios cuestan mucho. Acostumbrarse al ritmo de tu cuerpo, a las deposiciones, a cuándo son, si te manchas, si tienes fugas,

si se despega, si se te quema la piel. En fin, solo lo entenderá alguien que esté en la misma situación. Están ahí todos tus miedos psicológicos y tus inseguridades porque, a fin de cuentas, como me dijo un día mi enfermera de ostomías, “ahora tu culo está en la barriga”, y como haya una fuga grande, es una hecatombe que solo podrás resolver con tranquilidad en casa, porque, desgraciadamente, los baños públicos carecen de la higiene necesaria para tu despliegue de medios ante ese problema. Para que os hagáis una idea, tener una fuga mientras duermes es como cuando un bebé se caga tanto que lo tienes que cambiar de arriba abajo. Yo doy gracias porque las bolsas tienen un sistema de desodorante y no huele nada, si no, esto se convertiría en un estigma social y yo no saldría de casa.

Por eso tus hábitos tienen que cambiar. Tus rutinas también. Tienes que aprender a oír a tu cuerpo pues por lo menos el mío siempre está en constante movimiento. La ducha tiene que ser cuando mi estómago esté casi vacío. Llevo 18 meses aprendiendo, y lo que me queda.

Mis inseguridades. Siempre he sido una persona tímida. Pero en estos momentos, desnudarme delante de alguien que no sea sanitario/a me cuesta mucho. La bolsa siempre está sucia, y por muy “enclonada” que vayas, planchada y pulcra, parece que tú no estás limpia. Esto es una percepción mía, pensamiento que no puedo cambiar. No me gusta ni que mis hijos me la vean. Y porque no visteis mis muslos y barriga. Las inyecciones de heparina diarias por el trombo, y que tendré que poner durante toda mi vida porque el cáncer ya de por sí crea trombos, decoran mis piernas y barriga con derrames y moratones. No valen pastillas para el trombo, ni Sintrom en mi caso. Estoy horrible. Pero lo asumo, es parte del tratamiento. No me desnudaría ante nadie en estos momentos ni en broma, por mucha confianza que tuviese.

Salir a la calle, los primeros días fue una odisea. Y si me mancho, si se me despega, si no

me puedo cambiar... En fin, un estrés continuo. No controlas el cuerpo, las sensaciones de cuando la comida te está saliendo, los nuevos ruidos de tu barriga, la ropa que llevar, si se nota, si lo notan, horrible. Luego el ir siempre con agua y con algo de comer por si te da un bajón. Hay que comer y beber pequeñas cantidades muchas veces al día.

Después de 18 meses, ya tengo otra seguridad, pero solo en las distancias cortas.

Los momentos de ocio también han cambiado. Tienes que cambiar hábitos. Si antes comía en el cine, ahora no puedo comer para no tener que levantarme en medio de la película. Si vas en coche en un trayecto largo debes de haber comido un par de horas antes, para no tener que parar. Un simple zumo y 100 km por el medio de camino, me ponen muy nerviosa. Comer y pasar el día fuera me estresa. Ya no puedo comer como antes si estoy fuera por miedo a lo que pueda pasar.

Aunque no puedo tomar el sol por culpa de la quimio, ¡a dónde voy a la playa! ¿Alguien sabe de un chiringuito por si te tienes que cambiar y que no huela mal y esté limpio? No es tan fácil. Podría estar tres horas en la silla, pero no tres horas sin ir al baño. Y, además, no en todos los sitios hay baños para personas con discapacidad donde desplegar tus cositas de limpieza. Solo lo sabrán mis colegas.

Y lo que me pesa el bolso, que parece que llevo piedras, entre el kit, bebida y comida.

Las molestias en la piel. ¡Ay! Lo peor. Llevar una bolsa de ostomía no se nota. Te la pones y listo. Pero como te cuadre en periodos con muchas fugas, la piel sufre un montón – también incrementado por la quimio- y se vuelve húmeda y oscura, como quemada, y el pegamento del disco te mata. La llevamos 24 horas al día 365 días al año. Algunos días de calma, tras la ducha, me puedo poner crema en la barriga y dar una especie de masaje alrededor del estoma, tal cual hacen las madres en el culito del bebé, pero no siempre, depende si el



volcán está en erupción o no. Quince minutos sin disco se convierten en un mar de tranquilidad para tu piel. Esto es lo peor de llevar bolsa, la piel quemada, y no hay remedio.

La memoria. Como dije, estuve estudiando una oposición por el medio, pero sí he de decir que, en los primeros meses durante el primer tratamiento, estaba muy espesa. No recordaba ciertas cosas, sobre todo las de la memoria a corto plazo, no recordaba si me habían contestado “sí o no” a una pregunta y, además, tardaban en venir a mi mente ciertas palabras cotidianas. Estuve leyendo acerca de esto y parece que se llama “*chemo brain*”.

Mi descanso nunca volvió a ser el mismo. Si estoy con quimio, se producen muchos gases, y eso hace que la bolsa se infle y que tengas que levantarte un montón de veces durante la noche. He llegado a levantarme hasta ocho veces. Y no digamos los problemas de pérdidas durante la noche, que te hacen levantar como una estaca para cambiarte entera.

Por eso, cambias hábitos. Creas nuevos espacios en casa. Te creas tu rincón de enfermería en el baño, pues ante las fugas, no hay tiempo para ir de aquí a allá a coger lo que necesitas. Todo tiene que estar a mano y organizado. Hay tantos productos que necesitamos en un simple cambio, que tienes que crearte un ritual de limpieza. Y conocer el cuerpo, lo que es normal y no es normal, el color, textura de lo que sale por tu barriga. Aprender de ti. Porque ahora eres diferente y tu cuerpo también. Todo te funciona de modo diferente. La comida entra y a la vez ya está saliendo y a eso también hay que acostumbrarse. Poner la ropa adecuada dependiendo de lo que vayas a hacer en ese día, de adónde vayas a ir, de si vas a comer o no. Yo soy coqueta. Si quiero ponerme unos pantalones apretados, tengo que tener el estómago vacío para evitar las fugas por opresión. Tengo que controlar lo que he comido y la cantidad. Así durante todos los días. Pero, como en todo, vamos aprendiendo a trampear y a dominar el cuerpo, así como la mente.

La intimidad ahora ya no es como antes. Sin entrar en detalles, es difícil estar a una cosa si estás pensando en otra. Mi enfermera de ostomías me habló de la cantidad de separaciones a causa de la ostomía. Tu cuerpo ya no es bonito, está mutilado y lleva una medalla. He visto en internet parches para tapar la bolsa, pero tener que programar el “cuándo” tu barriga está quietita pienso que corta bastante el rollo. En fin, cada uno tendrá sus cosas, pero es muy complicado. La solución es que el otr@ se ponga en tu lugar, que piense en que podía haber sido él o ella el/la paciente ostomizad@. Hay una primera vez y cada uno irá a su ritmo, el caso es que te comprendan.

Y a todo este problemón añadimos la falta de libido y de deseo como efecto de la quimioterapia, un dos por uno. En un santiamén es como si hubieses envejecido diez años en unos días. Qué tristeza. Hablo de tu cuerpo, porque tu mente piensa en otra cosa y no lo acepta.

Veo también muy difícil empezar una nueva relación con otra persona, aunque no imposible. Pero yo creo y casi puedo afirmar que es más por mí, por mi vergüenza, que por la otra persona. Si antes era tímida, ahora lo soy muchísimo más.

Llorar. Es un derecho. Recuerdo un día que fui a la asociación contra el cáncer y la psicóloga me habló de los que nos llaman campeonas, jabatas, que nos elevan al rango de diosas... Menuda patraña. Mis amigas me dicen que no sabrían cómo hacer si les tocara a ellas, que no lo llevarían bien. Hasta mi médico me felicita y admira por mi fuerza. Pero como le dije, lo llevo bien, aunque estoy jodida y desahuciada, ese es el estado. Nadie se conoce hasta que se enfrenta a nuevas experiencias en la vida. Pero las experiencias las hay que vivir, no valen las contadas por otros, y de todas hay que aprender. Tienes dos opciones solo. Cavar tu tumba y caerte, o levantarte y seguir con dignidad, cada día, llorando, por supuesto, porque ahora la vida no se parece en nada a la que tenías y te gusta menos, pero es vida.

Mi pensamiento es “no llores más de un día, porque día que lloras, día que pierdes”, y yo quiero perder los menos posibles.

Es duro. Mucho. La definición de mi vida ahora es difícil, la describiría con una palabra malsonante, pero es vida y es muy bonito vivir y disfrutar de todo lo que te rodea, aunque con cáncer y bolsa. Hay que seguir por uno mismo y por los que tienes alrededor. A pesar de todo, la vida es un regalo.

Tengo que luchar y buscar mi YO, único, fuerte, positivo, y sobre todo agradecido por ser como soy. Que da gracias siempre por levantarse y acostarse sin sufrir y poder vivir dignamente. Y por supuesto, dar gracias a la ciencia y a esos maravillosos seres que, valiéndose de ella, velan por tu salud, te cuidan y se preocupan por ti.

1. **AECC.** Asociación Española Contra el Cáncer.
2. **GLOBOCAN.** Global Cancer Observatory (GCO). Plataforma web interactiva desarrollada por el Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer que forma parte de la OMS (Organización Mundial de la Salud). <https://infocancer.org.mx/?c=investigacion&a=globocan>
3. **CHUF.** Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol.
4. **OMS.** La Organización Mundial de la Salud estableció la propagación del COVID-19 como emergencia sanitaria internacional o pandemia mundial.
5. **Adenocarcinoma mucinoso maligno de colon descendente izquierdo.** El adenocarcinoma de colon es el tipo de cáncer que se origina en las células que forman las glándulas responsables de la producción del moco que sirve para lubricar el interior del colon y el recto y, de esta forma, facilitar la progresión del bolo fecal (facilitar la defecación). Es el tipo de cáncer de colon más frecuente, representando aproximadamente el 95 % de los casos. <https://www.cancer.org>.
6. **Colectomía subtotal con anastomosis ileorectal.** Pasos quirúrgicos. Boston Medical Center.
7. **Ileostomía terminal.** Se extirpa o desconecta el colon y a veces una parte del íleon. También puede extirparse o desconectarse el recto y el ano. El estoma suele hacerse en la parte inferior derecha del abdomen. myhealth.ucsd.edu/Spanish.
8. **Tromboembolismo pulmonar incidental.** El tromboembolismo pulmonar (TEP) es la oclusión o taponamiento de una parte del territorio arterial pulmonar (vasos sanguíneos que llevan sangre pobre en oxígeno desde el corazón hasta los pulmones para oxigenarla) a causa de un émbolo o trombo que procede de otra parte del cuerpo. Incidental: a causa de la operación. Fundaciondelcorazon.com.
9. **Conocimiento del yo.** <https://www.redcenit.com/importancia-del-reconocimiento-del-yo>
10. **Skinhead.** Término inglés. Cabeza rapada.
11. **Los Infusores de quimioterapia** o bombas elásticas son dispositivos que permiten suministrar medicamentos continuamente y de forma controlada, a través del catéter del paciente, durante 24 o 48 horas.
12. **Chemo brain.** <https://www.cancer.org/treatment/treatments-and-side-effects/physical>. Término empleado por las personas sometidas a tratamiento de quimioterapia que produce disfunción cognitiva, falta de concentración, confusión y pérdida temporal de memoria como efecto secundario del tratamiento.
13. **Duelo.** El duelo es la reacción psicológica normal ante la pérdida, ya sea la pérdida de una persona querida, un animal, un objeto, etapa o evento significativo. Cuando se habla de pérdidas y en especial de las pérdidas relacionadas a una persona, es una experiencia que necesita ser compartida, acompañada y respetada. DSM-V.
14. **Serenidad emocional.** Es el valor de mantener la calma en medio de la dificultad. Si vinculamos serenidad con promoción del bienestar psíquico y emocional, podemos entenderla como un estado psicológico apacible y sosegado, relacionado con la capacidad de mantener la calma en situaciones estresantes.

DISTORSIONES

SUMARIO

GALLEGO

DISTORSIONES.
RUIDOS Y
SILENCIOS DEL
CUERPO. EL
PROCESO DE
HACERSE A
CONVIVIR CON
LESIÓN MEDULAR

Gonzalo Martínez Sande

*Psicólogo clínico. Programa de enlace con la
Unidad de Lesionados Medulares. Unidad
Psiquiátrica de Interconsulta y Enlace. Área
Sanitaria de A Coruña y Cee*

Gonzalo.Martinez.Sande@sergas.es

RESUMEN

La lesión medular es un acontecimiento inesperado que modifica de manera radical la relación con el propio cuerpo y que obliga a realizar cambios en diversos ámbitos vitales.

En el presente artículo se nos ofrece una descripción de las características de las lesiones medulares y su epidemiología en Galicia. Asimismo, se nos facilita información sobre diversas teorías psicológicas que hablan del proceso de adaptación, los estilos de afrontamiento y el ajuste emocional.

Finalmente, se nos proporciona un marco general de las intervenciones psicoterapéuticas en los procesos de convivencia con la enfermedad basado en el trabajo realizado por la figura del psicólogo clínico en el área de interconsulta.

PALABRAS CLAVE — Lesión medular, cuerpo, distorsiones, procesos adaptativos, afrontamiento, enfermedad y familia, interconsulta.

ABSTRACT

Spinal cord injury is an unexpected event that radically modifies the relationship with one's own body and forces changes in various areas of life. This article offers a description of the characteristics of spinal cord injury and its epidemiology in Galicia. It also contains information on various psychological theories on the process of adaptation, coping styles and emotional adjustment. Finally, we are provided with a general framework of psychotherapeutic interventions in the processes of living with the disease based on the work carried out by the clinical psychologist in the consultation-liaison service.

KEY WORDS — Spinal cord injury, body, distortions, adaptive processes, coping, illness and family, consultation-liaison.

Las reflexiones que compartimos con este escrito parten del trabajo que se realiza en la Unidad de Lesionados Medulares del CHU A Coruña como hilo conductor. Tal es el marco de referencia. Soy del parecer de que gran parte de lo que a continuación comentamos puede ser tenido en cuenta en otros procesos de adaptación a la convivencia con otras situaciones de cronicidad y las formas en las que va cambiando el modo en el que el sujeto se relaciona con su propio cuerpo.

LA LESIÓN MEDULAR. ASPECTOS DESCRIPTIVOS. EPIDEMIOLOGÍA

La lesión medular representa un acontecimiento que interrumpe de manera brusca y, en la mayor parte de las ocasiones, inesperada, en la vida de una persona y le obliga a cambios en todos los ámbitos, en la relación consigo misma y con los demás.

Vamos a procurar, con unas pocas pinceladas, señalar ciertas características de este tipo de lesiones.

La función de la médula espinal es doble: discurre por ella la transmisión bidireccional de estímulos cerebro-organismo y, además, es el centro nervioso que coordina la fisiología de las vísceras torácicas, abdominales y pélvicas. El traumatismo medular afecta todos estos sistemas (Rodríguez Sotillo y Miguéns Vázquez, 2005).

Las complicaciones más frecuentes en la lesión medular abarcan las autonómicas y cardiovasculares (por ejemplo, las alteraciones en la termorregulación y la disreflexia autonómica), las urológicas (disfunción vesical neurógena), las alteraciones en el ámbito de la sexualidad y fertilidad, el dolor neuropático, la espasticidad (con afectación en el entorno de dos de cada tres pacientes). También está presente el riesgo de las úlceras por presión. La lesión medular cambia de manera radical la relación con

el propio cuerpo. Cambios en cuanto a dejar de sentir, notar, percibir. Cambios en cuanto a cómo desplazarse en el espacio, acceder y manejar los objetos de uso cotidiano. Cambios en las funciones fisiológicas. Parte del cuerpo se vuelve mudo, cambia de lenguaje..., y en algunos momentos rompe a hablar de modo sincopado en un idioma extranjero, se comporta de modos que no conocía.

En la valoración neurológica de la lesión medular hay consenso entre los profesionales en el uso de la Clasificación Internacional de la ASIA (American Spinal Injury Association), aprobada por la International Medical Society of Paraplegia en 1992. Esta escala describe la exploración de la sensibilidad y el movimiento en sus distintos niveles a través de la exploración de músculos claves (con resultado que se clasifica numéricamente). Con la puntuación resultante se puede establecer el nivel de la lesión (la altura: el último segmento sensitivo o motor que se encuentre normal) y el grado de la lesión (extensión del daño: lesión completa o incompleta, de la que existen 4 grados). Por lo tanto, con los datos resultantes de la exploración, se establece la escala de la ASIA (Hospital Universitario “La Fe”, 2001):

- GRADO A (lesión completa): No hay función motora ni sensitiva por debajo de la lesión.
- GRADO B (lesión incompleta): No hay función motora, pero sí sensitiva por debajo de la lesión hasta los últimos segmentos (sacros S4-S5).
- GRADO C (lesión incompleta): Hay preservación sensitiva y preservación motora parcial. La mitad de los músculos claves infralesionales tienen valoración inferior a 3.
- GRADO D (lesión incompleta): Sensibilidad normal y la mitad de los músculos claves infralesionales tienen una valoración media superior a 3.
- GRADO E (normalidad neurológica). Las funciones sensitiva y motora son normales

La incidencia de la lesión medular traumática en Galicia se encuentra en torno a 2,46 casos por 100.000 habitantes y año, ligeramente por encima de lo que refieren estudios de la población española.

Al igual que en las series publicadas nacionales e internacionales, la principal causa de lesión medular en Galicia fue durante mucho tiempo los accidentes de tráfico (Rodríguez Sotillo y Miguéns Vázquez, 2005).

Ya con el cambio de siglo se habían comenzado a advertir ciertas señales de cambio en el perfil/tipo más frecuente de paciente con lesión medular que se confirmó con el paso de los años. Así lo comentaba M. E. Ferreiro (2013) en la rueda de prensa del Congreso Paraplejia 2013 que se celebró en A Coruña:

“Aunque el dato total de lesionados medulares da lugar a cierto alivio, puesto que apuntan a un ligero descenso, las mismas cifras reflejan sin embargo que aumentan los casos más graves. Las tetraplejas o lesiones altas suponen ya el 32,3 % del total de las traumáticas, es decir, debidas a accidentes (de tráfico, laborales, caídas casuales...) cuando hace unos años eran el 20,4 %. Doce puntos han subido desde el 2006, según el estudio realizado por Elena Ferreiro Velasco, médico de la Unidad de Lesionados Medulares del CHUAC, de referencia para toda Galicia. El estudio, que recoge toda la casuística desde 1995, se presenta en el congreso Paraplejia 2013.

La especialista considera que, en buena medida, el incremento de las lesiones altas se debe a la mejora de los servicios de atención de urgencias en el propio lugar del accidente, ya que “suelen hacer una insuficiencia respiratoria que hay que tratar de inmediato”. Es decir, antes fallecían sin dar tiempo a llegar al CHUAC.

Con la prudencia de manejar una serie de 17 años, advierte Ferreiro, que todo apunta a un ligero descenso general de las lesiones traumáticas (paraplejas y tetraplejas), al pasar de 2,4 casos por 100.000 habitantes y año a 2,2. Se

traduce en pasar de 70-80 ingresos al año, a 54, y coincide además con un aumento de la edad de los pacientes, situada en 49 años de media en toda la serie, aunque desde el 2006 superan los 50 (46 en hombres y 58 en mujeres).

“Esto se explica -indica la doctora- no solo por el envejecimiento poblacional, sino también por el cambio en la etiología: bajan los accidentes de tráfico y aumentan las caídas, sobre todo las casuales, no relacionadas con el trabajo o el deporte, sino las caídas en el entorno rural, del árbol que se está podando, el tejado o los tractores”, recalca. “Los jubilados en Galicia no se jubilan, la mayoría tienen una aldea en la que siguen trabajando”, añade para exponer la realidad de los números: “Este tipo de lesionados medulares por caídas casuales ya son el 39,5 %, más que los de carretera, que están en el 38,9 %”. Se trata, además, de pacientes más mayores, con otras enfermedades y asistencia más compleja. “Necesitan más tiempo para recuperarse y la vuelta a casa puede ser más complicada, sobre todo en este momento de crisis en el que estamos”.

LA PSICOLOGÍA Y LOS PROCESOS DE LA ENFERMEDAD Y LA DISCAPACIDAD. EL CASO DE LA LESIÓN MEDULAR

Desde la perspectiva de la Psicología, en el estudio de la lesión medular (y de otras enfermedades y discapacidades) y el proceso de adaptación a realizar fueron dominantes durante mucho tiempo los esquemas que, teniendo como referencia el modelo de duelo, la analizaban desde la perspectiva de la pérdida y la adaptación a la pérdida a través de un modelo de fases.

Tradicionalmente se presentaba un modelo de **fases de ajuste** con una secuencia habitual o “normativa” (Stewart, 1994). Como veremos

posteriormente, uno de los problemas conceptuales graves para entender y reflexionar acerca de estas cuestiones, está precisamente en considerar esta secuencia como normativa, ya que, de este modo, puede hacer perder de vista los aspectos que diferencian la respuesta individual y que, curiosamente, pueden ser los más importantes a la hora de planificar la intervención de ayuda a la persona que está atravesando esa situación. Pero volviendo al esquema que propone Salas Márquez (1995), distinguiríamos las siguientes fases en el proceso de ajuste:

- a) Shock emocional.
- b) Negación.
- c) Angustia.
- d) Depresión.
- e) Ajuste.

a) El shock emocional: Se caracterizaría por la defensa que hace el yo de su integridad mediante el bloqueo emocional, las reacciones de pánico o la pasividad. Sería la fase inmediatamente posterior a la adquisición de la lesión.

b) Negación: Es también una defensa en esta, parece como si el yo hiciese una espera hasta estar preparado para dar una solución. Mientras tanto, niega la existencia del trauma.

c) Angustia: Ya hay una toma de conciencia de la situación, aunque sea parcial, que se traduce emocionalmente en ese estado de angustia (que puede mostrarse de modos diversos, con correlatos de inquietud, abatimiento, insomnio...).

d) Depresión: Sería ya la construcción de la reacción psicológica ante la desgracia, período de melancolía activa que el paciente experimenta al enfrentarse con lo abrumador de su situación. Gradualmente, al irse estableciendo una aceptación de los sentimientos y una secuencia de ayuda, el paciente podría ir remontando esta situación para pasar a:

e) La fase de ajuste: Esta fase implicaría que, una vez que se hayan resuelto las angus-

tias emocionales anteriores, el paciente puede paulatinamente volver a la normalidad, siendo capaz de aceptar sus propias limitaciones.

Como vemos en este esquema, presenta el modelo-secuencia de “*elaboración del duelo*”, como marco paradigmático para entender las reacciones emocionales que atraviesa la persona que ha adquirido una discapacidad crónica.

Este modelo de análisis contiene ciertas presuposiciones implícitas que pueden entrañar riesgos en relación con la consideración de la clínica y a la formulación del marco y el trabajo psicoterapéutico con estos pacientes:

- 1º Considerar inadecuada la respuesta de negación.
- 2º Considerar como necesaria e inevitable la etapa de la depresión posesión como paso necesario en la secuencia de ajuste.

Bas Sarmiento, Gala León y Díaz Rodríguez (1994), que han hecho una amplia revisión de los trabajos que se refieren a los aspectos de la depresión y la lesión medular, plantean una serie de interrogantes discutiendo abiertamente las “asunciones implícitas” en el modelo de “*elaboración del duelo*” aplicado a la lesión medular.

- 1) *¿Es realmente la depresión una consecuencia inevitable en las lesiones de médula espinal?*
- 2) *¿Realmente el experimentar depresión o aflicción en un periodo inmediato a la lesión es señal de confrontación de la misma y un hándicap necesario para el progreso rehabilitador?*
- 3) *¿Los sujetos que en dicho periodo no desarrollen una depresión tendrán, irremediablemente, que pasar por esta fase a largo plazo?*
- 4) *¿La aflicción es sinónimo de depresión?*

En respuesta a la primera pregunta, los autores llegan a la conclusión de que las pocas investigaciones (orientadas específicamente hacia este aspecto) de las que se dispone no han sido capaces de demostrar la inevitabilidad de la depresión consecuente a una pérdida. Los

estudios contemporáneos no han encontrado una relación significativa entre depresión y lesión medular. Es más, los pocos estudios que hicieron una investigación sistemática a este respecto concluyen que solo entre una cuarta y una quinta parte de los pacientes que adquieren una lesión medular pasan por una fase de depresión significativa.

La respuesta a la segunda pregunta es también igualmente importante. Curiosamente, se ha encontrado que la depresión es contraproducente para la rehabilitación y algunos autores han descubierto una correlación significativa entre la severidad de la aflicción psicológica y los menores niveles de conductas de autocuidado. Encontraríamos que la conducta depresiva es predictora de una hospitalización más larga, de mayores complicaciones médicas y de reducción de los autocuidados y un marcador de mala evolución futura.

En tercer lugar, la respuesta a si los sujetos que no desarrollan una depresión tendrán que pasarla posteriormente plantea una respuesta importante en el sentido de que la “aflicción retardada” no es necesariamente tan común como la tradición clínica parece sugerir. Desde el enfoque que tiene que ver con las capacidades o recursos de los pacientes para hacer frente a las dificultades, curiosamente, se llega a la conclusión de que las estrategias constructivas de resolución de problemas son las respuestas más adaptativas a medida que transcurre el tiempo y siendo así, las personas que desarrollan este tipo de estrategias no ne-

cesariamente han de atravesar una depresión. Por otro lado, no hay que perder de vista, como se señalará más adelante, que, dentro del grupo de personas que muestran depresión con rango clínico, hay una parte que se deprime en los primeros tiempos de la lesión, durante la estancia hospitalaria, pero otro lo hace tiempo después del alta.

En cuarto lugar, no hay que perder de vista el que la aflicción normal debe ser la consecuencia lógica de cualquier período de dificultad grave que uno atravesase, como, por ejemplo, la adquisición de una lesión de estas características. Pero no siempre una aflicción ha de ser considerada como una depresión, puesto que la aflicción no es una depresión clínica. Las reacciones emocionales alteradas pueden considerarse que forman parte del proceso de aflicción normal, coherente en ese contexto, pero no necesariamente han de alcanzar el rango de una depresión clínica.

Como conclusión del análisis que estos autores realizan de la bibliografía respecto a la depresión y el ajuste psicosocial en lesionados de médula espinal, formulan un enfoque alternativo al de la secuencia habitual y necesaria de “elaboración del duelo” y que ellos formulan como un listado de variables que pueden modular el impacto de la discapacidad. Aun cuando la lista que proponen está construida desde la revisión de bibliografía referida a lesión de médula espinal, pensamos que puede ser entendida como descripción de variables que modulan el impacto de una discapacidad o hándicap im-



portante en general. Estas son las consideraciones que Bas Sarmiento, Gala León y Díaz Rodríguez (1994) hacen en su trabajo:

1) Los individuos que se perciben a sí mismos como capaces de regular sus emociones y encarar sistemáticamente los problemas pueden ser capaces de enfrentarse con más efectividad a su incapacidad física. Las orientaciones dirigidas a metas y centradas en el problema llevan a un menor índice de depresión y a un ajuste más exitoso.

2) La incapacidad para el acceso y utilización efectiva de los sistemas de apoyo puede contribuir al desajuste físico y psicológico.

3) Mayores alteraciones psicosociales secundarias a la lesión evidencian un peor pronóstico.

4) Las personas que han adquirido traumáticamente la lesión pueden experimentar períodos de melancolía y pena, pero las reacciones interpersonales de los sujetos significativos del medio pueden reforzar la conducta depresiva y contribuir a prolongar los episodios de depresión.

5) Las características del sujeto pueden funcionar como variables que interfieren en las respuestas emocionales y la depresión poslesión.

6) Los autores señalaban que se necesitaban más estudios que clarificasen la posible implicación de la gravedad de la lesión respecto de la depresión. Por ahora no se ha podido establecer una relación positiva entre tales variables. En los estudios posteriores, como veremos cuando comentemos sobre el afrontamiento, tampoco se halló tal correlación.

7) El personal rehabilitador tiende a considerar que quien sufre una lesión de la médula espinal es más depresivo de lo que podrían ser ellos mismos. Las expectativas del personal sanitario pueden hacer que el paciente responda, cumpliendo con tales expectativas, con depresión, hostilidad e ira (pretendemos instaurar comportamientos independientes y, sin embargo, castigamos a aquellos pacientes que no han sido “pacientes” con el proceso re-

habilitador y han marcado sus propias metas).

8) La rehabilitación funcionaría como una variable moduladora del estrés y ajuste del sujeto. Los índices más altos de estrés se dan en la admisión y en el alta (efecto de incertidumbre); los niveles más bajos de depresión y ansiedad suelen aparecer un año después del alta.

9) Los sujetos que han tomado parte en la adquisición de la lesión (que se sienten responsables) muestran menos dificultades en el proceso de adaptación.

10) Las características de personalidad premórbida junto con las diferencias situacionales poslesión marcan la variabilidad individual en la respuesta de ajuste: las personas “buscadoras de sensaciones” parecen tener mayor tolerancia a la estimulación, el riesgo y los estresores que otras personas.

Las características de personalidad que implican mayor autoconfianza y una disposición a hacer las cosas con calma, un mayor apoyo familiar y menos estrategias de “coping” de evitación predicen menores niveles de depresión en un periodo de cuatro años.

11) Los pacientes con atribuciones internas de control (los que piensan que tienen mayor capacidad) informan de menores períodos de aflicción y depresión y demuestran conductas más adaptativas durante la rehabilitación. Esto hace pensar en la existencia de un patrón de personalidad proclive a la buena salud y caracterizado por el optimismo, sensación de control y capacidad de adaptación, que desarrolla estrategias centradas en el problema, en la búsqueda de apoyo social y en procurar los lados positivos de las experiencias estresantes. El punto de partida de este análisis sería el del modelo de “*desesperanza*” o “*indefensión aprendida*” que se desarrollará un estado depresivo cuando una persona perciba que no dispone de ninguna estrategia, ni ahora ni en el futuro, para cambiar una situación personal adversa (o, de otro modo, que considera que ningún modo de afrontamiento va a ser eficaz para controlar una situación negativa).

Los autores proponen como resumen que los síntomas depresivos pueden quedar moderados o mediados por ciertas variables como son: los recursos personales, el apoyo social y también el estado de salud, las percepciones de bienestar y control, los recursos económicos, los contextos interpersonales y los estilos de afrontamiento de la persona en cuestión.

LESIÓN MEDULAR Y PSICOLOGÍA. LOS MARCOS DE AFRONTAMIENTO

A lo largo de los años 90, tanto en el ámbito de la lesión medular como en el más general

de la rehabilitación y las enfermedades médicas, fue cobrando mayor relevancia la línea de reflexión centrada en las diferencias individuales, incorporándose variables cognitivas y haciéndose más presentes las referencias a las diferencias en el afrontamiento y las variables de personalidad (Weisman, 1994).

Galvin y Godfrey (2001) proponen un esquema de las posibles relaciones entre el afrontamiento en el manejo de los estresores de la situación de lesión medular y sus consecuencias. Este trabajo es deudor de los de Lazarus y Folkman y marcará la línea que seguirán otros autores que investigan en el campo de la lesión medular, entre ellos el grupo de un estudio llevado a cabo en Suecia.

El modelo que presentan Galvin y Godfrey (2001) se plasma en la figura 1.

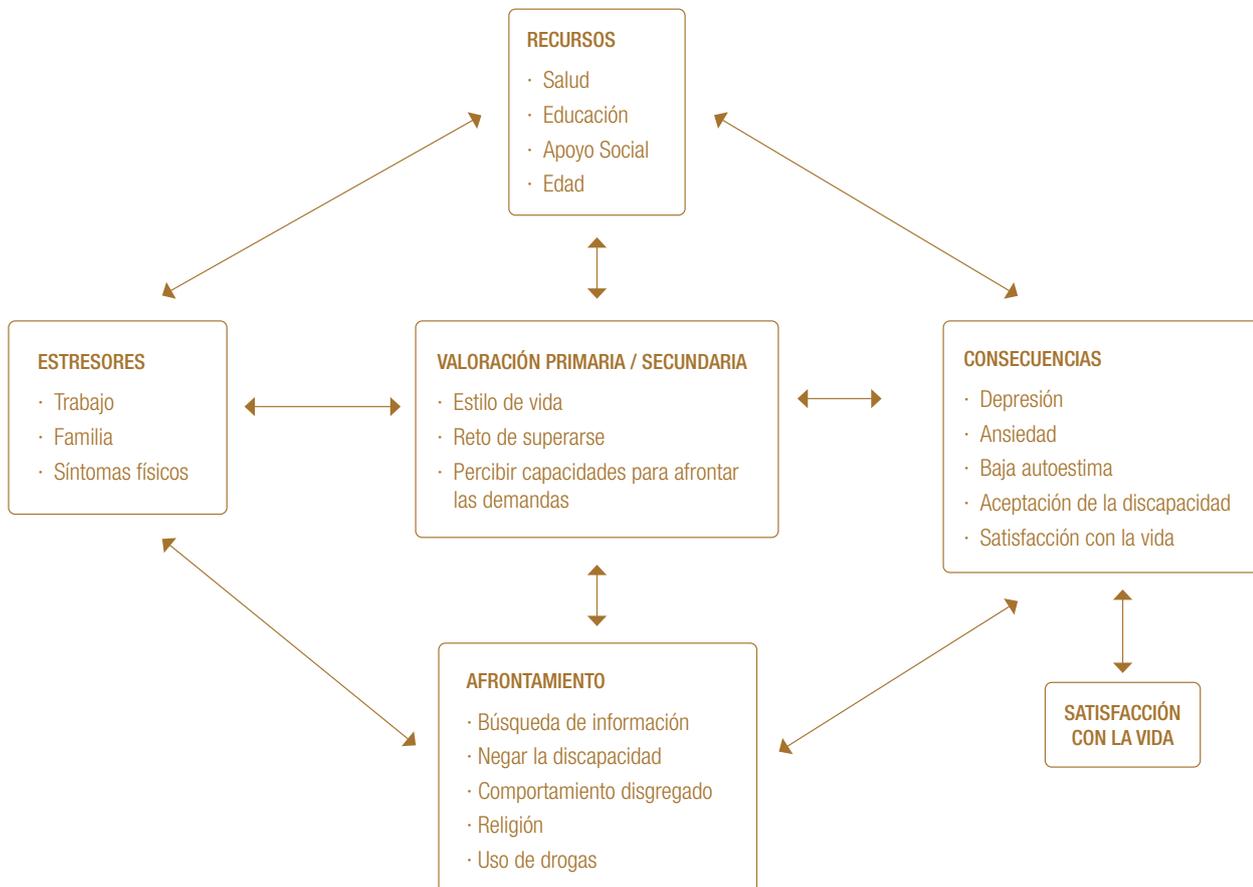


Figura 1. Valoración del estrés, estilos de afrontamiento y ajuste emocional en la lesión medular (Traducido de Galvin y Godfrey, 2001)

Posteriormente, Elfström, Rydén, Kreuter, Persson y Sullivan (2002a) realizan un estudio en el contexto de la Unidad de Lesionados Medulares de Gothenborg (Suecia), centro de referencia nacional, considerando, por tanto, la muestra como representativa de la población sueca. En este estudio participaron un total de 274 personas, que llevaban lesionadas por lo menos un año. Partiendo de la conceptualización de Lazarus y Folkman (1986) de que el afrontamiento implica esfuerzos cognitivos y conductuales para el manejo de las discrepancias percibidas entre las demandas de la situación y la capacidad personal. Los autores distinguen también una categoría de efectos psicológicos, producto de la reacción emocional subsiguiente al estrés y el afrontamiento.

Lo que nos parece más interesante de este trabajo realizado en Suecia es que se desarrollan dos escalas, una para evaluar los estilos de afrontamiento en personas que han sufrido una lesión medular –*Escala de afrontamiento de la LME*–, con 3 subescalas o factores: aceptación, espíritu de lucha y dependencia social,

con 4, 5 y 3 ítems respectivamente; y una escala para evaluar la repercusión psicológica de la lesión medular –*Escala de repercusión psicológica de la LME*–, también con 3 subescalas: *desamparo*, *intrusión* y *crecimiento personal*, con 6, 3 y 3 ítems respectivamente.

En relación con los estilos de afrontamiento, observaron que las personas que llevaban más tiempo conviviendo con la lesión informaban de mayor aceptación, mientras que aquellas en las que la adquisición de la lesión era más reciente informaban de más desamparo e intrusión y de mayor dependencia social. La mayor relevancia de la estrategia de aceptación se corroboró también en estudios posteriores llevados a cabo por estos mismos autores (Elfström, Rydén, Kreuter, Taft y Sullivan, 2005; Elfström, Kennedy, Lude y Taylor, 2007).

En la figura 2 aparecen resumidos los resultados del estudio de de Elfström, Rydén, Kreuter, Persson y Sullivan (2002b) en el que describen los efectos del afrontamiento sobre las reacciones psicológicas, una vez analizados los datos obtenidos en Suecia con las Escalas de estilos de afrontamiento y de bienestar psicológico.

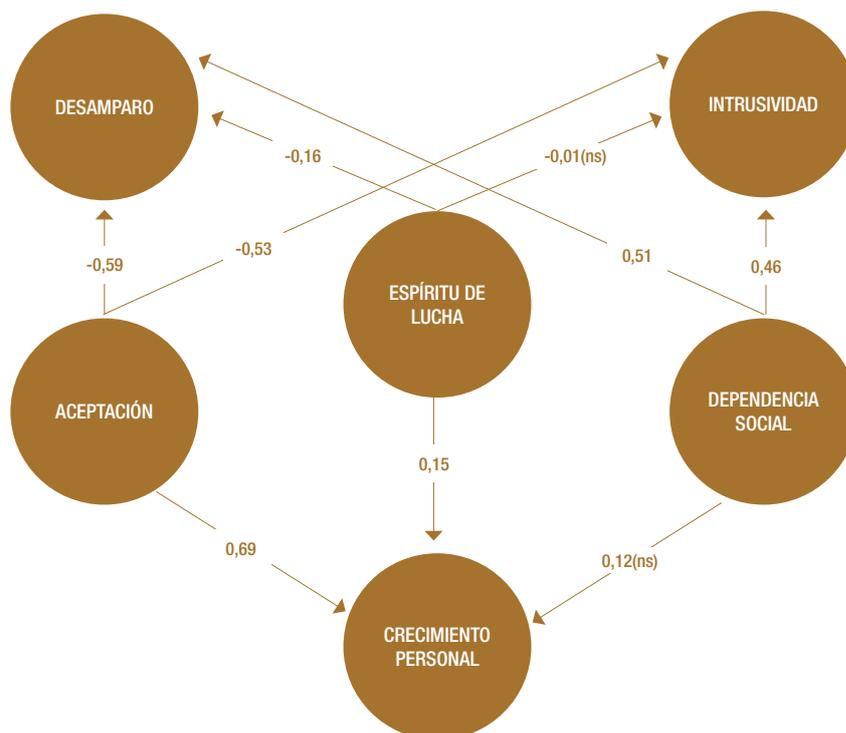


Figura 2. Modelo hipotético del efecto del afrontamiento sobre las reacciones psicológicas (Traducido de Elfström y col., 2002b)

Los resultados obtenidos coinciden en gran medida con los obtenidos por estos autores en los estudios realizados con las escalas en Alemania, Austria, Suiza y Reino Unido.

La aceptación reflejaría cambios adaptativos profundos y su valor predictivo del impacto de la lesión medular es congruente con los resultados de otros estudios.

Además, los resultados permiten establecer la siguiente relación: a mayor espíritu de lucha, mayor crecimiento personal y menor impotencia (desamparo) e intrusión. El espíritu de lucha tuvo menos influencia de la esperada en el bienestar psicológico. Cabría destacar que estos resultados coinciden tanto con los obtenidos en la muestra sueca (Elfström y col., 2002a), como en el posterior que se realizó con muestras de Austria, Alemania, Suiza y Reino Unido (Elfström y col., 2007).

Estos resultados parecen mostrar divergencias con las posiciones que tradicionalmente se postulaban y publicaban en los enfoques tradicionales de la psicología de la salud, en las que se asociaba el alto control interno con

menor distrés psicológico y mayor bienestar en personas con LM.

Un resultado llamativo es que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las variables relacionadas con el bienestar psicológico y el tipo de lesión, ni con el nivel de la lesión, ni en función de la clasificación ASIA, ni con la causa de la discapacidad (y en el caso de las dos últimas variables tampoco se estableció relación significativa con los estilos de afrontamiento)

Estos hallazgos pudieran parecer contrainintuitivos, en el sentido de que parecería lógico esperar que a mayor gravedad de la lesión correspondiese un estado de mayor malestar psicológico.

Craig y Middleton propusieron como patrón de ajuste a la lesión medular, un modelo dinámico multivariable de ajuste a la lesión medular (SCIAM en su acrónimo en inglés) que se muestra en la figura 3.

Este modelo SCIAM, según los autores, tiene en cuenta los elementos del marco de rehabilitación hospitalaria, con mayor impacto en el

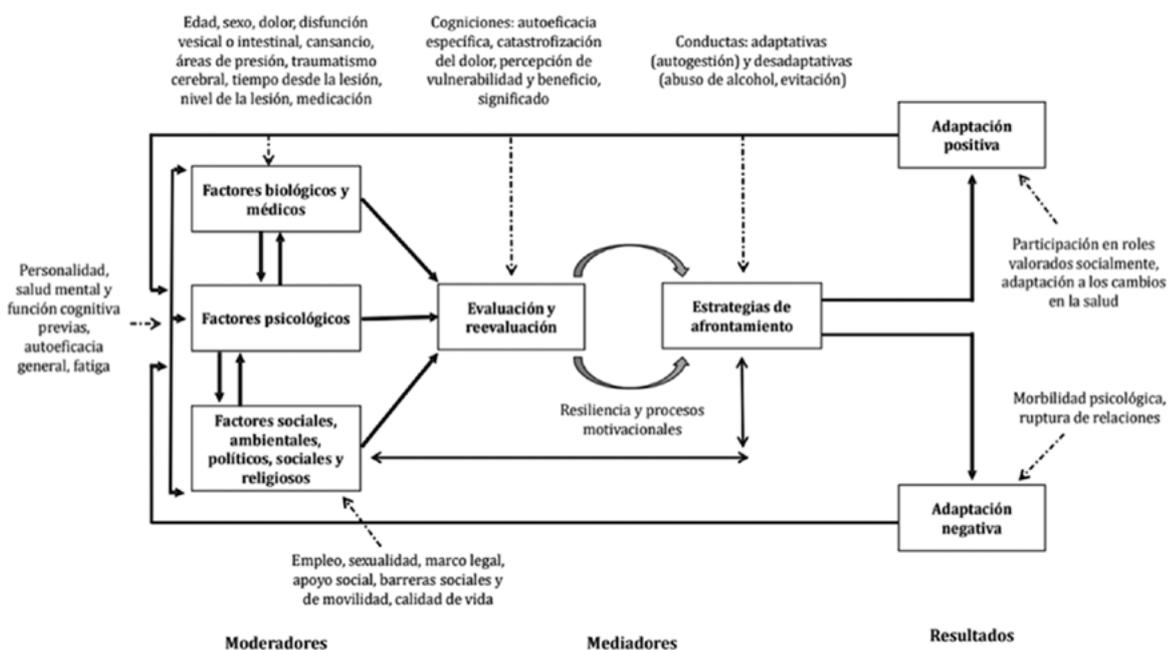


Fig 3. Modelo de ajuste a la lesión medular: Un modelo dinámico multivariable de ajuste a la lesión medular (adaptado de Middleton y Craig: 2008) Craig, Tran y Middleton, 2017

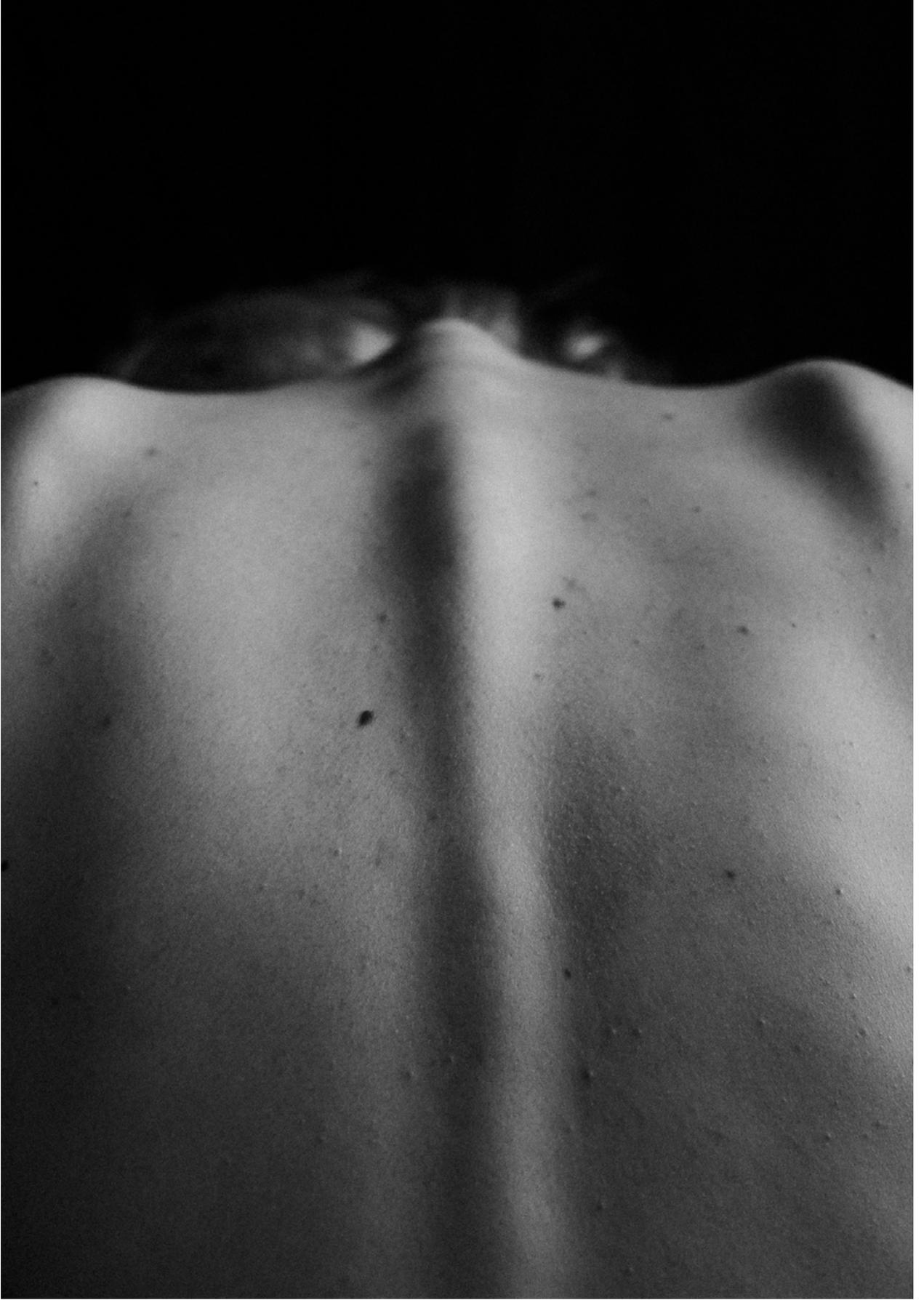


Foto: Алексей-Вестерн

eventual ajuste, así como la transición desde este marco de rehabilitación hospitalaria a la comunidad.

Consideran como elemento central del modelo los mediadores, en los que incluyen la evaluación primaria y secundaria de los procesos de afrontamiento, así como los pensamientos/cogniciones y significados de los eventos para la persona, evaluando el uso de estrategias de afrontamiento. Estos factores mediadores tienen influencia en el posterior ajuste, según lo revisado por ellos en su artículo (Craig, Tran y Middleton, 2017).

EL PACIENTE Y EL CUERPO. EL IMPACTO

El diagnóstico de un problema de salud crónico y grave como el que conlleva una lesión medular supone una crisis demoledora para el individuo y su familia. Esta, además del esfuerzo de asimilar la experiencia, se ve ante la necesidad de un conjunto de cambios para los que puede no estar preparada. Al reducirse una capacidad de forma permanente, afecta al presente pero también al futuro e, incluso, a la memoria del pasado. Por otra parte, el impacto de la lesión en el individuo se ve matizada por su situación personal y por las características de la interacción familiar.

Cuando la disfunción limita alguna función corporal, cambia la conciencia y la atención hacia el cuerpo, que impone continuamente su presencia a través de los distintos síntomas. Así, el cuerpo deja de ser ese cómodo vehículo para moverse por el mundo y con el que nos presentamos y relacionamos con los demás, a la vez que el mundo se convierte en una fuente de múltiples obstáculos y, en muchos casos, lo que era una actividad espontánea ha de ser objeto de preparación previa e incluso de estricta planificación.

La pérdida de capacidad para controlar el propio cuerpo, así como la dependencia de la ayuda de otros, despierta sentimientos de impotencia y culpa. Tiene lugar toda una cadena de pérdidas que, basándose en las dificultades de control del propio cuerpo, puede implicar también una pirámide de daños hasta la erosión del autoconcepto.

JERARQUÍA DE LA PÉRDIDA		
NIVEL DE SUFRIMIENTO	Menos	Físico, emocional, cognitivo
	↓	Objetivos, proyectos, meta
	Más	Ideal
		Otros

Fig. 4. Jerarquía de la pérdida (Shuman, 1999)

En palabras de Shuman (1999):

“El cuerpo, que hacía antes las veces de fondo para las personas enfermas y era el instrumento para conseguir sus fines, pasa ahora a ser una figura más dominante en el paisaje cotidiano, un obstáculo para llevar a cabo la acción espontánea como las metas a largo plazo. Su presencia en la conciencia es una amenaza a la autoimagen y la actuación eficaz. La credibilidad del mundo está dañada (...) Las personas que padecen enfermedades crónicas sufren:

- a) una variedad de pérdidas físicas, emocionales y cognitivas que*
- b) pueden limitar drásticamente su capacidad para llevar a cabo o expresar importantes proyectos, objetivos, valores o roles cuyo efecto podría ser*
- c) que se viera debilitada una identidad, narrativa o historia vital personal o familiar, y si esto llegara a un extremo lo suficientemente grave, podría*
- d) culminar en una pérdida de sí mismo, un fuerte daño moral (incluyendo pérdida de autonomía, honor, inocencia moral y buena reputación), o la eliminación de cualquier posibilidad de tener una buena vida. Cuanto más avance la experiencia de la pérdida a lo largo de este camino, mayor será el sufrimiento.”*

Nuestra experiencia del mundo es encarnados en un cuerpo. Solo de este modo experimentamos el mundo. No hay que olvidar, nos recuerda Eva Meijer (2021):

“El filósofo francés Maurice Merleau – Ponty (*Fenomenología de la percepción*) afirma que el pensamiento es encarnado: lo que pensamos, y cómo lo pensamos, siempre está influido por nuestro modo físico de estar en el mundo. No podemos mirarnos desde fuera, desde algún punto del cielo, ni a nosotros mismos ni a nuestro entorno; existimos como cuerpos.”

También el ámbito relacional y de la expresión de las emociones. Cómo nos presentamos ante los otros y compartimos sentimientos, estados de ánimo.

DEPRESIÓN VS DESMORALIZACIÓN. EL CUERPO HABLA

El trabajo de James L. Griffith y Lynne Gaby (2005) sobre la desmoralización nos ha resultado muy útil para nuestro marco de trabajo. En cuanto a la inteligibilidad de comportamientos de pacientes y familiares en la descripción que hacen de la desmoralización en contextos médico-hospitalarios y también, como veremos más adelante, con la ayuda que este encuadre proporciona para el trabajo de “psicoterapia al pie de la cama”.

Estos autores consideran que la desmoralización es una de las causas más frecuentes de interconsulta psiquiátrica, habitualmente enmascarada en una petición del tipo “ruego valoración y tratamiento de la depresión”.

Según ellos, la desmoralización suele confundirse con la depresión, con la que puede compartir ciertas conductas sintomáticas como los problemas de sueño, apetito y energía e, incluso, ideación suicida. Pero se diferencia de la depresión en que suele preservarse la respon-

sividad afectiva, de modo que al cesar la adversidad se restaura rápidamente la esperanza y la capacidad de disfrute. Pequeños cambios (como mejor control del sueño, disminución del dolor...) que disminuyan el estrés, producen mejoría.

Creo que debe contemplarse la desmoralización en los pacientes médicos como una compilación de distintas posturas existenciales que lleva al paciente a retirarse ante los retos de la enfermedad, que abarca múltiples aspectos existenciales; para cada persona siempre algunos son más acuciantes que otros: en una persona puede tener más peso el desamparo, en otra le puede ser más aplastante la desesperación, y a otra le abruma la falta de sentido. Cuando confluyen varias de estas posturas existenciales, este estado desemboca en una sensación de incompetencia que se considera rasgo distintivo de la desmoralización.

A partir de este análisis plantean una serie de polaridades para considerar, desde una perspectiva dimensional, los diversos estados existenciales que pueden caracterizarse en la desmoralización (y sus contrarios) como posturas que se sitúan más cerca o más lejos del afrontamiento asertivo de la enfermedad. Los situados en la columna izquierda de la tabla de la figura 5 representan estados de caída en un afrontamiento orientado a los objetivos; sientan las bases para la retirada del compromiso activo con la vida. La confusión, la desesperación, el desamparo y los estados relacionados pueden conformar una disposición a dejar de responder a los retos, sean mentales o físicos. Las posturas existenciales del lado derecho representan un esfuerzo por asumir los retos y abrazar la vida con todas sus circunstancias. La consciencia de estas polaridades puede orientar la entrevista a pie de cama a ayudar a los pacientes a mantener estas posturas existenciales de resiliencia durante tanto tiempo como sea posible.

POSTURAS EXISTENCIALES DE VULNERABILIDAD Y RESILIENCIA FRENTE A LA ENFERMEDAD ^a	
Vulnerabilidad	Resiliencia
Confusión	Coherencia
Aislamiento	Comunión
Desesperación	Esperanza
Desamparo	Agencia
Falta de sentido	Determinación
Cobardía	Valor
Resentimiento	Gratitud

a | Esta lista de posturas existenciales no es exhaustiva pero incluye la mayoría de las preocupaciones frecuentes en los pacientes hospitalizados por enfermedad médica

Fig. 5 Posturas existenciales de vulnerabilidad y resiliencia frente a la enfermedad (Griffith y Gabby, 2005)

MARCO GENERAL DE REFERENCIA DE LAS INTERVENCIONES PSICOTERAPÉUTICAS

Para intervenir desde la psicología clínica en marcos médicos, las referencias de las que disponíamos allá a principios de los 90 del pasado siglo eran de una pobreza abrumadora. Las recomendaciones de la rimbombantemente denominada “psicología de la salud”, aunque fuesen manuales de cientos de páginas y abarcasen desde los pacientes cardiopatas a los obesos o los diabéticos, acababan siempre con una propuesta de tratamiento psicológico (fuese individual o de grupo) que llevaba un poco de habilidades sociales, unas pizcas de gestión de estrés y siempre el perejil de la relajación, de tal modo que te encontrabas con una sensación de “regreso al pasado” cuando salías de Fonseca al Franco y estar de nuevo en aquellos restaurantes en los que pidieses pescado o carne, la salsa era siempre la misma. Todo sabía igual. Nos fueron de gran ayuda los trabajos

de José Navarro, previos a *Enfermedad y familia* (2004), porque consideraba al paciente individual en el contexto de la familia y en el marco del tratamiento médico y, a partir de Caplan, reflexionaba sobre los modos de colaboración del psicólogo con los otros profesionales implicados en el tratamiento. El marco iba más allá de la relación con el paciente en el despacho. Nos fuimos familiarizando con las tareas implicadas por las diferentes fases de la enfermedad y las diferentes necesidades que ha de abordar el trabajo del psicólogo. A través de él llegamos a los trabajos de Rolland (2000): la taxonomía psicosocial de las enfermedades que permitía marcos de organización del trabajo, el sistema cuatripartito con paciente, enfermedad, sistema médico y familia. En relación con la estructura y organización de las entrevistas en el trabajo de interconsulta, nos habían resultado muy útiles los trabajos de los Griffith (1996, 1997) con los problemas mente/cuerpo. Su posición en relación con la entrevista y la historia del paciente nos parecía muy cercana a los trabajos de White (1994) que también fueron formando parte de la caja de herramientas con la que abordamos nuestro trabajo en el marco de la Unidad de Lesionados Medulares.

Los pacientes y familiares nos enseñaron muy pronto las abrasivas aristas sádicas de la psicología y el pensamiento “positivos”. Ya en el trabajo de interconsulta habíamos ido aprendiendo, gracias a ellos, la falta de consideración y empatía que podían implicar este tipo de abordajes de “amateurismo coach”. Nos enseñaron a ser cautos. Otros profesionales también ayudaron.

Barbara Ehrenreich (2011), a la que tanto apreciamos y tanto echaremos de menos, lo explicó mucho mejor de lo que podemos hacer en este escrito, tanto en lo referente a la conceptualización de Seligman como a la aplicación en enfermedades, como las oncológicas, y las asunciones teóricas e implicaciones ideológicas de estas “posturas”.

Un buen guion de partida para iniciar la descripción de nuestro modo de trabajar puede ser este de los Griffith, que resume su modo de enfocar las entrevistas en relación con el trabajo con pacientes en marcos médicos, que hemos sintetizado de su ensayo “La somatización y la apertura del diálogo con pacientes y familias médicamente marginalizadas” y que mostramos en la figura 6.

1. Un clínico debe aprender a estar atento a lo que aún no ha sido expresado en el discurso.

2. Crear el tipo de conversación dentro del cual el cliente o el paciente pueda exhibir competencia narrativa.

- a) Basarse en el lenguaje del cliente o paciente.
- b) Mantener las conversaciones con los colegas y con uno mismo dentro de los límites del dominio conversacional tal como se ha desarrollado en la terapia.
- c) Evitar segregar información en planillas médicas, en otros documentos o en conversaciones privadas con los colegas.

3. Crear un tipo de relación terapéutica que proteja un espacio en el discurso para el cliente o el paciente.

- a) Intentar construir una relación colaborativa, no jerárquica e igualitaria.
- b) Estructurar las experiencias para la reflexión.
- c) Regular la entrevista de acuerdo con los signos corporales de movilización o ansiedad.

4. Seleccionar acciones terapéuticas que fomenten la “agencia” personal.

- a) Deconstruir el lenguaje y las prácticas sociales que inhabilitan al paciente.
- b) Colaborar en reconstruir el sí mismo (self).

Este cuadro lo consideramos como una especie de “post-it” mental, nuestro “¿Cómo lo haría Lubitsch?”, como el letrero que tenía Wilder en la pared enfrente de su mesa de trabajo y hacia el que alzaba la vista cuando se atascaba.

MARCO DE TRABAJO

La Unidad de Lesionados Medulares del CHUAC - A Coruña es la unidad de referencia para el tratamiento de esta patología para toda Galicia. Los pacientes pueden ser ingresados directamente en el CHUAC o trasladados, una vez estabilizados, desde otro hospital de la comunidad donde se le haya prestado la atención urgente. Es más frecuente que el paciente suela ingresar previamente en UCI y luego ser trasladado a ULM. Este suele ser el tiempo del primer contacto del paciente y la familia con el psicólogo.

Una vez que el paciente ya está ingresado en ULM y su estado médico lo permite, comienza su tratamiento.

El programa de rehabilitación individual (que se va a llevar a cabo a lo largo de los meses de estancia del paciente) incluye los objetivos a alcanzar con su trabajo en el área de tratamiento: fisioterapia y terapia ocupacional. También el trabajo en la planta (reeducación vesical, autocuidados, comida, vestirse...) con la supervisión de enfermería y donde ha de ir poniendo en marcha la gradual autonomía en sus autocuidados al hilo de lo que va avanzando en el área de tratamiento.

El funcionamiento de la Unidad se articula en las reuniones de planta en las que se revisa semanalmente la evolución de cada uno de los pacientes y el estado de su plan de tratamiento rehabilitador individual. Es una evaluación producto de la puesta en común del conjunto de los profesionales: médicos, enfermería, fisioterapia, terapia ocupacional, trabajo social, psicología, técnicos de cuidados auxiliares de

Fig. 6 Pasos hacia la justicia y la colaboración en la terapia. Griffith & Griffith (1997)

enfermería (del área de tratamiento). Evidentemente, de la valoración médica según el caso depende también la colaboración de otros especialistas del hospital (Foniatría, ORL, Trauma, Cirugía plástica..., y en estas últimas épocas los servicios de Infecciosos y Medicina Preventiva, como los más frecuentes).

Esos espacios de articulación de la colaboración son fundamentales para las pequeñas correcciones en el desarrollo del plan de cada paciente con los necesarios ajustes en función de su estado y colaboración. Ayuda en la toma de las decisiones (médicas y de cada uno de ellos otros profesionales, en su ámbito) respecto de los permisos de fin de semana o las necesarias reuniones con pacientes y con familias y pacientes para información, no solo médica, sino también, por ejemplo, en lo que tiene que ver con gestiones de ayudas sociales, etc.

El posible trabajo psicoterapéutico para desarrollar en este marco ha de ser necesariamente:

- **en red:** ha de tener en cuenta el conjunto del trabajo que está llevando a cabo ese paciente con los diferentes profesionales. No hay un momento de una “interpretación mágica” o “devolución sublime” que marque el punto de inflexión en el afrontamiento o situación psicológica del paciente. Hay muchos momentos a lo largo del proceso en los que diversos profesionales con sus intervenciones colaboran en que el paciente vaya avanzando en su proceso de re-construcción.
- **jerarquizado:** las intervenciones del psicólogo han de estar articuladas con las intervenciones de los otros profesionales.
- **foco en movimiento:** las intervenciones van acompasadas en el programa de rehabilitación del paciente y a sus momentos de desarrollo. El foco de trabajo va cambiando en cada fase de la evolución de plan de rehabilitación. Pero no hay una secuencia-modelo a cuyo guion deba adaptarse la evolución del paciente. Sabemos que hay toda una serie de dificultades a las que ha

de hacer frente y cada uno lo hace a su modo y con su propio ritmo.

Destacamos ciertos aspectos destacados de la lesión medular en lo que tiene que ver con el trabajo psicológico.

En un estudio longitudinal, Kennedy y Rogers (2000a) encuentran que, durante la fase aguda, de hospitalización, disminuyen levemente los niveles de ansiedad y depresión, que empiezan a aumentar a los cuatro meses y alcanzan un pico al año de la lesión, aproximadamente. Tras el alta hospitalaria, se reducen los niveles de ansiedad y depresión hasta un nivel ligeramente inferior al de la fase aguda, de modo que alrededor de un tercio superan el umbral de depresión y un cuarto el de ansiedad. En el trabajo de Bas Sarmiento, Gala León y Díaz Rodríguez (1994), se establece que los índices más altos de estrés se dan en la admisión y en el alta, por el efecto de incertidumbre, y los niveles más bajos suelen aparecer un año después del alta.

Según Kennedy y col. (2000b), las estrategias de afrontamiento permanecen estables a lo largo del tiempo, siendo la más común la aceptación. El ajuste a la lesión medular también es en gran parte estable a través del tiempo, considerando que el período crítico para la aparición de complicaciones secundarias son los diez primeros años tras la lesión. Se produce un incremento en las percepciones de calidad de vida cuanto mayor aceptación y compromiso con sus vidas, mejora en las oportunidades profesionales y reducción de las emociones negativas y de las hospitalizaciones.

Parece que la discapacidad influye de manera negativa en la calidad de vida, no de modo directo, sino a través de la afectación de factores tales como los recursos psicológicos, las habilidades de manejo diario, las actividades profesionales y significativas y la integración social. Stensman relaciona la calidad de vida con las estrategias de afrontamiento, el impacto del dolor crónico y la fatiga, el desempleo, las relaciones familiares y de amistad, los problemas con el manejo de la vejiga y las pérdidas funcionales.

Algunos factores que contribuyen a una pobre calidad de vida son la sensación de vida vacía, de pérdida de control, de imprevisibilidad (estos dos últimos, muy presentes en complicaciones frecuentes como la incontinencia o la espasticidad). No se han encontrado correlaciones entre la satisfacción vital y el grado de parálisis de la médula espinal.

Vamos a tratar de describir el trabajo, las intervenciones psicológicas, al hilo de una posible secuencia-tipo del proceso de atención del paciente en la Unidad.

1. El desconcierto y la desmoralización. La acogida

“La prima pobre del miedo es la rabia”

Thomas Lynch, *El enterrador*

El momento en el cual el paciente y la familia entran en contacto con nosotros suelen estar todavía aturcidos por la desorganización de la crisis que implica lo que se les acaba de venir encima. Están en el proceso de aprender las reglas de relación con una institución de funcionamiento complejo como es un gran hospital, con su propio caos organizacional en su núcleo familiar y, en la mayor parte de las ocasiones, muy alejados de su lugar de residencia. Por más que los que trabajamos en él no caigamos, el hospital es un lugar extraño y más cuando acudes a él como paciente o familiar angustiado. Han de aprender reglas de funcionamiento (horarios, cómo dirigirse y a quién para conseguir qué informaciones...) en una situación de desconcierto. Porque esa es la situación inicial. El futuro que tenías se ha volatilizado, como si el edificio se hubiese derrumbado por una explosión y la polvareda es tal que aún no se puede hacer idea de los posibles resultados, mientras esta no se asiente.

A la vez, tienen que tomar decisiones para los arreglos que permitan el acompañamiento (lugares para comer, dormir, viajes, papeles) y, también, los cambios que permitan que pueda

seguir adelante el resto (de la familia). Un pie en el hospital y otro en la casa, la cabeza de un lado a otro. Pensemos el caso de un padre de familia hospitalizado, su mujer, acompañante, hijos en casa a más de 100 kilómetros.

Está descrito como la hiperactivación característica de los familiares acompañantes en estos momentos es perfectamente compatible con alteraciones del funcionamiento cognitivo que permitan describir meses después determinados aspectos de una entrevista y a la vez no haber procesado según qué informaciones relevantes.

En estos primeros momentos, siguiendo la afortunada metáfora de Susan Sontag (*La enfermedad y sus metáforas*), están entrando en un país extraño, del que no tienen mapas. Por eso en esta fase hablamos de “los arreglos del principio”:

- con el paciente y con la familia: dar tiempo a que el polvo se asiente y podamos percibir con mayor claridad para pensar reorganizaciones estables;
- con la familia/acompañante(s): mientras tanto, resolver cómo viajar, cómo tener organizada la casa y que la vida de los demás siga adelante, mientras estás fuera acompañando a tu familiar en el hospital, dónde dormir, dónde comer, cómo arreglar papeles (bajas, ayudas, etc.);
- irse familiarizando con los códigos del hospital: ya que vas a estar un tiempo en otro país, aprender el lenguaje suficiente (normas y rutinas) para poder manejarte y los gallegos somos de estirpes de emigrantes. Normas y rutinas que implican, por ejemplo, acostumbrarse a la presencia de sanitarios en situaciones de intimidad personal en las que antes nada o apenas aceptábamos la presencia de otros y asumir la pérdida de intimidad e intrusión de sanitarios. A la vez que suele haber también cierta impersonalidad en el trato.

Por tanto, en esta primera fase, han de atenderse las necesidades de organización de la

respuesta de emergencia, al tiempo que se aprende a manejarse con el sistema sanitario.

Pero es también crucial la contención y el manejo del desconcierto y la incertidumbre. Del desconcierto habla Begoña Huertas (2017) como lo que emerge, cuando todo el mundo que tenías se derrumba como un castillo de naipes, en su caso por el diagnóstico de cáncer. Mundo de relaciones, actividades, anhelos, proyectos, aficiones que desaparecen.

De golpe, presente y futuro implosionan:

“La vida cambia rápido.

La vida cambia en un instante.

Te sientas a cenar,

y la vida que conoces se acaba.”

Joan Didion, *El año del pensamiento mágico*.

En el plano de las emociones, porque es una reacción ante el desconcierto, hay que tener muy presente que en muchas ocasiones con lo que nos encontramos no es el abatimiento o la tristeza, sino la rabia, el enfado ante como tu mundo ha desaparecido. Y no es infrecuente que se dirija hacia el sistema sanitario en general o alguno de sus miembros en particular. Esta es una realidad compartida con otras situaciones de enfermedades graves o en el dolor crónico.

En este primer tiempo con el paciente que está en los inicios del trabajo de rehabilitación, aparecen como los elementos relevantes desde el enfoque con el que trabajamos, la creación de un tipo de relación terapéutica que proteja su espacio de discurso y facilitar un tipo de conversación en la que pueda exhibir competencia narrativa. Para ello es fundamental procurar basarse en el lenguaje del paciente. Y, a la espera de que puedan ir mejorando ciertos estresores físicos o emocionales, esto nos puede guiar en el trabajo de resiliencia frente al estrés.

Como señalan Griffith y Gaby (2005) para abordar la desmoralización, hay que validar. El reconocimiento del sufrimiento y la resti-

tución de la dignidad, además de ser de justicia, son también elementos muy potentes para ayudar en la capacidad de recuperación del paciente frente al estrés.

Los cambios en la epidemiología de la lesión medular que habíamos señalado al principio, implican que tengamos una mayor presencia de pacientes añosos, lo que conlleva una adaptación de los procesos de rehabilitación que han de tener en cuenta los cambios consecuencia de la edad (en cuanto fuerza, agilidad, limitaciones cognitivas...), la separación de su marco social habitual y las limitaciones y restricciones en cuanto al apoyo social (acentuado en ocasiones no solo por la lejanía sino por las dificultades de acceso a transporte en el medio rural gallego).

En resumen, trabajamos con pacientes más añosos, más aislados de su medio y con estructuras familiares que en los últimos años se han vuelto más ralas (el lesionado y su esposa viven jubilados en una casa de aldea en el macizo ourensano o en Quiroga y su hijo/a está estudiando en Vigo o preparando oposiciones en Santiago con la ayuda de un trabajillo por horas para ir tirando). Si además esta casa de aldea a la que han vuelto, lo han hecho tras largas emigraciones en Euskadi o Catalunya o Suiza, nos encontraremos con que los hijos puede que ya hayan su hecho su vida allí. La adquisición de una discapacidad o una enfermedad crónica supone un empobrecimiento automático por los gastos que conlleva (viajes, trabajos que se han de dejar para reorganizar cuidados, gastos en prótesis y ayudas técnicas...) a añadir al que llevamos como sociedad desde 2008 y en un contexto de restricciones de todo tipo de ayudas públicas. Poder estar más o menos presente en la hospitalización de un familiar (que en el caso de la lesión medular es larga, meses) no es solo cuestión de afectos y lealtades, sino también de dinero. Desde una posición acomodada es fácil pagar a un acompañante.

2. La travesía hacia la cronicidad. El trabajo de rehabilitación

En toda esta etapa de aprender a convivir con la enfermedad como búsqueda de sentido, como la pelea del pensamiento por organizar lo que se va sintiendo y lo que el cuerpo, traidor, te va diciendo, han de mantenerse las “guías de conversación” que señalábamos anteriormente. También hay ciertos temas que suelen suscitarse, tanto con el paciente como con la familia, el trabajo con los “acontecimientos enmarcadores” (Rolland, 2000), es decir, los restos de conversaciones de la fase de crisis que pueden estar “filtrando” gran parte de las actuales y sesgando modos de colaboración de este momento, así como los arreglos que se acordaron para entonces, puedan estar pesando en la situación actual.

Otro suele ser el de “poner a la enfermedad en su lugar” (Steinglass, citado por Navarro, 2004). Este trabajo, con el paciente y con los familiares, se refiere al equilibrio entre la atención a la discapacidad producida por la lesión y su impacto sobre los hábitos, prioridades y planes familiares, de modo que esté adecuadamente atendida pero no “tiranice”. Que la organización de la familia garantice la adecuada atención a las necesidades de cuidados derivadas de la situación del proceso de rehabilitación en el hospital, pero procurando mantener, en lo posible, los planes y proyectos familiares. Avanzar sin desviarse ni a la negligencia ni a la sobreprotección. Este punto suele ser también muy relevante cuando ya se está en la dinámica de los fines de semana en el domicilio.

En este tiempo se desarrolla el aprendizaje de la convivencia con los cambios físicos y de los autocuidados. Es muy importante preservar espacio para las conversaciones con el paciente (para poder abordar aspectos emocionales y de modificaciones en los roles, y la influencia de las modificaciones perceptivas, dificultades en el compromiso con el trabajo de rehabilitación...), alternando o intercalando con conversaciones con la familia (normalización de emociones, modificaciones en los roles, mantenimiento de tareas de ciclo, “descanso del cuidador”).

Hay una gran diferencia en la percepción del tiempo. En el primer momento, de crisis, es una implosión (presente absoluto, todo es urgencia), en la rehabilitación la lentitud (los cambios son muy graduales).

En este proceso de aprendizaje en la convivencia con la discapacidad, el aspecto más enmarcado se encuentra en el arduo esfuerzo de establecimiento de un cierto sentido. Por eso, el trabajo sobre la narración y el relato que se va construyendo. Siendo conscientes de las limitaciones, de las dehiscencias que esa red de sentido va a mantener cuando el cuerpo “traicione”, resalte su presencia y se haga oír abruptamente, a destiempo, en los momentos más inconvenientes. Entender este marco como trabajo con relatos permite trabajar con la utilidad de su armazón, pues nos es de ayuda por su capacidad de organizar el caos temporal (“La narración es la respuesta a la experiencia del caos y la discordancia producidos por el tiempo”, dice Ricoeur) y dar continuidad y coherencia a la experiencia.

Hay que tener en cuenta también que puede haber desacompasamientos en los momentos en los que se encuentran los diferentes miembros de la familia, pues mientras el paciente está trabajando en su rehabilitación, puede que algún familiar aún esté viendo cómo se reorganiza en el encaje de las pérdidas y, por tanto, con una expectativa centrada en la recuperación de habilidades específicas que estén más allá de lo que se está abordando en el área de tratamiento o en el trabajo en planta.

3. El retorno a la comunidad

“(...) habiendo perdido la necesidad habitual de ocuparnos de cosas desagradables, perdimos la habilidad de hacerlo cuando la necesidad aparece. Y hemos perdido a la comunidad versada en estas calamidades. En resumen, cuando la vida es una mierda, nos sentimos solos.”

Thomas Lynch, *El enterrador*

Dentro del plan de rehabilitación, los permisos de fin de semana constituyen un punto de inflexión en el proceso. Son ensayos. Se traslada la experiencia y aprendizajes adquiridos en el hospital a la casa: del ensayo protegido a la práctica cotidiana, por un tiempo limitado.

El paciente sale de un medio “protegido”, diseñado incluso espacialmente teniendo en cuenta la discapacidad y con personal pendiente de ayudar a resolver cualquier crisis/atasco. Desde la relativa tranquilidad de una “base segura” sale a explorar incertidumbres concretas, aplicando los “modos de hacer” que ha adquirido en su trabajo rehabilitador en el hospital.

Y ahí se comprueba la fortaleza de todo el andamiaje que se ha ido disponiendo: en cómo resuelve las actividades cotidianas de la vida diaria, desplazarse por la casa, poder ir al baño, cómo trasladarse a la cama y al sillón, la provisionalidad de las soluciones y las previsiones. El grado en que se mantiene la entereza de su percepción subjetiva, o qué partes no han resultado efectivas y se han producido grietas, y sobre eso se trabaja a su vuelta. Siempre en el doble plano de las conductas concretas y las soluciones intentadas y el relato de la vivencia subjetiva.

Un aspecto que consideramos muy relevante es el plano de lo social, relacional, más allá de la familia inmediata. Hacer frente a “los otros” y a la comunidad: “sostener las miradas”. Abrir la puerta a lo social plantea varios planos:

- Ver / ser visto. La exposición a lo social. Con las diferencias en los estilos personales, desde los partidarios de la inmersión casi en la primera salida, a los que lo hacen de modo muy gradual. Ir recibiendo poco a poco en casa o plantarse en el atrio el día del patrón. No hay que olvidar que en el propio sistema familiar se van a volver a recomponer/reequilibrar todas las relaciones pues todos y cada uno de los roles previos han sufrido algún cambio.

- Las dificultades para compartir por parte del paciente ese nuevo estar en el mundo con los otros:

“Qué difícil es la comunicación entre alguien enfermo y alguien sano. Parece que se trate de dos especies diferentes de humanos”, nos dice Begoña Huertas (2017). Esto afecta en las relaciones más cercanas (pareja, hijos, padres). Qué compartir y cómo. Suele ser una tarea ardua, en la que hay que dar por descontado desfallecimientos y malentendidos.

- Griffith y Gaby (2005) nos recuerdan:

“Para mucha gente, la enfermedad médica es profundamente alienante. El resto de la gente, aun siendo comprensiva, no puede experimentar completamente la enfermedad; esta desplaza a la persona, tanto de las rutinas familiares como de los placeres específicos de vivir con otra gente; a veces aísla severamente a través del estigma de la desfiguración o del miedo al contagio. El aislamiento es un compañero distintivo del dolor físico, donde lo más real para uno resulta invisible para el resto.”

Es un tema muy presente en las conversaciones tanto ante determinadas visitas en el hospital como luego cuando van de fin de semana y hay comidas familiares amplias o salidas sociales.

Es un viejo dicho que el infierno está empedrado de buenas intenciones, en nuestro caso no porque el obrar no acompañe, sino porque suele ser del todo inadecuado. Nadie que no esté en el lugar del paciente (o en uno análogo), debe dejarse vencer por la soberbia y pensar, y menos decir, frases como “sé cómo te encuentras” o “me hago cargo de lo que sientes”. Hay situaciones de este tipo que me han relatado los pacientes, en las que la entereza y educación con la que se han mantenido, me hace considerarlos ejemplos de zen sin necesidad de estancia en monasterio.

Esta suele ser considerada una de las razones de la utilidad de las asociaciones de afectados

y familiares: la posibilidad de compartir. Tanto pacientes como familiares se suelen sentir mejor entendidos por personas en situaciones análogas a la suya. Esto se inicia ya en el mismo hospital en las conversaciones que tienen lugar entre los familiares, en las “salas de espera” y en las que ya comparten informaciones de “utilidad pública” (alojamientos, comidas, horarios, ayudas...).

Algunos optan por una posición digamos más “activista”, otros tratan de retomar una vida lo más cercana posible a la que antes tenían, aunque casi nunca es así.

En resumen, para el alta hospitalaria se trata de volver a lo mismo (que ha cambiado), uno mismo (que ya no es ese que fue) con estos (que ya no son de la misma manera).

BIBLIOGRAFÍA

Bas Sarmiento, P., Gala León F.J. y Díaz Rodríguez M. (1994). Depresión y Ajuste Psicosocial en lesionados de médula espinal. *Clínica y Salud*, 5(3), 259-271.

Craig, A., Tran, Y. y Middleton, M. (2017). Theory of adjustment following severe neurological injury: evidence supporting the Spinal Cord Injury Adjustment Model en Costa, A. y Villalba E. (Eds), *Horizons in Neuroscience Research*, p. 117-139.

Didion, J. (2006). *El año del pensamiento mágico*. Barcelona, Globalrhythm Press.

Doka, K.J. (2010). *Psicoterapia para enfermos en riesgo vital*. Bilbao, Desclée de Brouwer.

Elfström, M.L., Rydén, A., Kreuter, M., Persson L.O. y Sullivan M. (2002a). Linkages between coping and psychological outcome in the spinal cord lesioned: development of SCL-related measures. *Spinal Cord*, 40, 23-29.

Elfström, M.L., Kreuter, M., Rydén, A., Persson L.O. y Sullivan M. (2002b). Effects of coping on psychological outcome when controlling for background variables: a study of traumatically spinal cord lesioned persons. *Spinal Cord*, 40, 408-415.

Elfström, M.L., Rydén, A., Kreuter, M., Taft, C. y Sullivan, M. (2005). Relations between coping strategies and health-related quality of life in patients with spinal cord lesion. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 37, 9-16.

Elfström, M.L., Kennedy, P., Lude, P. y Taylor N. (2007). Condition-related coping strategies in persons with spinal cord lesion: a cross-national validation of the Spinal Cord Lesion-related Coping Strategies Questionnaire in four community samples. *Spinal Cord*, 45, 420-428.

Ehrenreich, B. (2011). *Sonríe o muere. La trampa del pensamiento positivo*. Madrid, Turner.

Galvin, L.R. y Godfrey, H.P. (2001). The impact of coping on emotional adjustment to spinal cord injury (SCI): review of the literature and application of a stress appraisal and coping formulation. *Spinal Cord*, 39, 615-627.

Griffith, J. L. y Griffith, M. E. (1996). *El cuerpo habla. Diálogos terapéuticos para problemas mente cuerpo*. Buenos Aires, Amorrortu, 1996.

Griffith, J. L. y Griffith, M. E. (1997). La somatización y la apertura del diálogo con pacientes y familias médicamente marginalizadas, en Pakman, M. (Comp.). *Construcciones de la experiencia humana* (vol. II). Barcelona, Gedisa, pp. 87-105.

Griffith, J.L. y Gaby, L. (2005). Brief psychotherapy at the bedside: Countering Demoralization from Medical Illness. *Psychosomatics*, 46, 109-116.

Hospital Universitario “La Fe” (2001). *Lesión medular. Guía de autocuidados*. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat.

Huertas, B. (2017). *El desconcierto*. Barcelona, Rata.

Kennedy P. y Rogers B. (2000a). Anxiety and depression after spinal cord injury: a longitudinal analysis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 81, 932-937.

Kennedy P., Marsh N., Lowe R., Grey N., Short E. y Rogers B. (2000b). A longitudinal analysis of psychological impact and coping strategies following spinal cord injury. *Health Psychology*, 5, 157- 172.

Kennedy, P., Lude, P., Elfström, M.L. y Smithson, E.F. (2011). Psychological contributions to functional independence: a longitudinal investigation of spinal cord injury rehabilitation. *Archives of Physical Medicine Rehabilitation*, 92, 597-602.

Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*, Barcelona, Martínez Roca.

Meijer, E. (2021). *Los límites de mi lenguaje. Meditaciones sobre la depresión*. Madrid, Katz editores.

Middleton, J. y Craig, A. (2008). Psychological challenges in treating persons with spinal cord injury en: A. Craig y Y. Tran (Eds.). *Psychological dynamics associated with spinal cord injury rehabilitation: New directions and best evidence*. Nueva York, Nova Science Publishers, p. 3-53.

Navarro Góngora, J. (2004). *Enfermedad y familia. Manual de intervención psicosocial*. Barcelona, Paidós.

Rodríguez Sotillo, A. y Miguéns Vázquez, X. (2005). Lesión medular, en Montoto Marqués A., Ferreiro Velasco M.E., Rodríguez Sotillo A. y Salvador de la Barrera S. (Eds.), *Lesión medular y vejiga neurogénica. Valoración y rehabilitación*, Barcelona, Ars Medica, pp. 1-26.

Rodríguez Sotillo, A., Salvador de la Barrera, S. y Ferreiro Velasco M.E. (2013). La Unidad de Lesionados Medulares del CHUAC organiza el congreso nacional de la especialidad, *La Voz de Galicia*, 28 de mayo de 2013.

Rueda Ruiz, M.B., Aguado Díaz, A.L. y Alcedo Rodríguez, M.A. (2008). Estrés, afrontamiento y variables psicológicas en el proceso de adaptación a la Lesión Medular (LM): una revisión de la bibliografía. *Intervención Psicosocial*, 17(2), 109-124.

Salas Márquez, J.R. (1995). El rol del psicólogo en la Unidad de lesionados medulares. *Apuntes de Psicología*, 43, 65-67.

Rolland, J.S. (2000). *Familias, enfermedad y discapacidad*. Barcelona, Gedisa.

Shuman, R. (1999). *Vivir con una enfermedad crónica. Una guía para pacientes, familiares y terapeutas*. Barcelona, Paidós.

Soler, M.D. y Curcoll, M.L. (2003). La rehabilitación psicológica en el lesionado medular, en Remor, E., Arranz, P. y Ulla, S. (Eds.), *El psicólogo en el ámbito hospitalario*, Bilbao, Desclée de Brouwer, pp. 489-512.

Soto Mendoza, R. (2007) *La vida sobre ruedas. Manual autobiográfico de supervivencia y consulta para parapléjicos/as de lesión completa*. Junta de Andalucía, Sevilla.

Stensman R. (1994). Adjustment to traumatic spinal cord injury. A longitudinal study of selfreported quality of life. *Spinal Cord*, 32(6), 416.

Stewart, T.D. (1994). El paciente con lesión de la médula espinal, en Cassem, N. H. (Ed.), *Hospital General de Massachusetts. Psiquiatría de Enlace en el Hospital General*, Madrid, Díaz de Santos, pp. 583-599.

Weisman, A.D. (1994). Hacer frente a la enfermedad, en Cassem, N. H. (Ed.), *Hospital General de Massachusetts. Psiquiatría de Enlace en el Hospital General*, Madrid, Díaz de Santos, pp. 379-392.

White, M. (1994a). Explicación negativa, restricción y doble descripción: un modelo de terapia familiar, en White, M., *Guías para una terapia familiar sistémica*. Barcelona, Gedisa, pp. 142-146.

White, M. (1994b). El proceso de interrogar ¿Una terapia de mérito literario?, en White, M., *Guías para una terapia familiar sistémica*. Barcelona, Gedisa, pp. 69-83.

DOLORES

HERRAMIENTAS

TRATAMIENTO
GRUPAL DEL
DOLOR

Enrique Bazako Goiburu

*Psicólogo Especialista en Psicología Clínica.
CAUCE. Clínica de Psicología Aplicada.
Madrid*

enriquebazako60@gmail.com

SUMARIO

GALLEGO

*Se partió
no sintió el rayo ni el trueno.
Cuando fue a agacharse
lo notó*

E. Bazako

RESUMEN

El dolor es una experiencia personal, resultante de un proceso singular para cada persona. El dolor se entiende como un fenómeno complejo y multidimensional, en el que la persona no solo tiene una experiencia perceptiva, sino también afectiva, que está condicionada por múltiples elementos interactivos biológicos, psicológicos y socioculturales. Las estrategias de afrontamiento que movilizan acciones instrumentales y recursos internos, así como la búsqueda de apoyo social, se asocian a un mejor ajuste y funcionamiento cotidiano, del mismo modo que las creencias de incontrolabilidad del dolor, una baja creencia de autoeficacia en el mismo y recurrentes pensamientos catastrofistas, se asocian a una mayor incapacidad, inadaptación y peor ajuste. El objetivo de todo tratamiento es que el paciente aprenda las técnicas que pueda utilizar como recurso en su vida diaria. Se expone un protocolo de terapia grupal ya que, en general, las terapias grupales funcionan bien con pacientes con dolor crónico.

PALABRAS CLAVE — Dolor crónico, tratamiento grupal, psicología.

ABSTRACT

Pain is a personal experience, resulting from a unique process for each person. Pain is understood as a complex and multidimensional phenomenon, in which the person not only has a perceptual experience, but also affective, which is conditioned by multiple biological, psychological and sociocultural interactive elements. Coping strategies that mobilize instrumental actions and internal resources, as well as the search for social support, are associated with a better adjustment and daily functioning, in the same way that beliefs of uncontrollability of pain, a low belief of self-efficacy in it and recurrent catastrophic thoughts, are associated with greater disability, maladjustment and worse adjustment. The goal of all treatment is for the patient to learn the techniques that they can use as a resource in their daily lives. A group therapy protocol is exposed since in general, group therapies work well with patients with chronic pain.

KEY WORDS — Chronic pain, group treatment, psychology

“El dolor, es, sobre todo, una emoción que tu cuerpo crea para evitar cosas que son nocivas para ti (...) Se inicia por procesos sensoriales: si pongo mi mano en algo caliente, la sensación de quemarte los dedos inicia la señal de dolor (...) Diferenciamos entre la nocicepción, que es el acto de sentir algo dañino, y el dolor, que es sentir una emoción en el cerebro” A. Pata-poutian (Premio Nobel de Medicina, 2021).

En España, un 11% de la población padece dolor crónico, es decir, más de 5 millones de personas en España sufren dolor agudo durante más de 6 meses. Los aspectos sensoriales, las emociones, las cogniciones, hacen que procesemos los estímulos nociceptivos de una manera particular. El dolor es una experiencia personal, resultante de un proceso singular para cada persona. La experiencia de dolor ni siquiera permanece inalterable en la misma persona aun suponiendo que la fuente, lesión o enfermedad se mantuviera. En la actualidad, el dolor se entiende como un fenómeno complejo y multidimensional, en el que la persona no solo tiene una experiencia perceptiva, sino también afectiva, que está condicionada por múltiples elementos interactivos biológicos, psicológicos y socioculturales. Así, las variables cognitivas y emocionales, concretamente la ansiedad, la tristeza y la ira, parecen explicar mejor que las variables de personalidad las diferencias individuales en cuanto a percepción y tolerancia al dolor. Las estrategias de afrontamiento que movilizan acciones instrumentales y recursos internos, así como la búsqueda de apoyo social, se asocian a un mejor ajuste y funcionamiento cotidiano, del mismo modo que las creencias de incontrolabilidad del dolor, una baja creencia de autoeficacia en el mismo y recurrentes pensamientos catastrofistas, se asocian a una mayor incapacidad, inadaptación y peor ajuste. El objetivo de todo tratamiento es que el paciente aprenda las técnicas que pueda utilizar como recurso en su vida diaria una vez que sale de la consulta. Se expone un protocolo de terapia grupal, ya que, en general, las terapias grupales funcionan muy bien con pacientes con dolor crónico.

Definir el dolor como una experiencia emocional desagradable nos lleva directamente a valorar dicha experiencia desde el punto de vista psicológico y a tratarlo de igual manera. Si es una experiencia será psicológica, sí o sí. El dolor es una experiencia que se compone de elementos sensoriales, afectivos y cognitivos y estos se manifiestan al exterior. Nuestro conocimiento del dolor es como la propia vida y la enfermedad, un puzzle que va encajando piezas a medida que avanzamos en investigación y tratamiento, un puzzle psico-bio-social. Sabemos que la experiencia de dolor puede ser muy diferente en distintas personas ante la misma lesión, prueba diagnóstica, intervención quirúrgica o enfermedad e incluso en la misma persona con la misma lesión en diferentes situaciones. La evaluación que realizamos es tan importante o más que la propia lesión. La nocicepción no es igual a dolor, ni dolor es igual a sufrimiento. Nuestra historia, el ambiente social, nuestro aprendizaje hacen que la experiencia de dolor, aunque parecida en cada cultura, sea diferente en lo personal. No está de más recordar aquí que somos biografía, no solo biología.

Hasta hace bien poco tiempo y aún hoy, para algunos profesionales y la gran mayoría de la población, el dolor que siente tiene que ser correlativo a la lesión producida. Desde hace algunos años sabemos que esto no siempre es así, que ni siquiera tiene por qué ser de ese modo. Determinados dolores se mantienen en el tiempo a pesar de que no haya ya ninguna lesión que “justifique” dicho dolor, incluso sabemos del fenómeno del dolor de miembro fantasma. Hablamos entonces de la Neuromatriz, una configuración neuronal genéticamente construida a nivel del Sistema Nervioso Superior donde se conformaría toda la representación corporal, ahora bien, se ha demostrado que esta Neuromatriz se va transformando con el aprendizaje, a lo largo de la vida. De manera que con las técnicas psicológicamente probadas podemos influir en dicha configuración y de esta manera “cerrar la compuerta del me-

canismo del dolor”, cerrando la focalización de nuestra atención sobre los estímulos nociceptivos, por ejemplo. Hablando de “la compuerta”, conocemos que esta se sitúa en la sustancia gelatinosa del asta dorsal de la médula espinal, donde confluyen todos los estímulos nociceptivos y que, una vez allí, seguirán una vía ascendente hasta nuestro cerebro; pues bien, en dicho circuito también existe una vía descendente desde nuestro cerebro que puede cerrar “la compuerta” y de esta suerte, eliminar, bloquear, disminuir o aminorar la sensación.

Pongámonos en el caso de una lesión en una misma persona, pero en diferentes situaciones, ¿cómo la vivirá?, ¿cómo afectará la sensación percibida anímicamente?, ¿cómo actuará o reaccionará ante ella?; esta persona responderá a estos interrogantes según su experiencia previa ante situaciones similares y el contexto donde se produzca. Por ejemplo, un deportista de élite si está compitiendo en un campeonato regional, la probabilidad de que se retire es muy alta y, sin embargo, si la competición es continental o mundial, la probabilidad de que continúe compitiendo es alta (siempre, claro está, que la lesión se lo permita). Lo que pensamos y valoramos de la sensación transforma la percepción de la señal y nuestra valoración afectiva permuta nuestra conducta. Como no puede ser de otra manera, nuestras conductas manifiestas de dolor, aquello que los otros ven y entonces saben que algo nos duele, tanto aquellas verbales como no verbales, están sometidas a las mismas leyes del aprendizaje y de la naturaleza que cualquier otro comportamiento.

No es que el dolor sea pura y dura sensación y que tenga repercusiones psicosociales, que también, sino que el dolor es una experiencia emocional desagradable referida a una lesión histórica presente o no y tiene componentes sensoriales, cognitivos y afectivos, merece la pena recordarlo. Pongámonos en el lance de unas de las experiencias dolorosas más terribles, el dolor oncológico. Una primera consideración acerca de esta experiencia es que el dolor resulta inútil en una gran mayoría de

los casos. Me explico: el dolor tiene un significado para la supervivencia, nos avisa de un daño y nos pone en movimiento para tomar medidas ante él. Fijémonos en la paradoja, un dolor de muelas puede ser vivido como de gran intensidad, aunque el peligro para nuestra supervivencia no pareciera en consonancia con nuestra percepción. En el cáncer, de un peligro tan inmenso para nuestra supervivencia no da señales en la gran mayoría de los casos, pero una vez que hace su aparición, es el dolor total y aun así, no todos los pacientes experimentan el mismo dolor ante la misma enfermedad neoplásica, ni siquiera la viven de la misma manera. Aquellas personas que piensan “¿será que el cáncer avanza?” viven más intensamente el dolor y este causa mayor sufrimiento. Con todo, no digo ni quiero decir que la enfermedad o la lesión no tengan la importancia que merece, no soy un necio, solo remarcar que tan transcendental es decir que el componente cognitivo-evaluativo y el componente afectivo-motivacional de la experiencia de dolor influyen tanto como el componente sensorial-perceptivo de la experiencia de dolor. “El dolor es una sensación y a la par una emoción”, Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP 2020).

El dolor es “uno y trino”, es una experiencia única en cada persona que lo sufre con componentes sensoriales, cognitivos y afectivos. Tanto su evaluación como su tratamiento no pueden desentenderse de uno de sus componentes, son las tres ruedas de un mismo triciclo.

PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN GRUPAL EN DOLOR CRÓNICO

“Los que sufren no son los cuerpos, son las personas” Cassell

Existen varios tratamientos médicos para el

alivio del dolor crónico, sin embargo, estas opciones son solo algunas de las piezas necesarias para componer el rompecabezas del dolor crónico. El bienestar emocional resulta igualmente importante, por lo cual las técnicas psicológicas contribuyen a la creación de la capacidad de resistencia y enseñan las destrezas necesarias para el manejo del dolor crónico. La terapia de grupo tiene una amplia tradición en el tratamiento de los problemas o trastornos psicológicos, de hecho, es un tratamiento muy potente en el abordaje del dolor crónico. La popularidad de los grupos se relaciona con dos factores: 1) el suministro de apoyo social entre y a los participantes, y 2) la posibilidad de aprendizaje de la experiencia de los otros. Ofrece un ambiente idóneo para que las técnicas entrenadas sean eficaces. **Entre los beneficios del tratamiento grupal encontramos:** Permite aceptar y entender su experiencia dolorosa, brinda herramientas para la autonomía y prepara a la persona para situaciones vitales, aumenta la motivación, disminuye la tendencia a la negación, potencia la autoeficacia, ayudándole a reconocer situaciones conflictivas y utilizar diversas alternativas, aumenta la adherencia al tratamiento, se da un mayor grado de compromiso, mejora en variables relacionadas con calidad de vida y se verifica la persistencia de sus efectos a largo plazo. En los grupos se hace evidente a cada participante la existencia de grandes diferencias individuales en cuanto a la potencia y utilidad de las técnicas enseñadas, reforzando la necesidad de que cada persona desarrolle sus propios métodos.

El abordaje que vamos a definir más adelante es esencialmente un acercamiento psicológico conductual. Se presenta un programa estructurado, diseñado para producir sus efectos en ocho sesiones, de hora y media de duración cada una. Durante las sesiones semanales, se presentan y practican las distintas estrategias para el manejo del dolor, de modo que los pacientes van desarrollando estrategias psicológicas para el control de los problemas de dolor

crónico. Se ha escogido el tratamiento con pacientes con dolor crónico, no internos, ya que este protocolo permite a los participantes practicar las estrategias y métodos de control en su ambiente natural, facilitando la generalización de habilidades. Del mismo modo, el tiempo entre sesiones es importante, ya que permite a los pacientes la práctica de lo aprendido y su impacto en la vida cotidiana.

OBJETIVOS

El **dolor crónico** es aquel que tras seis meses desde la lesión que lo precipitó prosigue repercutiendo de manera negativa en la calidad de vida del paciente que lo padece. Este es un dolor discapacitante, de hecho, aproximadamente la mitad de las personas que lo padecen se ven obligadas a reducir o limitar sus actividades cotidianas e interacciones sociales. A partir de esta condición general, el tratamiento del dolor crónico debe ser entendido como un programa de actuación cuyo objetivo primordial será lograr la participación del paciente en el aprendizaje de técnicas que le ayuden a controlar y minimizar la experiencia dolorosa.

Los **objetivos específicos** de un tratamiento de dolor crónico son los siguientes:

- Aumentar la actividad a un nivel adecuado, de acuerdo con la enfermedad y la edad del paciente.
- Disminución de la medicación analgésica.
- Aumentar las horas de sueño.
- Normalizar en lo posible la actividad funcional.
- Modificar las relaciones familiares para que el paciente tenga menos necesidad de basarse en el dolor como medio interacción.
- Reducir las quejas de dolor en un sentido amplio.

- Mejorar la comprensión acerca del dolor crónico y los factores que afectan a la experiencia del mismo.
- Dotar de estrategias efectivas de desactivación fisiológica.
- Mejorar el manejo/focalización de la atención como proceso influyente en la experiencia de dolor.
- Detectar y cambiar pensamientos y creencias que generan malestar y empeoran o mantienen el dolor.

SESIÓN 1. Dolor Aspectos Psicológicos

“La influencia de la mente”

Presentación del o los/as terapeutas y presentación de los/as pacientes. Cada paciente tiene la oportunidad de, además de decir su nombre, describir su “tipo” de dolor, las características de este: localización, intensidad y el sufrimiento que le causa en su vida. A continuación, se expone la visión actual desde el modelo bio-psico-social de la experiencia dolorosa.

Utilizamos el término “mente”, no porque sigamos creyendo en el modelo cartesiano de mente y cuerpo como unidades separadas, sino porque para los pacientes en general es más entendible. Aun así, recalcaremos su unidad para entender el porqué de “un psicólogo/a en el tratamiento del dolor”, que no tiene nada que ver con que sea inventado o figurado y menos “psicógeno”. La idea de que la percepción del dolor puede verse influenciada por la interpretación que hagamos fue ampliamente desarrollada por el psicólogo Ronald Melzack y el neurocientífico Patrick Wall, artífices de la “teoría de la compuerta”, expuesta en la revista *Science* en 1965.

Las puertas se pueden abrir, dejando fluir el dolor a través de las fibras aferentes y eferentes—las vías por las que viaja la información sen-

sorial— desde y hacia el cerebro. Al contrario: las puertas se pueden cerrar para bloquear estos caminos del dolor. Los impulsos eferentes pueden verse influenciados por una amplia variedad de factores psicológicos. Esta teoría explica por qué el dolor disminuye cuando el cerebro está distraído. Hoy en día, la teoría de la compuerta explica con bastante precisión que en la percepción del dolor intervienen tanto factores físicos como psicológicos. Pero ni la farmacología ni la psicología han encontrado una solución definitiva al principal motivo de consulta médica en las sociedades modernas. Los modelos actuales multidimensionales del dolor describen un cierto tipo de número de componentes o factores que se influyen de manera sinérgica en el dolor:

- A** Sensorial-discriminativo, cuya función es la de transmitir la estimulación nociceptiva, informando con precisión acerca de la intensidad, localización, duración y calidad. ¿QUÉ SIENTO?
- B** Motivacional-afectivo, que caracteriza el dolor como desagradable y aversivo, hecho que genera la ocurrencia de distintas respuestas emocionales como miedo, ansiedad, depresión, ira, etc., que motiva la conducta de escape o evitación de la estimulación nociva. ¿QUÉ HAGO? ¿QUÉ EMOCIONES SUSCITA EN MÍ?
- C** Cognitivo-evaluativo, que da significado al dolor en función de la experiencia anterior, contexto, creencias, valores culturales, aspectos atencionales y otros tipos de pensamientos. ¿QUÉ PIENSO?

Valoraremos cada uno de los componentes y su influencia en la experiencia dolorosa de cada paciente. Del mismo modo, explicaremos los diferentes “círculos viciosos” que con frecuencia se establecen cuando el dolor es persistente o crónico: el dolor genera ansiedad/tensión y esta a su vez provoca más dolor. La depresión elicitada por el dolor provocará que la experiencia se viva con mayor intensidad. Con las técnicas que proponemos estos

“círculos” pueden llegar a romperse, de modo que la experiencia dolorosa se viva con menos intensidad y aumente la calidad de vida.

Damos por finalizada la sesión pidiendo a los participantes que durante la semana realicen un “registro de aconteceres”, donde anotarán

NOMBRE:

FECHA:

	DOLOR			
	NADA	MOLESTIAS	FUERTE	MUY FUERTE
AL LEVANTARSE / HORA				
A MEDIA MAÑANA / HORA				
A LA HORA DE COMER / HORA				
A MEDIA TARDE / HORA				
A LA HORA DE CENAR / HORA:				
AL ACOSTARSE / HORA:				

la intensidad del dolor en diferentes horas del día, así como la medicación que tomen. El registro que se propone es obra del autor a partir del original de Fordyce (1976). Este registro diario, durante la primera semana nos servirá de línea base para valorar el tratamiento.

MEDICACIÓN	
HORA	FÁRMACO Y DOSIS

SESIÓN 2. Técnicas de Desactivación Fisiológica y Focalización de la Atención

“El dolor es muy celoso, requiere toda nuestra atención”

Iniciamos la sesión revisando el “registro de aconteceres” y explicando qué entendemos por ansiedad, estrés y cómo influye en la experiencia dolorosa y su cronificación. Podemos definir la ansiedad como una respuesta adaptativa del organismo caracterizada por un conjunto de manifestaciones fisiológicas, cognitivas y conductuales que se encuentran en un estado de activación y alerta urgentes ante una señal inmediata de peligro o ante una amenaza más o menos específica. Se trata, pues, de un mecanismo de autodefensa destinado a facilitar una reacción de protección

de la persona ante el peligro, de forma que este pueda ser soslayado mediante una acción protectora de afrontamiento o de huida. Un determinado nivel de ansiedad es, sin duda, necesario e imprescindible para un correcto funcionamiento, ya que tiene un carácter activador y está relacionada con la motivación necesaria para desarrollar de forma eficiente una tarea. El problema surge cuando esta reacción adaptativa aparece en ausencia real o es claramente desproporcionada respecto a la magnitud de este. En este momento, una reacción destinada a resolver la situación de forma positiva se convierte en un derroche energético que empeora la situación. Los modelos teóricos destacan que la ansiedad y el estrés no solo dependen del número y tipo de eventos vitales estresantes (dolor), sino también de la forma en que la persona percibe, transforma e interpreta tales eventos.

Parémonos ahora un momento, pensemos en la situación estresante, el último episodio de dolor irruptivo, incapacitante o en tantos días, meses incluso años de dolor, tantos sueños rotos, tantas horas de insomnio, tantos proyectos inacabados... Cada vez que pensamos en esta u otras situaciones relacionadas con nuestro dolor persistente y en todo lo que supone, sentimos que se nos acelera el pulso, el corazón late más deprisa, nos cuesta respirar, sentimos la opresión en el pecho, sudores... Estamos ante reacciones fisiológicas que no facilitan precisamente que el dolor amaine, lo más probable es que el “círculo vicioso” dolor-tensión-más dolor aparezca con toda su crudeza.

Las técnicas de relajación y focalización de la atención van encaminadas a controlar las respuestas de tensión fisiológicas y cognitivas. Las estrategias que se presentan se basan en la relajación muscular y en la focalización de la atención mediante sugerencias de control y bienestar.

El ejercicio que se propone es una variación de la Relajación Muscular Progresiva propuesta por Jacobson (1929). La relajación muscular progresiva de los músculos, acompañada del control de frecuencia respiratoria, reduce la frecuencia del pulso y la presión sanguínea, del mismo modo que la sudoración y cuando se realiza de forma continuada produce el mismo efecto que cualquier fármaco ansiolítico. De tal manera que el hábito de responder de una manera anula el hábito de responder de la otra, la desactivación fisiológica se hará incompatible con la ansiedad.

Para realizar el ejercicio la sala debe de estar sin ruidos, con luz tenue. La mejor forma de realizarlo es tumbado en el suelo en una esterilla o colchoneta, si no es posible o se prefiere, se puede realizar sentado, con la espalda recta y la cabeza apoyada en la pared. Tumbados boca arriba, estiramos las piernas ligeramente separadas, los pies ligeramente hacia afuera, los brazos a los lados del cuerpo sin tocarlo y con las manos hacia abajo.

Cerramos los ojos, dirigimos nuestra atención hacia la respiración. Tratamos de inspirar por la nariz y expulsar el aire len-ta-men-te por la boca, muy len-ta-men-te..., como el mar cuando está completamente en calma... viene la ola, inspiramos... sin llenar del todo los pulmones... rompe suavemente en la orilla y se va... Expulsamos el aire lentamente con el mar retirándose en la orilla... Cuanto más lentamente respire, tu corazón late más despacio... la sangre fluye con menos fuerza a los músculos y no les quedará más remedio a estos que relajarse... Recuerda que para relajarte no hace falta hacer ningún esfuerzo..., solamente respirar lenta y profundamente como el mar cuando está en calma... Sigue respirando lenta y profundamente mientras realizamos los ejercicios de tensión- distensión muscular que a continuación proponemos. Levanta el brazo derecho, cierra el puño y aprieta fuerte, mientras sientes toda la tensión, desde el hombro hasta tu puño... sintiendo la tensión... Cuando diga “YA” suéltalo suelta toda la tensión y deja caer tu brazo, como una toalla mojada... y sigue respirando lentamente, mientras observas la diferencia actual de tu brazo con la anterior de tensión y cómo es mucho más agradable la sensación actual que la anterior de tensión... Realizamos una vez más el mismo ejercicio... Repetimos el ejercicio con el brazo y puño izquierdos..., recordando que no hace falta hacer ningún esfuerzo para relajarse..., solo respirar lenta y profundamente como el mar cuando está en calma..., inspirando por la nariz y echando el aire lentamente por la boca... Mientras expulsamos el aire, expulsamos un poco más de tensión de nuestro cuerpo... Nuestro pecho es como un fuelle..., se hincha y se deshincha... El tiempo para la tensión será de aproximadamente cinco segundos y el tiempo para notar la distensión de unos diez segundos...

Proseguimos con la tensión de los hombros... subiéndolos como si con ellos quisiéramos tocar las orejas... notando la tensión... y dejándolos caer... Espirando el aire..., notando la diferencia entre el estado actual y el anterior de tensión... y cómo es mucho más agradable este estado que el anterior de tensión... mientras tu cuerpo reposa tranquilamente... y tu mente en calma... Ahora podemos apretar ligeramente la cabeza hacia atrás para notar la tensión en las cervicales... repitiendo el ejercicio de tensión y distensión..., como si las cervicales fueran los hilos tensos de la cabeza de una marioneta que soltamos suavemente... Para des-

tensor el cuero cabelludo, frente y ojos... vamos a cerrar fuertemente los ojos... como si estuviéramos muy enfadados..., notando la tensión... y soltándola sin abrir los ojos..., notando la pesadez muy agradable en los párpados... como esa sensación tan placentera de antes de dormirnos... Mientras nuestros brazos están cada vez más pesados..., los hombros un poco más relajados..., la nuca un poco más relajada..., recuerda que para relajarte no hace falta hacer ningún esfuerzo..., simplemente respirar lenta y profundamente como el mar cuando está en calma... El dolor..., la ira..., la ansiedad hacen que nuestra mandíbula esté tensa... Vamos ahora a apretar la mandíbula sin hacernos daño... notando la tensión y soltando la mandíbula inferior dejando que caiga... pesada..., muy pesada..., es una pesadez muy agradable... Solo tienes que dejarte llevar... y dejar que las cosas ocurran... porque tú quieres que ocurran... Para destensar las piernas levantamos la pierna derecha... dirigiendo la punta del pie hacia tu cara... notando la tensión desde la cadera hasta la punta de los dedos... y soltando la pierna..., dejándola caer como “muerta”..., notando la diferencia que hay entre el estado anterior de tensión y el actual... y cómo es mucho más agradable este estado... que el anterior de tensión... Repetimos el ejercicio con la pierna izquierda... Ahora mantente con los ojos cerrados respirando lenta y profundamente... Hacemos un recorrido por nuestro cuerpo..., cada vez que expulsamos el aire, expulsamos un poco más de tensión... mientras una sensación de calma va invadiendo tu cuerpo... Antes de abrir los ojos vamos a contar hasta tres... Recuerda que no hay que hacer ningún esfuerzo para relajarse..., dos, solo respira lent-ta-men-te... como el mar cuando está en calma... Antes de abrir los ojos, cuando diga tres... dite la palabra “calma”...

Terminamos la sesión, pedimos retroalimentación sobre las sensaciones, en qué parte o partes del cuerpo han sentido más relajación y cuáles menos.

Durante la semana deberán realizar el ejercicio una vez al día, durante al menos 15 minutos y anotar la puntuación de 0 a 5, siendo 5 la máxima relajación obtenida.

SESIÓN 3. Técnicas de Desactivación Fisiológica y Focalización de la Atención

“Si miramos a la boca a la Giocconda, parece seria, si miramos a sus ojos sonríe”

Comenzamos la sesión revisando la práctica semanal de la relajación y el cambio atencional. Comprobamos cómo ha ido la práctica y sus dificultades, recomendando que pueden usar la respiración “condicionada” aprendida, en cualquier momento del día, cuanto más lo practiquen, mayores serán los beneficios. Las técnicas funcionan, pero hay que practicarlas.

Exponemos los objetivos de la sesión, recordando la Teoría del Control de la Compuerta, cuáles serían los factores tanto internos como externos que influyen en que se abra o se cierre y el papel de la atención. Experimentaremos con el cambio atencional, aplicando diversas técnicas para su manejo. Algunas de las técnicas las hemos entrenado en la sesión anterior con la relajación, ahora nos centraremos en la focalización de la atención con sugerencias de imaginación. Al revisar el registro de la semana, preguntamos y analizamos cómo las emociones y situaciones positivas o negativas han afectado a la experiencia de dolor.

La atención y su influencia en la percepción del dolor: La atención es limitada, no se puede atender a todos los estímulos, es la encargada de seleccionar los más relevantes para percibirlos mejor; es selectiva; estímulos o tareas se seleccionan a nivel cualitativo y cuantitativo, evitando así la sobreestimulación. ¿Qué les ayuda en su vida cotidiana a manejar el dolor? Compartiendo las distintas estrategias que ponen en marcha podremos dividir las en manejo físico (estimulación, reposo), cambio de la atención y actividades distractoras.

Procedemos a exponer dos técnicas que pueden utilizar para redirigir la atención, con técnicas distractoras y hacer la experiencia dolorosa menos estresante.

Primero realizamos un ejercicio de “distracción” que llamamos “los puntos focales”. Un punto focal puede ser un objeto, pensamiento o sensación que domina la atención. Con este ejercicio introducimos la idea de que, al focalizar la atención en un punto, los estímulos que se quedan fuera del foco de alguna manera pasan a segundo plano. El cambio de la atención cambia la percepción:

Ahora tal como estáis sentados con los pies apoyados en el suelo, cerramos los ojos y focalizamos toda la atención en nuestro pie dominante, durante un par de minutos quiero que sintáis todo lo que transmiten vuestros pies... La mayoría de las personas empiezan a sentir un pie más que el otro, a veces es el pie dominante a veces el otro..., puede que empecemos a sentir que uno de los pies esté más oprimido... o puede ser un cosquilleo... o quizá esté más caliente...

Una vez transcurrido el tiempo, pueden abrir los ojos y contar la experiencia. Las personas vivimos en el “silencio de los órganos”, por ello es tan amenazante el dolor, cuando centramos nuestra atención en una parte de nuestro cuerpo, este “cobra vida”, se hace presente. La atención cambia la intensidad de la percepción y nosotros tenemos la capacidad para cambiar esa percepción controlando nuestra atención. Quizá durante el ejercicio alguien ha podido desconectar durante algunos segundos de su dolor.

La segunda técnica consiste en “transformar la imagen del dolor”. La gran ventaja de la imaginación es que viaja con nosotros. El objetivo de este ejercicio es animar a los pacientes a conocer, explorar y usar técnicas de transformación imaginativa del dolor. La imaginación puede ser usada para modificar la experiencia dolorosa, tanto para reducir el dolor como para hacerlo menos angustioso. En este punto debemos promover la personalización del ejercicio, fomentando la creatividad. Iniciamos con la respiración lenta y profunda, tal como la hemos entrenado y pedimos a los pacientes que le den un color, pueden incluso darle un tono al color, una vez hayan elegido el color, se les sugiere que cambien de color

o su tono, mientras se les dan las sugerencias para que noten cualquier diferencia que aprecie en la calidad del dolor.

Al finalizar el ejercicio realizamos una breve puesta en común acerca de las sensaciones que han podido percibir, enfatizando la necesidad de la práctica continuada durante la semana para dominar las técnicas. Las técnicas de distracción entrenadas pueden añadirse a la técnica de relación aprendida anteriormente.

Durante la semana deberán realizar el ejercicio una vez al día, durante al menos 15 minutos y anotar la puntuación de 0 a 5, siendo 5 la máxima relajación obtenida. Anotando los sucesos estresantes que tengan durante la semana.

SESIÓN 4. Técnicas de Control del Pensamiento. Emociones y dolor crónico

*“Quién a buen árbol se arrima...,
buen árbol le cae encima”*

Iniciamos la sesión revisando los registros de acontecimientos. Reforzando la práctica de las técnicas entrenadas, los logros obtenidos y aprovechando los sucesos estresantes que presenten, para relacionar estos sucesos con el tipo de pensamientos y las emociones relacionados con el dolor.

En las sesiones anteriores hemos centrado la atención en los círculos viciosos que pueden prosperar entre las diferentes emociones y el dolor crónico: ansiedad, ira, tristeza, desesperanza, etc. La persistencia del dolor en la vida, como hemos repetido, puede llegar a convertirse en el polo en torno al cual giran todos los acontecimientos de la vida, en el que la experiencia es valorada y evaluada de forma continua, a menudo con frustración: ¿Por qué yo?, ¿durará siempre? Aquí utilizamos los ejemplos de los propios pacientes. Los efectos de este tipo de valoración son casi siempre catastrofistas, amplían las dificultades y la sensación de incapacidad centrando de nuevo la atención en el problema.

Los objetivos de la sesión serán: describir el modelo A-B-C, utilizando su registro de acontecimientos estresantes, donde A es tal acontecimiento, B el pensamiento asociado y C las emociones que suscitan. Detectar pensamientos automáticos negativos y las distorsiones cognitivas asociadas al dolor crónico y cómo este patrón de pensamiento puede generar emociones de derrota e indefensión. Enseñar métodos de revaloración y habla interna con el objeto de reinterpretar la experiencia de dolor y minimizarla.

Habrá que insistir en que los pensamientos son solo eso, pensamientos, y que son nuestros pensamientos y podemos modificar la forma de hablarnos a nosotros mismos, recordando que el nuevo pensamiento debe de ir seguido de una acción que refuerce el nuevo pensamiento, por ejemplo: “No sirvo para nada...”, sustituyéndolo por: “Yo puedo hacer tal cosa, quizá más despacio, pero voy a hacerlo...”. Llamamos “pensamientos irracionales” a aquellos que nos hacen sentir exageradamente mal: todo, nada, nunca, siempre...serán nuestros objetivos que cambiar. Las distorsiones cognitivas más habituales en el dolor crónico pueden ser:

El filtrado negativo.

La lectura de la mente de los demás.

La falacia de control.

La culpa.

El pensamiento dicotómico, la generalización, los debería y la anticipación negativa.

La pregunta será “¿y tú de quién eres?”. Una vez identificadas las distorsiones cognitivas y los pensamientos irracionales, pasamos al entrenamiento en técnicas de revalorización y control del habla interna, mediante: La crítica del pensamiento y el debate “socrático”: ¿Es objetiva? ¿Se ajusta a la realidad? ¿Es útil? ¿Ayuda a conseguir tus metas? ¿A eliminar conflictos? Y pedimos mediante “tormenta de ideas” que sustituyan tales pensamientos por otros que generen emociones de esperanza.

De modo que ensayamos la identificación de la emoción. La identificación de la situación en la que se presenta y el pensamiento automático asociado. La discusión o debate, la crítica del pensamiento y la búsqueda de pensamientos alternativos.

En ello consistirá el registro de acontecimientos de la semana:

SITUACIÓN	PENSAMIENTO	SENTIMIENTO	NUEVO PENSAMIENTO	NUEVO SENTIMIENTO



Foto: Chermiti Mohamed

Finalizamos la sesión con diez minutos de relajación y focalización de la atención con sugerencias de calma y el mensaje “Yo puedo”.

SESIÓN 5. Activación Conductual

“¿Cómo retomas el hilo de una vida?”

La Teoría del Aprendizaje Operante ha demostrado que el comportamiento se regula en función de sus consecuencias, estos principios fueron aplicados a la experiencia de dolor por Fordyce y sus colaboradores en la primera clínica del dolor en el mundo. El modelo establece que aquellos comportamientos relacionados con el dolor que son reforzados tienden a mantenerse en el tiempo, mientras que el no refuerzo o el castigo de comportamientos saludables conducen a su extinción. Los resultados que pueden funcionar como reforzadores de conductas de dolor incluyen la reducción de la intensidad del dolor, la inhibición del miedo relacionado con el dolor, la agradable sensación de descanso y la atención brindada por otras personas importantes. Hay actividades que se siguen haciendo y otras que se dejan de hacer, el miedo provoca la evitación de actividades que nos gustaban o que forman parte

de nuestra vida cotidiana, o bien que nos proponen y entramos en otro círculo vicioso en el que aprendemos que hay muchos peligros, con serias consecuencias. El exceso de actividad puede ser perjudicial, pero también lo es la inactividad. Quizá podamos hacer que el dolor se adapte a nuestra vida en lugar de adaptar nuestra vida a él. Se sabe que las “conductas protectoras”, en particular la hipervigilancia, predicen la incapacidad a la que se puede llegar, además de aumentar los síntomas depresivos y la pérdida de condición física.

El objetivo de la sesión no será tanto disminuir la experiencia de dolor, sino de aumentar el funcionamiento “a pesar del dolor”. La base de la intervención requiere un análisis de la información dada por los pacientes: Patrones de tiempo habituales de dolor, actividades asociadas a aumento o disminución del dolor, comportamientos de dolor y la respuesta de su entorno, comportamientos saludables y la respuesta de su entorno a ellos, pérdida de actividades gratificantes y las competencias para cumplir con la actividad social, laboral, familiar o de otro tipo.

Nos vamos a centrar hoy en la activación conductual y la importancia del ejercicio físico. Las ideas fundamentales serán: la actividad graduada y el “pacing”, que implican dividir

la actividad en partes pequeñas y alternarla con pausas. Razonamos cómo la realización continua de una actividad hasta el nivel de tolerancia exagera el dolor, dejándonos con la necesidad de un descanso prolongado antes de volver a estar activos, el descanso se ve reforzado negativamente por la reducción del dolor y después de un tiempo, volvemos a estar activos para compensar el tiempo perdido hasta que el dolor vuelve a ser intolerable, quedando atrapados en otro círculo vicioso de hiperactividad-hipoactividad. Para tomar descansos en el momento adecuado hay que dejar de confiar en la aparición del dolor como línea que marque dicho descanso y utilizar una alarma a modo de temporizador como recordatorio de la interrupción de la actividad y del periodo de descanso. Es mejor muchos pocos que un mucho de golpe.

Se sabe que las interrupciones bruscas de las actividades tienen consecuencias cognitivas y afectivas adversas, que conducen a una mayor discapacidad. Por otro lado, los descansos predecibles podrían facilitar la preparación para la

reanudación de la actividad, aumentando así el funcionamiento y la autoeficacia. Además, confiar en señales distintas del dolor para iniciar y terminar una pausa puede generar una necesidad de focalizar la atención en otros estímulos que no sean el dolor. Realizaremos un listado de actividades que hayan dejado de realizar o disminuido por causa del dolor o el miedo a que éste aparezca. Tras una puesta en común y análisis de los motivos, establecemos un listado de actividades que les gustaría retomar, dentro de las posibilidades realistas de cada uno. Establecemos una jerarquía y realizamos un diario de actividades realistas, remarcando que los objetivos son siempre individuales y dirigidos a aumentar la calidad de vida.

Finalizamos la sesión con diez minutos de relajación y focalización de la atención con sugerencias de calma y el mensaje “Yo puedo”.

Como registro para la semana recomendamos un “diario” de actividades diarias, para obtener retroalimentación sobre su progreso en relación con los objetivos (realistas) inicialmente establecidos.



Foto: Pavel Damiyuk

SESIÓN 6. Comunicación Afectiva y Efectiva. Asertividad

“No es lo mismo solo dolor que solo dolor en soledad”

En la sesión anterior hemos apreciado algunos comportamientos de dolor y la respuesta de su entorno al igual que algunos comportamientos saludables y la respuesta de su entorno a ellos. ¿Cómo reacciona nuestro entorno, familia, amistades, ante nuestras muestras de dolor? Comentamos el registro de actividad de la semana animando a seguir con ello y analizando las dificultades, resaltando la importancia de las diferencias individuales y la adecuación de las estrategias a la idiosincrasia personal.

A diferencia del modelo biomédico tradicional, que se centra en la intensidad del dolor como causa de la discapacidad y objetivo del tratamiento, el modelo operante reconoce los comportamientos relacionados con el dolor como parte importante del problema. Los comportamientos relacionados con el dolor, es decir, acciones, verbalizaciones o expresiones faciales que se producen en respuesta al dolor, pueden ser adaptativos cuando el dolor es agudo, ya que facilitan la minimización del daño al protegerse uno mismo de la fuente del dolor o al obtener apoyo de otros comunicando angustia y peligro, conductas de dolor comunicativas y protectoras, respectivamente. Sin embargo, estos comportamientos pueden volverse disfuncionales cuando persisten a pesar de la ausencia de peligro.

Es crucial que los pacientes hablen con los familiares y amigos sobre qué es lo mejor que pueden hacer para ayudarles. En este sentido se les anima a que pidan a su familia y amistades que reconozcan, estimulen y refuercen sus intentos para acrecentar sus actividades y retomar su vida normal (la vida “normal”, estará determinada por las metas y objetivos realistas personalizada, no por lo que cualquier profesional de la salud crea). Tras mucho

tiempo de “utilizar” el dolor como método para comunicar molestias y deseos, es hora de entrenarnos en una comunicación efectiva y afectiva, a este tipo de comunicación le llamaremos asertiva. La finalidad es que reemplacemos las conversaciones sobre el dolor, cuando sea posible, por la comunicación lo más clara y directa de nuestras necesidades, además de asertiva (expresión clara y directa de lo quiero, deseo y siento...), la comunicación es más efectiva cuando es afectiva, es decir contando con los sentimientos de los otros. Exponemos en este momento la diferencia entre comportamiento pasivo, agresivo y asertivo.

Se ejercita, mediante ensayo de conducta, distintas situaciones personales, las técnicas de banco de niebla, disco rayado, aserción negativa, expresión y recepción de emociones positivas y negativas y críticas.

Finalizamos la sesión con diez minutos de relajación y focalización de la atención con sugerencias de calma y el mensaje “Yo puedo”.

El registro de aconteceres de la semana consistirá en anotar aquellas situaciones sociales en que hayan podido ser asertivos y las emociones asociadas, con el grado de satisfacción obtenida.

SESIÓN 7. Fijación de Metas. Creando nuevos ambientes

“Seamos realistas, pidamos lo imposible”

Iniciamos la sesión revisando el registro de aconteceres, haciendo especial énfasis en los cambios obtenidos y su relación con la satisfacción personal, mejora de las relaciones y alivio del dolor.

En este momento es el “momento”, de valorar con los pacientes, las expectativas que tenían previas al inicio del tratamiento y el grado en que han sido capaces de iniciar cambios en su estilo de vida. A partir de los logros y/o de las

dificultades referidas entramos en la fase de prevención de recaídas y mantenimiento del cambio. Tres procedimientos psicológicos van a ser fundamentales para ello: establecimiento de metas, autoinstrucciones e inoculación de estrés. Son procedimientos que van englobando las técnicas aprendidas durante el tratamiento.

Las metas siempre serán individuales, son objetivos que nos ayuden a sentirnos realizados, a superarnos o a llevar mejor nuestra situación vital. Tener objetivos realistas acerca del futuro favorece permanecer activo y afrontar las situaciones desde la perspectiva de un reto, más que un obstáculo insalvable. Las metas deben cumplir una serie de características: ser concretas, realistas, personales y medibles. Ser realistas con esperanza: Divide la meta en submetas. Ponte plazos. Planifica consecuencias gratificantes por cumplirlas. Prémiate, te lo mereces. Haremos una consideración del estilo de vida y de los cambios que les gustaría potenciar en cada una de sus áreas:

AUTOCUIDADO	FAMILIA/PAREJA
RESPONSABILIDADES	TIEMPO LIBRE

Se trata de activarse conductualmente, de poner énfasis en los intentos sistemáticos de incrementar conductas que hagan probable el contacto con las contingencias ambientales “reforzantes” y produzcan a su vez cambios en el pensamiento, el humor y la calidad de vida.

Naturalmente, se trata de activarnos en la medida de nuestras posibilidades del momento y de acuerdo con nuestros intereses. No se trata de incrementar simplemente la actividad, sino de la relevancia que tenga para nosotros. El objetivo será rehacer la vida, incluso a pesar de “estar mal”, esperando que los cambios refuercen el cambio de pensamientos y el humor.

Finalizamos la sesión con diez minutos de relajación y focalización de la atención con sugerencias de calma y el mensaje “Yo puedo”.

El registro de aconteceres de la semana consistirá en anotar las metas que se hayan podido cumplir y aquellas que no hayan sido posibles, de modo que podamos analizar los motivos de su no cumplimiento. Se les entrega así mismo el registro de la primera sesión en la que anotarán, tal cual se les dio las indicaciones, la intensidad percibida de dolor, en diferentes horas del día y la toma de medicación analgésica.

SESIÓN 8. Mantenimiento del cambio. Autointervención

*“El dolor es lo que el paciente siente,
cuando dice que siente dolor”*

Iniciamos la sesión compartiendo el registro de aconteceres de la semana, reforzando las metas y los cambios conseguidos en el estilo de vida y analizando las dificultades para realizar los cambios. Animando a los pacientes a continuar poniendo en práctica las estrategias, técnicas y habilidades aprendidas. Hoy nos proponemos como objetivo de la sesión alentar su capacidad de ser ellos mismos los promotores de su cambio, su propio “científico personal”. El segundo objetivo de la sesión es el compartir los temores de la finalización del tratamiento.

El dolor se individualiza y se aprende. Es una experiencia emocional y los aspectos psicosociales de dicha experiencia son esenciales para comprenderla y aliviarla. Recordamos que la experiencia dolorosa es como un puzzle, es “uno

y trino”, una experiencia sensorial-perceptiva, motivacional-afectiva y cognitiva-evaluativa; cada uno de estos factores actúan de manera sinérgica y no por separado. Si no atendemos a cada uno de los componentes de la experiencia de dolor estamos haciendo “un pan como unas tortas”. En todo tratamiento se hace necesaria la preparación para mantener los cambios producidos en el estilo de vida.

Nos hemos referido en la sesión de fijación de metas a tres procedimientos psicológicos que van a ser fundamentales para ello: establecimiento de metas, autoinstrucciones e inoculación de estrés. Son procedimientos que van englobando las técnicas aprendidas durante el tratamiento. Hoy vamos a desarrollar la Técnica de Inoculación de Estrés (I.E.), para la cual es necesario que cada participante cree sus propias autoinstrucciones o autoverbalizaciones que son necesarias para cada fase del procedimiento. La inoculación de estrés es sumamente útil para reducir la ansiedad general y la angustia ante nuevos acontecimientos que puedan desembocar en dolor o ante el dolor mismo.

De lo que se trata es de que identifiquemos la ansiedad o cualquier otra emoción o situación en sus primeros niveles, cuanto más pronto lo identifiquemos, antes podremos conseguir que el dolor no se “dispare”. Es el momento de insistir en el mantenimiento del cambio, de aplicar lo que hemos aprendido, de asumir la responsabilidad de la propia intervención: afianzamiento de los cambios y habilidades aprendidas, aplicación en ambientes nuevos y fomentar la autonomía. De detectar cualquier desajuste, de fomentar el autocontrol.

Con este procedimiento, I.E., podemos integrar las estrategias aprendidas para reducir la intensidad y aversividad del dolor, incluidos los episodios de dolor irruptivo. La I.E. se desarrolla en tres fases:

1 — Fase educativa: Todo lo relacionado con la experiencia de dolor, el marco conceptual del que hemos partido y expuesto durante las sesiones precedentes.

2 — Fase de adquisición de habilidades:

Aquellas que hemos aprendido y practicado en las semanas anteriores. En esta fase es donde los pacientes crearán sus propias autoinstrucciones (A.I.) en colaboración con el terapeuta; estas A.I. serán las que nos preparan ante el “estresor”, dolor o emociones y situaciones que hacen más probable su aparición. Estas A.I. serán específicas para cada uno de los pasos. Pondremos algunos ejemplos.

A— Preparación para la aparición dolor: “Ya se acerca la hora; puede que aparezca el dolor...” “No voy a preocuparme, no sirve para nada...” “Voy a concentrarme en lo que en lo que debo hacer...” “Sé que puedo lograrlo...”

B— Afrontamiento: “Voy a mantener el control...” “A mantener la calma...” “Las técnicas que he aprendido funcionan...”

C— Manejo de las emociones: “Nada de miedo...” “Respiro profundamente...” “Voy a relajarme...”

D— Autorrefuerzo: “Lo he conseguido...” “Puedo disminuir... incluso no sentir el dolor...”

3 — Fase de aplicación de las técnicas:

En la que ponemos en marcha las técnicas aprendidas.

Terminamos la sesión, con tiempo suficiente para la expresión emocional de los pacientes en cuanto la experiencia vivida en el grupo y la despedida. El tratamiento psicológico no solo no es incompatible con el tratamiento médico, sino que además aumenta la eficacia de este.

CONCLUSIONES

No hay soluciones mágicas, pero un trabajo constante y sostenido da sus beneficios.

El dolor crónico impacta negativamente tanto en la funcionalidad como en la dimensión



Foto: Kássia Melo

emocional y calidad de vida de la persona que lo padece y sus familias, además de generar insatisfacción respecto al tratamiento recibido para paliarlo. En este sentido, resulta imprescindible el abordaje psicológico con el fin de reducir el impacto en las diversas dimensiones de la vida diaria de la persona que lo padece, en el mayor grado posible. La propia experiencia del dolor y la pérdida de funcionalidad que en ocasiones conlleva, contribuyen al deterioro de las relaciones sociales y familiares, en las esferas laboral y educativa y en la autonomía personal.

“Las intervenciones psicológicas en grupo han mostrado ser de ayuda a los pacientes afectados de dolor crónico, ya que les permiten afrontar mejor sus problemas de dolor, ofrecer un espacio para compartir problemas y experiencias, disminuir la sensación de aislamiento, entre otros aspectos”, Gentry y Owens (1986).

Aunque la terapia grupal favorece el desahogo y la ventilación emocional, no debe convertirse en una reunión de pacientes verbalizando su malestar y su queja, algunas personas que nunca han participado en un grupo de terapia pueden tener el prejuicio de que se trata simplemente de una reunión de pacientes para hablar de sus problemas y desahogar sus penas, sin embargo, se trata de un trabajo terapéutico con unos objetivos muy concretos. El terapeuta debe ocuparse de evitar las retroalimentaciones negativas entre los pacientes y dirigir la sesión hacia reflexiones constructivas que favorezcan el aprendizaje interpersonal y la cohesión grupal. Cualquier cambio precisa de acción, enfrentarse a las dudas y los miedos y buscar alternativas diferentes a aquello que nos está manteniendo en el foco del sufrimiento.

Mantener una actitud positiva ante la enfermedad es el primer y más decidido paso para mantener el control de la vida y evitar que sea el dolor quien la gobierne. No es una empresa fácil, pero tampoco imposible. Utilizar diversas técnicas psicológicas puede ser de gran ayuda para manejar con éxito el dolor.

BIBLIOGRAFÍA

- Bazako, E. (2003). Aspectos psicosociales del dolor en cáncer. En M. Die; *Psico- Oncología*. Madrid. ADES.
- Bazako, E. (2003). Intervención psicológica en una unidad de dolor. En E. Remor, P. Arranz y S. Ulla; *El psicólogo en el ámbito hospitalario*. Bilbao. Desclee De Brouwer.
- Bazako, E. (2021). Repercusiones del dolor oncológico sobre la esfera emocional. Sufrimiento. En C. Ferrer, F. Villegas y D. Alarcón; *Diagnóstico y tratamiento del dolor asociado al cáncer*. Barcelona. Edikamed.
- Bazako, X, González, C. y Jambrina, E. (2016). *Programa de Manejo y Control del Dolor Crónico*. Centro de Salud Numancia. Universidad Complutense Madrid.
- Díaz M. Comeche M. y Vallejo M. (2009) Guía de tratamientos psicológicos eficaces en dolor crónico. En: Pérez M. *Guía de tratamientos psicológicos eficaces II*. Madrid. Pirámide.
- Domínguez-Trezo, B. y Olvera López, Y. (2005) Dolor y Sufrimiento Humano. (UNAM) *Técnicas no invasivas para el manejo del dolor crónico*. México. Trillas.
- Fordyce W.E. (1976) *Behavioral methods for chronic pain and illness*. Saint Louis. Mosby
- Gentry, W.D. y Owens, D. (1986). Pain Groups. En A.D. Holzman y D.C. Turk, (Eds.), *Pain Management. A Handbook of Psychological Treatment Approaches*. Nueva York. Pergamon Press.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona. Ediciones Martínez Roca. S.A.
- Loeser, J. Bonica (2001). *Terapéutica del Dolor*. México. McGraw-Hill-Latinoamericana.
- Melzack R. y Wall P. (1988) *The Challenge of Pain*. Londres. Penguin Books.
- Melzack, R. y Wall, P. D. (1965) Pain mechanism: a new theory. *Science*; 150: 971-979.
- Miró, J. (2003). *Dolor Crónico. Procedimientos de evaluación e intervención psicológica*. Bilbao. Desclee De Brouwer.
- Moix, J. y Kovacs, J. (2018). *Manual del dolor. Tratamiento cognitivo conductual del dolor crónico*. Barcelona. Paidós.
- Penzo, W. (1989). *El dolor crónico*. Barcelona. Martínez Roca.
- Redondo M. y León L. (2014) *El Dolor*. Madrid. Grupo 5.
- Reynoso, R., Becerra, A. (2014) *Medicina Conductual: Teoría y Práctica*. México. Qar tuppi.
- Turner J. y Romano J. (2003) Terapia cognoscitiva-conductual del dolor crónico. En: Loeser J. Bonica *Terapéutica del Dolor. Vol. II*, Tercera edición. México, McGraw-Hill, 2074-2084

ANUARIO ABIERTO

CASOS CLÍNICOS



CASO 1

REGULACIÓN EMOCIONAL Y MANEJO DE LA ANSIEDAD: TRABAJANDO DESDE UN ENFOQUE GRUPAL

Lucía Díaz Riola

lucia.diaz.riola@sergas.es

Leire Meabe Sotomayor

leire.meabe.sotomayor@sergas.es

Residentes de Psicología Clínica del Área Sanitaria de Ferrol

SUMARIO

GALEGO

RESUMEN

Los trastornos de ansiedad y depresión presentan elevada comorbilidad entre ambos. Uno de los factores que tienen en común es la dificultad para la regulación emocional. Estos son, en muchas ocasiones, los principales motivos de consulta por los que se derivan pacientes a las Unidades de Salud Mental.

En los últimos años han surgido varios modelos explicativos llamados transdiagnósticos para agrupar los factores implicados en este tipo de trastornos. Esto ha llevado a la aparición de diferentes tratamientos basados en estos modelos, tanto en formato individual como grupal.

En este estudio ofrecemos un resumen de los resultados obtenidos en la terapia grupal basada en el Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales, de David H. Barlow, implantado con pacientes que recibían seguimiento en una de las Unidades de Salud Mental del Área Sanitaria de Ferrol.

PALABRAS CLAVE — Terapia grupal, ansiedad, depresión, regulación emocional, tratamiento transdiagnóstico.

ABSTRACT

Anxiety and depressive disorders have high comorbidity between them. One of the factors they have in common is the difficulty for the emotional regulation. Many times, these are one of the main reasons to refer patients to Mental Health Centers.

In recent years, different explanatory models called transdiagnostic have surged to group factors that are involved in these disorders. This has led to the emergence of treatments based on these models, both in individual and group format.

In this study we provide an abstract of the results obtained in the group therapy based in David H. Barlow's Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders, which was implanted with patients who have follow-up in one of the Mental Health Centers of the health area of Ferrol.

KEY WORDS — Group therapy, anxiety, depression, emotional regulation, transdiagnostic treatment.

INTRODUCCIÓN

A pesar de que tanto las entidades de depresión como de ansiedad están claramente definidas en los manuales, en la práctica clínica la diferenciación entre ambas no es tan evidente, dado que hay una fuerte asociación entre ambas. Teniendo en cuenta datos epidemiológicos, se evidencia la elevada comorbilidad entre ambos diagnósticos. Así, desde el estudio Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS), se concluyó que el 92% de las personas participantes en el mismo había experimentado síntomas de depresión, porcentaje igual al de personas que habían experimentado ansiedad. En otro estudio realizado tanto en población clínica como general se apreció que alrededor de la mitad de las personas que padecían un trastorno depresivo mayor cumplía también criterios para uno o más trastornos de ansiedad.

Puede que lo mencionado anteriormente sea una de las razones por las cuales en la actualidad están surgiendo nuevos enfoques orientados tanto a la conceptualización como al trabajo conjunto dirigido a ambas problemáticas.

En los últimos tiempos, comenzó a surgir la denominación de “transdiagnóstico” para hacer referencia a un nuevo enfoque psicológico y psicopatológico que implica una nueva conceptualización de los trastornos mentales. Este modelo transdiagnóstico de los trastornos emocionales se estructura en cinco niveles dispuestos jerárquicamente, que serían: un primer nivel constituido por el afecto negativo, dos niveles intermedios en los que se reflejan los rasgos clínicos y las respuestas de afrontamiento, y dos niveles inferiores que engloban los trastornos emocionales y los síntomas clínicos.

Así, desde dicho enfoque se contempla que ciertos grupos de trastornos mentales tienen en común una serie de procesos cognitivos y

conductuales causales y/o de mantenimiento de los mismos. De todos ellos, los más estudiados han sido los trastornos de ansiedad y depresivos, los cuales comparten muchos de estos procesos, aspecto entre otros por el cual quedaría justificada su elevada comorbilidad. De hecho, la ansiedad y la depresión pocas veces se dan como entidades puras. Pero esta afirmación de que tanto ansiedad como depresión comparten cierta sintomatología no es algo novedoso; recordemos ya que Clark y Watson (1991) propusieron su Modelo Tripartito de la Ansiedad y Depresión en el que planteaban lo que ellos denominaron “alto afecto negativo” como dimensión común a ambas entidades. Como comentamos, en los actuales modelos transdiagnósticos se sigue contemplando el afecto negativo (o neuroticismo) como un constructo transdiagnóstico de nivel superior y se relaciona etiológicamente con todos los trastornos emocionales.

Por todo lo anterior, para llevar a cabo este tratamiento grupal decidimos basarnos en el Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales, de David H. Barlow. Este protocolo es aplicable principalmente a los trastornos de ansiedad y a los trastornos afectivos, pero también a otros trastornos con un elevado componente emocional.

La lógica de este tratamiento parte de que el déficit en las habilidades de regulación emocional es una característica fundamental de los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo. La regulación emocional influye en la aparición, intensidad, expresión y experiencia de las emociones y la ineficacia en la misma contribuye a desarrollar y mantener la ansiedad y los trastornos del estado de ánimo.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Nuestro programa grupal estaba dirigido a personas que presentaran trastornos de ansiedad y/o depresión, o bien sintomatología ansioso-depresiva con riesgo de evolucionar hacia un trastorno de ansiedad o depresivo.

Establecimos como criterios de exclusión el tener un diagnóstico de trastorno bipolar I o II, un trastorno de la personalidad, un trastorno del espectro psicótico, un trastorno del espectro autista, discapacidad intelectual, un trastorno de la conducta alimentaria, deterioro cognitivo y consumo de sustancias activo.

Planteamos un criterio de edad que abarcara desde los 18 a los 60 años, pero finalmente, por mera casualidad, las pacientes que participaron estaban comprendidas entre los 21 y los 34 años. Inicialmente, el grupo estaba pensado para constar de un total de 6 participantes pero, por diferentes motivos personales de algunos miembros, el número final fue de 4 personas, coincidiendo además que todas ellas eran mujeres, lo cual está en consonancia con el hecho de que estas entidades sean más frecuentes en población femenina.

MOTIVO DE CONSULTA

Estas pacientes fueron derivadas desde una de las Unidades de Salud Mental con que cuenta el Área Sanitaria de Ferrol. La profesional responsable del área de Psicología Clínica de dicha unidad pudo derivarnos pacientes bien hablándolo directamente con las residentes o bien enviándonos un correo electrónico facilitándonos los datos. De igual modo, se acordó con esa profesional que, una vez finalizado el grupo, se analizaría cada caso particular para valorar un seguimiento individual o el alta en consultas de Psicología Clínica.

OBJETIVOS

Los objetivos que nos planteamos con la puesta en marcha de este programa grupal fueron, entre otros, ayudar a que las participantes aprendieran cómo afrontar y experimentar emociones incómodas sin sentir la necesidad de evitarlas y cómo responder a la mismas de un modo más adaptativo; fomentar hábitos de regulación emocional que permitieran a las participantes un mejor manejo de sus experiencias emocionales; enseñarles a desafiar sus interpretaciones negativas y ansiógenas e incrementar su flexibilidad cognitiva y fomentar la capacidad de las participantes para exponerse a situaciones y emociones que pudieran provocarles ansiedad.

INTERVENCIÓN: ESTRUCTURA Y MATERIALES EMPLEADOS

Las sesiones grupales fueron un total de 8, llevadas a cabo semanalmente y en horario de 16:30 a 18:00 horas. Realizamos todas las sesiones grupales en una sala provista con un espejo unidireccional, detrás del cual estaba siempre supervisándonos una de las psicólogas clínicas del Área.

La estructura de cada sesión era la siguiente: repaso de los ejercicios para casa, presentación de las diapositivas y trabajo grupal con el material aportado por las participantes y entrega de las escalas a cubrir *in situ* por las participantes.

Previo al inicio de las sesiones grupales, citamos a cada participante para realizar una entrevista individual, en la que analizamos cada caso concreto, explicamos el formato grupal, los objetivos y establecimos las normas básicas de participación. De igual modo, una vez finalizada la última sesión grupal, dejamos pasar un mes y citamos de nuevo a las participantes para una sesión individual en la que valorar

los resultados alcanzados, el estado actual, así como la necesidad de continuidad de tratamiento psicológico en la USM o el alta terapéutica.

Tanto en la entrevista pregrupo como al finalizar cada una de las sesiones grupales, cada participante cubrió una Escala de Ansiedad y una Escala de Depresión (tomadas del Protocolo Unificado de Barlow), que serían los instrumentos que nos servirían para evaluar la progresión de cada una de ellas.

Los materiales empleados fueron diapositivas realizadas por las residentes que proyectamos en una pantalla en la sala grupal, en las cuales basábamos nuestras explicaciones. También nos servimos de la entrega de ejercicios para realizar intersesiones, así como del registro de los niveles de ansiedad y depresión en las escalas previamente mencionadas.

Describimos a continuación de forma muy resumida el contenido de las 8 sesiones que tuvieron lugar:

- Iniciamos la primera sesión realizando una breve conceptualización de la ansiedad y su sintomatología, así como pidiendo a las participantes que realizaran un ejercicio de balance decisional de cara a aumentar su motivación por el cambio.
- En la segunda sesión nos centramos en explicar el modelo de los tres componentes de las experiencias emocionales, así como el modelo ARCO (siglas correspondientes a Antecedentes, Respuestas y Consecuencias de las respuestas emocionales).
- La tercera sesión estuvo enfocada a trabajar las manifestaciones fisiológicas de las experiencias emocionales, así como a dotar a las participantes de estrategias para su manejo, entre las que destacan la relajación progresiva y la respiración diafragmático-abdominal.
- La cuarta sesión estuvo enfocada a trabajar la dimensión cognitiva de las emociones,

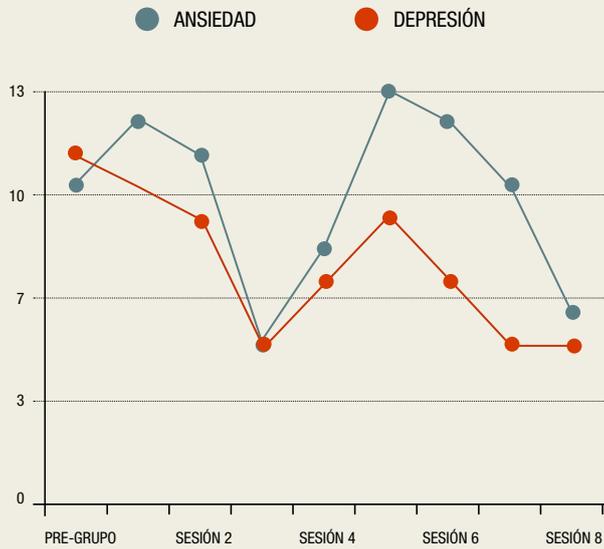
explicando fundamentalmente los conceptos de “pensamientos automáticos” y de “flexibilidad cognitiva”.

- La quinta sesión se dedicó al concepto de evitación emocional.
- En la sexta sesión hablamos de la importancia de las sensaciones físicas de las emociones y de la necesidad de no evitarlas.
- En la séptima sesión trabajamos sobre los fundamentos de las exposiciones e indicamos a las participantes cómo realizar una jerarquía de exposición que poder aplicar en su vida.
- La octava sesión estuvo dedicada a repasar todo lo trabajado en las sesiones anteriores, analizar qué aspectos del grupo valoraron como positivos, qué aprendizajes consideraban que habían adquirido y, en definitiva, a permitir a las participantes expresar cualquier pensamiento que quisieran compartir en relación a su participación en la terapia grupal.

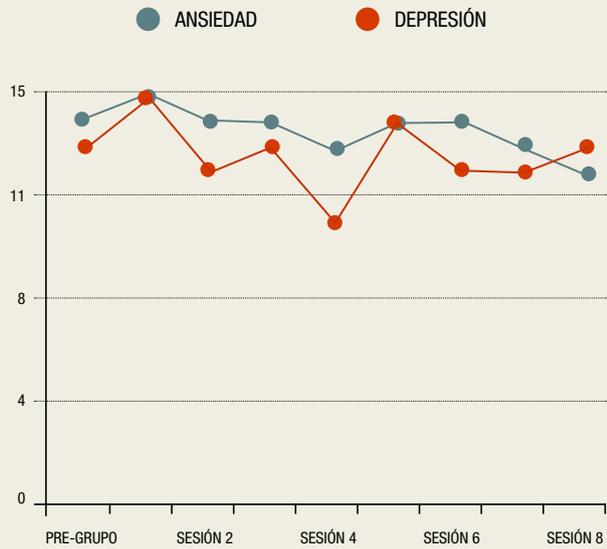
RESULTADOS

A continuación aparecen diferentes gráficas que reflejan de un modo visual los resultados obtenidos por cada participante en el grupo.

Participante 1:



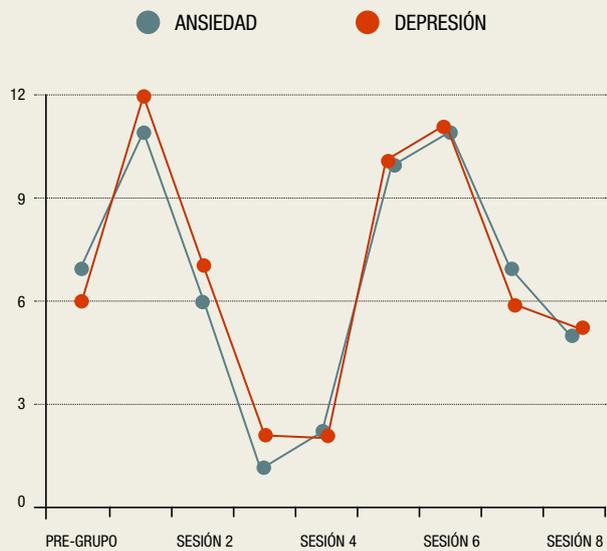
Participante 2:



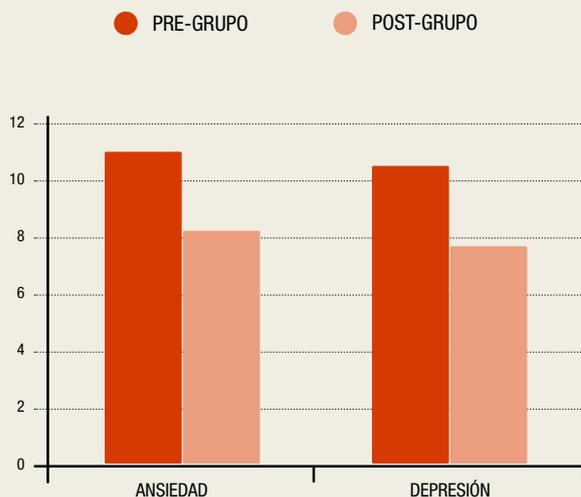
Participante 3:



Participante 4:



Medias de las puntuaciones de las Escalas de Ansiedad y Depresión comparando las aplicaciones pregrupo y posgrupo



Como se puede observar en las gráficas, tanto las puntuaciones de ansiedad como de depresión han sufrido un descenso en relación a las medidas antes de iniciar el grupo y una vez finalizado el mismo. No obstante, y debido al reducido tamaño de la muestra, así como a la homogeneidad de las participantes en cuanto a edad y género, los resultados deberían interpretarse con la suficiente cautela. No pretendemos con este proyecto proporcionar unos resultados extrapolables o generalizables a un amplio rango de población, sino ejemplificar cómo una terapia grupal limitada en el tiempo puede producir efectos positivos en personas con sintomatología ansioso-depresiva de moderada intensidad.

Tras haber realizado las entrevistas posgrupo y compartido los resultados e impresiones con la persona encargada de hacer las derivaciones, se acordó en consenso con las pacientes que dos de ellas continuarían en seguimiento individual y otras dos recibirían el alta clínica. En la actualidad, tres de las participantes es-

tán dadas de alta, mientras que solo una continúa a seguimiento, apreciándose, no obstante, en ella una favorable evolución.

Nos gustaría hacer mención al feedback recibido por las participantes en las sesiones individuales post-grupo.

Todas las participantes valoraron como positiva su participación en el grupo y destacaron que el mismo les sirvió para aprender a conocerse mejor a ellas mismas, aprender diferentes recursos que les ayudaron a manejar mejor situaciones de ansiedad o sobrecarga en su día a día. De estos recursos destacaron el entrenamiento en respiración, la detección de pensamientos automáticos negativos y la identificación de sus respuestas fisiológicas de ansiedad/depresión.

Cabe mencionar también que una de las participantes, quien contaba con una situación familiar bastante compleja y mostró desde el inicio unos niveles de sintomatología más elevados que el resto de participantes, formuló el deseo que había tenido de contar con un espacio de ventilación emocional propio e independiente de la participación en el grupo dado que, aunque se sintió cómoda, no se vio capaz de compartir determinadas experiencias con el resto del grupo.

CONCLUSIONES

Todo lo expuesto anteriormente hace referencia a la primera edición de este programa grupal que pusimos en práctica las residentes del Área Sanitaria de Ferrol. Actualmente hemos realizado ya una segunda edición y estamos preparando la tercera. El objetivo de continuar con futuras ediciones es diverso: por un lado, que las residentes tengamos la oportunidad de enfrentarnos al manejo de sesiones grupales, tan diferentes en cuanto a dinámica de las sesiones individuales; por otro, contribuir a que la demanda asistencial a la que se ven sometidas las Unidades de Salud Mental

disminuya en cierto modo y procurar dar un seguimiento más próximo en el tiempo a pacientes que presentan una sintomatología que consideramos se puede beneficiar de dicho planteamiento.

Somos conscientes de que queda mucho por mejorar y de cara a futuras ediciones decidimos realizar una serie de cambios, entre los que destacan reformular el criterio de edad, incluir más ejercicios que propicien la creación de un mejor clima grupal, modificar la disposición de los asientos, haciendo que las terapeutas nos coloquemos integradas en un círculo con los participantes para que se nos perciba como una parte activa del grupo, no vestir las batas blancas, ya que ello puede dar lugar a que los participantes nos vean como unas figuras ajenas a ellos y, en parte, como modelos de autoridad en lugar de como elementos que forman parte del grupo.

A pesar de los múltiples fallos que como residentes de Psicología Clínica de primer y segundo año hayamos podido cometer, valoramos como muy positiva esta iniciativa y afrontamos con ilusión las futuras ediciones.

BIBLIOGRAFÍA

Agudelo, D., Buela-Casal, G., Donald, S.C. (2007). Ansiedad y depresión: el problema de la diferenciación a través de los síntomas. *Salud Mental* 30(2): 33-41.

American Psychiatric Association. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª edición). Editorial Médica Panamericana.

Barlow, D. (2015). *Protocolo Unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales*. Alianza Editorial.

Belloch, A., Sandín, B., Ramos, F. (2020). *Manual de psicopatología*. McGraw Hill.

Caballo, V., Salazar, I., Carrobbles, A. (2014). *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos*. Pirámide.

World Health Organization. (2000). *Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Editorial Médica Panamericana.

Yalom, I., Vinogradov, S. (1996). *Guía breve de psicoterapia de grupo*. Paidós.



CASO 2

LA MAGIA DE LOS GRUPOS

Rocío López Díaz

PIR 4 HU Virgen Macarena Sevilla

Carlos Díaz Marcelo

FEA Psicología Clínica USMIJ HU Virgen Macarena Sevilla

Elisa Llamas López

FEA Psiquiatría USMIJ HU Virgen Macarena Sevilla

Ana Pérez Romero

MIR 4 HU Virgen Macarena Sevilla

carl_diaz82@hotmail.com

SUMARIO

GALEGO

“La creatividad es una manera de luchar ante la angustia de ser mortal”

Irene Vallejo

RESUMEN

Traemos un relato acerca de un grupo operativo para mujeres madres que ha tenido lugar en la Unidad de Salud Mental Infantojuvenil del Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla. Hemos realizado una historia de este viaje en grupo con las observaciones anotadas en las sesiones.

Queremos describir lo que nos ha parecido terapéutico y reparador de estas sesiones que va más allá de cualquier técnica y que tiene que ver sobre todo con lo humano y los factores comunes grupales descritos por Irving Yalom: cohesión de grupo, esperanza, universalidad, altruismo, desarrollo de nuevas técnicas de socialización, aprendizaje interpersonal, transmisión de información, conducta imitativa, catarsis, recapitulación correctiva del grupo familiar primario y factores existenciales.

Nos parece importante señalar también la importancia de la carga que ha asumido y asume la mujer en esta sociedad, cosa que se ha puesto de manifiesto en estas sesiones y es de vital importancia para su salud y la de sus hijos.

PALABRAS CLAVE — Grupo operativo, lectura de emergentes, maternidad, género, factores grupales comunes.

ABSTRACT

We bring a story about an operative group for “women-mothers”, which has taken place in the Child and Adolescent Mental Health Unit of the Virgen Macarena Hospital in Seville. We have made a story of this trip with the observations noted in the sessions.

We want to describe what we have found therapeutic and healing in these sessions, which transcends any technique and has to do with human and group’s Therapeutic Factors described by Irving Yalom: Group Cohesiveness, hope, universality, altruism, Development of Socializing Techniques, interpersonal learning, imparting information, Imitative Behaviors, catharsis, Corrective Recapitulation of the Primary Family Group and existential Factors.

It seems important to point out the importance of the burden that women assume for some times in this society, which has been demonstrated in these sessions and it is very important for their health and their children’s health.

KEY WORDS — Operational Group, Emergents Reading, Maternity, Gender, Common Group Factors

INTRODUCCIÓN

Nos gustaría poder compartir un trayecto del viaje que hemos hecho juntos, en grupo, a lo largo de estos meses.

Cada semana teníamos programado un encuentro, componíamos el grupo personas, con roles diferentes: unos teníamos el rol de terapeutas de grupo de una Unidad de Salud Mental Infantojuvenil y otras eran mujeres convocadas por nosotros. Les habíamos transmitido la esperanza de que formar parte de esta aventura podía ayudarlas a sentirse mejor y a que sus hijas y/o hijos también lo estuvieran. Esta era la tarea que daba sentido a estas reuniones.

Comenzamos a crear una historia en conjunto, a través de las historias de cada una. Las emociones y vivencias allí compartidas eran suyas y eran de todos.

Estos momentos, en ocasiones mágicos, pero sobre todo cálidos y reparadores son los que queremos compartir aquí.

Hemos decidido relatar este viaje a partir de las propias palabras de ellas, con el deseo de que quien lo lea pueda viajar en el tiempo a nuestra salita y acompañarnos también en este trayecto.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Las participantes del grupo son todas mujeres, madres de algún/a paciente identificado que atendíamos previamente en nuestra Unidad. Presentaban muy diferentes problemáticas, hijos e hijas de distintas edades y una historia personal previa a ser madres que pensamos que podría estar dificultando ese rol.

Tratamos de armar un grupo heterogéneo en los miembros que lo componen y homogéneo

en la tarea por la que son convocadas a venir.

Reunimos muchas personalidades diversas con historias muy diferentes, pero todas ellas mujeres tan ocupadas en cuidar, que habían dejado en último lugar el cuidarse a ellas mismas. En cada reunión se hacía palpable la enorme desigualdad y carga social del rol de madre, del rol de mujer. Esto atravesaba con fuerza casi todas las sesiones que teníamos y daba sentido a que fuera un grupo solo para ellas.

MOTIVO DE CONSULTA

Después de 2 experiencias de grupo previas, una de ellas interrumpida por el COVID, teníamos claro qué espacio queríamos construir, queríamos crear un espacio seguro y cuidadoso donde poder vivenciar otros roles de ellas complementarios al rol de madres. Este cambio fue generándose a lo largo de los grupos previos, que inicialmente estaban más enfocados a la

parentalidad y donde fueron convocados padres y madres. Pero como reflejo de la sociedad en la que vivimos, solo acudieron ellas desde un inicio.

Queríamos construir un espacio en el que, a partir de la seguridad y la vinculación con el resto del grupo, pudieran entenderse, flexibilizarse y empoderarse. Todo ello con trayectos de ida y vuelta, pero juntas en ese viaje, el suyo propio y el de todas, el vertical y el horizontal.

A lo largo del viaje trajeron al presente su propia historia: de pequeñas, como hijas, como hermanas, de adolescentes, como sus padres o todo lo contrario que ellos, de ellas como pareja, como amigas, como madres, como mujeres...

Asimismo, traían sus vínculos al grupo: a sus padres, a sus hijos, a sus parejas, a sus hermanos.

OBJETIVOS

Podemos resumir los siguientes objetivos terapéuticos:

- Adaptarse de forma activa a la realidad.
- Perder roles anteriores inadecuados.
- Posibilitar la asunción de nuevos roles.
- Asumir mayores responsabilidades.
- Adquirir sentimientos básicos de pertenencia y cooperación.

El formato del grupo es de grupo operativo: *“El grupo operativo posibilita aprender a pensar y superarlo a través de la cooperación y la complementariedad, lo cual permitirá enriquecer el conocimiento de uno mismo y de los otros. Es terapéutico porque su técnica ayuda a resolver las dificultades internas de cada sujeto transformando el pensamiento dilemático en dialéctico a través de una tarea en la que está incluido el esclarecimiento de las resistencias al cambio”* (Otero 2018).

Dos coordinadores acompañábamos toda la sesión mientras otra compañera tomaba notas y hacía una lectura de emergentes 20 minutos antes de acabar la sesión, manteniéndose como observadora el resto del tiempo. El momento de la lectura siempre era un momento muy esperado y deseado, con cierto aire mágico. Cargaba al grupo de sentido, de coherencia y de ilusión.

Partían de unas expectativas que podríamos pensar como escuela de padres, pero nada más lejos de nuestra intención. Nuestra función era poder crear un espacio donde poder estar juntos, donde poder compartir, pensar y sentir en un clima de confianza. Un lugar sostenedor, confiable donde descubrieran que ellas mismas, operando como un equipo, podían buscar esas respuestas, o aceptar que no las hay o hacerse otras preguntas.

Por tanto, nuestra misión como equipo coordinador no es la de dar respuestas, y es que además nosotros tampoco las tenemos, como señala Bleger: *“Un punto culminante de este proceso es el momento en el cual el que enseña puede decir ‘no*

sé’ y admitir con ello que realmente no conoce algún tema o tópico del mismo. Ese momento es de suma importancia, porque implica — entre otras cosas— el abandono de la actitud de omnipotencia, la reducción del narcisismo, la adopción de actitudes adecuadas en la relación interpersonal, la indagación y el aprendizaje, y la ubicación como ser humano frente a otros seres humanos y frente a las cosas tales como son” (Bleger, 1961).

En palabras de Diego Vico, *“forma parte de la tarea del equipo promover la creación de un clima de seguridad y confianza. Nos disponemos accesibles y nunca asfixiantes y así echaremos los cimientos para la constancia del objeto, aspecto terapéutico más potente que el propio insight. Mahler hizo hincapié en los ingredientes que reúne la madre para promover la identidad en el hijo y que son en todo idénticos a los que desempeña el terapeuta en su trabajo: presencia constante, estable, predecible y accesible”* (Vico, 1998).

INTERVENCIÓN

¿Cómo describir este emocionante viaje?
¿Cómo hacerlo sin romper la magia ni tergiversarlo?

Decidimos crear *a posteriori* un relato a partir de las lecturas de emergentes que hacíamos en cada sesión.

Comenzamos:

Este grupo ha sido un viaje “de atrás hacia delante, de delante hacia atrás”, en la que cada una llevaba su equipaje. Han coincidido mujeres, a la vez madres, a las que “de pronto, hay algo que nos duele mucho”.

La maleta estaba cargada de los hijos, “si él no está bien, yo no estoy bien”.

De la familia, “mi madre no ha sido una madre al uso, iba a su rollo”, “todo viene por mi padre, aun así lo quiero con locura”.

De llanto, miedo, “todos tenemos miedo”.



Foto: Alex Andrews

De responsabilidad “de tenerlo todo bajo control”.

De enfado y culpa, “siempre con un ¿ay!, un sinvivir”.

“De vestidos en los que no cabes o en los que intentas meter a otro”.

De “un manual de instrucciones” aún por construir.

El viaje comienza confiando en que “expresar lo que sientes es muy bueno, ya verás que sí”, sentando toda una base de intenciones “aquí estamos, lo que necesites”, “tú no te puedes sentir culpable, te tienes que ayudar tú, no lo permitas”.

Porque “¿qué más eres, aparte de madre?”.

“Tengo que reconocer que a veces me siento débil”.

“Igual es por lo que te ha sucedido”.

Y empiezan a ver cómo les ha influido su pasado:

“Las experiencias, cuando son negativas, te marcan”.

“La relación que tuve con mis padres hace que me esté siendo difícil llegar a mis hijos”.

“Yo me lo he guardado para que mis hijos no sufran”.

“La historia de una influye en la historia como madre”.

“No somos conscientes, vivencias, cómo lo transmitimos”.

“¿Me absorbe o me dejo absorber?”.

Y descubrimos que “crisis significa oportunidad y, si miramos día a día, nos vamos haciendo más capaces de mirar hacia atrás”.

Comienzan a salir cosas difíciles de integrar:

“¿Llorar o no llorar?”.

“¿Llorar delante de los demás?”.

“Mamá está muy triste, cansada, me alegré de decirle eso”.

¿Solo dentro del grupo o lo podemos hacer también fuera?

Y van empezando a acoplar:

“Construir mi forma, la madre que quiero ser”.

“Apegar lo desapegado”.

Y a encontrar en el grupo un lugar donde:

“No nos sentimos juzgadas ni criticadas, nos sentimos comprendidas”.

“Tú me estás escuchando”.

“No, te estoy comprendiendo”.

“Este ratito es como una pausa, un descanso de pensamientos negativos”.

“Escucharos me da paz”.

Y aunque “yo estoy en continua interferencia, aquí estamos todas en sintonía”.

Y empiezan a poder mirar más allá del primer paisaje:

“Tengo que pensar en mí”.

“Hay que darle vueltas a eso”.

“Hay que educar sin nuestra presencia constante”.

“Eres también una persona”.

“¿Y qué pasa si no lo haces?”.

“¿No nos ayudan o no nos dejamos ayudar?”.

“Perfecto no es nadie”.

“No te machaques, estamos en un camino de aprendizaje”.

“No te puedes sentir culpable por ser humana”.

Va saliendo un inmenso aprendizaje:

“Desprendernos de los lastres del pasado”.

“Vivir con serenidad los momentos negativos, que también son necesarios”.

“Mi forma de ser puede ser algo, pero no todo”.

“La vida son luces y sombras, con un rayo negro, el amarillo brilla más”.

“Tantos colores y nos distraemos”.

“¿Es posible que solo dependa de mí?”.

“Voy a parar un poquito, voy a tratarlo con calma”.

“Soltar, dejar ir, miedo”.

“A veces hay que romper la coraza para curarse”.

“Hay que ir dejando volar, poco a poco”.

“Acompañar en el vuelo, estar presentes, equilibrio”.

“Yo quiero un punto medio”.

“He visto a mi hijo respirar, él es capaz de pedir ayuda”.

“Estoy soltando lastre, ese es el secreto”.

“Las cosas pueden estar peor, la que estoy mejor soy yo”.

“Cada una tiene su fórmula, somos humanas”.

Llegando al final del viaje descubrimos que los pañuelos de lágrimas se pueden convertir en flores y que, “aunque no haya música ni *gintonic*, esto es una fiesta”, porque es un espacio para ellas. “Vamos! Arráncate que ya no para”.

CONCLUSIONES

Como profesionales de la salud mental creemos firmemente en la importancia de construir espacios terapéuticos humanistas, afectivos, seguros y cuidadosos. Donde el otro te importe y tú le importes. Donde sea posible compartir, ser uno mismo y crecer. Somos seres sociales desde que nacemos, incluso antes. Consideramos que igual que uno “enferma” en un contexto relacional también ha de sanar en un espacio así.

Creemos que el cambio, la potencia de estos encuentros está en aspectos difíciles de describir que hemos intentado al menos desvelar en parte en nuestro relato. Valentín Escudero los describe así: *“En mi opinión son la esencia de la psicoterapia; representan el conocimiento terapéutico más directo y personal; el que está en los ojos, en las manos, en una lágrima, en las risas. Suelen ser si se sabe aprovechar bien, la puerta de entrada al cambio, el permiso para sentir con libertad”* (Escudero, 2015).

Como terapeutas tenemos el privilegio de formar parte de experiencias como estas que nos ayudan también a crecer como personas, *“Somos cobijadores de secretos. Todos los días, los pacientes nos honran con sus secretos, con frecuencia nunca antes compartidos. Recibir tales secretos es un privilegio dado a muy pocos. Los secretos proveen una visión de los entretelones de la condición humana, sin adornos sociales, sin papeles ni fanfarronadas, ni poses (...) Con el tiempo el hecho de cobijar secretos me ha vuelto más amable y más comprensivo”* (Yalom, 2002).

Nos acercamos al final de este viaje con unas bonitas palabras de Martín Madrazo describiendo su quehacer grupal. *“Creo que viajar es como realizar grupos. Igual que viajar, trabajar con grupos supone una aventura, hay riesgo, emoción, adicción. Como todo buen viaje, lo grupal produce ansiedad, miedos, decepción, ganas, confusión, frustración, ilusión... Viajar y hacer grupos es una forma de crecer porque retienes cuanto ves y cuanto oyes, en la memoria y en la retina, más tarde tendrás que interpretarlo”* (Martín Madrazo 1999).

Poder ser sostenida ante la adversidad, compartirlo para no sentirse sola, sentirse comprendida y aceptada es parte de la magia de los grupos y permite que un simple pañuelo de lágrimas ofrecido como consuelo pueda convertirse en una flor.

Esperamos con este viaje haberos podido transmitir la magia de este grupo.



BIBLIOGRAFÍA

Bleger J. (1961) *Grupos operativos en la enseñanza*. Conferencia dictada en la Asociación de Psicología y Psicoterapia de Grupos. Buenos Aires, Argentina.

Escudero, V. (2015). *Amenazan con quererme*. Editorial Grupo 5.

Martín Madrazo, C. (1999). Experiencias de trabajo grupal en la práctica. *Área 3*, N° 7, 17-22.

Otero, J., Vallejo, F, Mantrana, L. (2018). Psicoterapias de grupo en los sistemas de salud público desde la concepción operativa de grupo. *Norte de Salud Mental*, vol. XV N° 59, 120-126.

Vico, D., Iriazabal, E. (1998). Aprender en grupo operativo. *Área 3* N.º 6, 28-39.

Yalom, I. (2002). *El don de la terapia*. Destino.



COMUNICACIÓN

ALIANZA TERAPÉUTICA Y PSICOSIS

Marta González Rodríguez

Psicóloga Clínica de la Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica, Área Sanitaria de Ourense

Sabela Bermúdez Míguez

Psicóloga Clínica del Centro Orientación Familiar, Área Sanitaria de Ferrol

Noelia Pita Fernández

Psicóloga Clínica Interconsulta y Enlace, Área Sanitaria de Ferrol

marta.glez.riguez@gmail.com

SUMARIO

GALLEGO

*“Necesitamos confianza
en nuestras subjetividades
únicas, nuestros
instrumentos de curación
más potentes”*

Silver, Koehler e Karon, 2006

*“En el caso de la locura,
el principal poderío de la
psicoterapia reside sobre todo
en la transferencia”*

Álvarez, 2020

RESUMEN

Históricamente, la aproximación terapéutica a la psicosis ha sido escasa. En la actualidad, las intervenciones psicológicas han demostrado su eficacia. En el presente texto realizamos una revisión bibliográfica sobre el concepto de alianza terapéutica y su aplicación en psicosis. Destacamos la relevancia del rol de la Psicología Clínica en la intervención en trastorno mental grave y damos claves para el correcto establecimiento de la alianza terapéutica.

PALABRAS CLAVE — Esquizofrenia, psicosis, alianza terapéutica.

ABSTRACT

Historically, the therapeutic approach to psychosis has been scarce. Nowadays, psychological interventions have demonstrated their efficacy. In the present text, we conducted a bibliographical review on the concept of therapeutic alliance and its application in psychosis. We highlight the relevance of the role of Clinical Psychology in the intervention in severe mental disorders and we give keys for the correct establishment of the therapeutic alliance.

KEY WORDS — Schizophrenia, psychosis, therapeutic alliance.

INTRODUCCIÓN

Históricamente, el acercamiento de la Psicología Clínica a la psicosis ha sido limitado. El abordaje de las experiencias de tipo psicótico se ha realizado fundamentalmente desde la Psiquiatría. La intervención psicológica se ha reducido generalmente a la psicoeducación, circunscrita la mayoría de las veces a un aleccionamiento para que la persona no abandone el psicofármaco; a la intervención con las familias (con suerte), aunque a menudo olvidándose de la persona identificada como usuaria y centrándose exclusivamente en los familiares; o a los programas de rehabilitación psicosocial, limitados generalmente al entrenamiento de habilidades específicas, como el afrontamiento de síntomas, habilidades sociales y de la vida diaria, entre otros.

Así, la atención al paciente psicótico en la sanidad pública se centra fundamentalmente en la estabilización clínica en crisis (ingreso hospitalario y tratamiento farmacológico) y seguimiento tras mínima compensación por los Centros de Salud Mental (CSM), realizado principal o únicamente por psiquiatría y centrado en el fármaco, casi siempre. El papel de la Psicología Clínica: solo coadyuvante.

De hecho, es de señalar que hoy por hoy en nuestra comunidad hay Unidades de Hospitalización Psiquiátrica (UHP), Equipos de Atención Domiciliaria e incluso Hospitales de Día (!) en los que directamente no hay una psicóloga clínica adscrita.

Y esto no es solo en nuestra comunidad autónoma. Por nombrar otros ejemplos, en la Comunidad de Madrid, lo habitual es la ausencia total o la presencia testimonial (media plaza) de la Psicología Clínica en las UHP. Pero esto se repite, tristemente, en diversas comunidades.

Llama la atención que esta situación siga ocurriendo en la actualidad cuando, por el contrario, las intervenciones psicológicas en psicosis han demostrado su eficacia, efectivi-

dad y eficiencia (Fonseca coord., 2019) y las principales guías clínicas las recogen como tratamiento de elección (NICE, 2014).

Además, una mayor presencia de la Psicología Clínica daría respuesta al sentir de los movimientos centrados en el paciente, con su demanda creciente de atención psicológica y de trabajo colaborativo.

En este contexto, se hace evidente que es necesaria, precisa y conveniente, otra forma de acercamiento al paciente psicótico y aquí, el concepto de Alianza Terapéutica (AT) como piedra angular sobre la que se construye toda intervención, cobra especial relevancia, también en el campo de la psicosis.

ALIANZA TERAPÉUTICA

El establecimiento de una adecuada AT constituye un factor clave del proceso psicoterapéutico. Numerosos estudios avalan el papel de la relación terapéutica y la capacidad empática con resultados favorables en psicoterapia (Horvath, Del Re, Flückiger y Symonds, 2011; Horvath y Symonds, 1991).

En este sentido, se ha relacionado el empleo de habilidades empáticas y el desarrollo de un vínculo entre profesional y paciente con una reducción del distress emocional, una mayor adherencia a los tratamientos, menor número de conflictos y reclamaciones, disminución del *burnout* sanitario y mayor satisfacción percibida con respecto a la atención recibida (Boissy et al., 2016; Delvaux et al., 2004; Roter et al., 1995; Van Mol et al. 2015)

Cuando hablamos de relación o AT, debemos atender a la capacidad empática del profesional (Rogers, 1942; Rogers, 1981) y a tres elementos fundamentales que ya definía Bordin (1979): el vínculo entre terapeuta y paciente, el grado de acuerdo alcanzado con respecto a los objetivos y el grado de acuerdo sobre las tareas planteadas.

Siguiendo esta perspectiva, es necesario señalar la relación entre el vínculo terapéutico y la capacidad empática, entendida como la capacidad de transmitirle a la otra persona que la comprendemos (Feller y Cottone, 2003; Nienhuis et al., 2016). En relación con estos conceptos, parece importante rescatar el término de *attunement communicative*, que hace referencia a la sintonización con el paciente o el mensaje del otro, a través de respuestas o estrategias comunicativas (Elliot et al., 2011).

Por lo tanto, si conseguimos a través de las habilidades de escucha activa o escucha efectiva una sincronía con la persona con la que compartimos el espacio terapéutico, facilitaremos el establecimiento de una adecuada AT, que promueva a su vez el trabajo psicoterapéutico y abra el camino hacia la mejoría clínica (Rogers, 1980; Bourdeau, Cassell y Fuks, 2009; Fernández Liria, A. y Rodríguez Vega, 2002).

A este respecto, si bien ya desde los inicios de la psicoterapia se ha resaltado el papel de la AT; a lo largo de la historia ha ido quedando relegada a un segundo plano, a favor de los trabajos dirigidos a estudiar la eficacia de las distintas escuelas o intervenciones psicoterapéuticas.

En la actualidad ha resurgido de nuevo el interés por la relación terapéutica, donde ya Lambert en el año 1992 había puesto el foco de atención, al atribuir a los denominados factores comunes, el 30% de la varianza explicada con respecto a la obtención de resultados favorables en psicoterapia (Lambert, 1992; Lambert, 2001). Así, Norcross y Wampold (2011) han redirigido de nuevo este foco hacia la relación terapéutica y la capacidad empática, categorizando estos como elementos manifiestamente eficaces del proceso psicoterapéutico, junto con otros factores relacionados con la sintonía entre el terapeuta y el usuario.

En este sentido se ha pronunciado la APA, el 9 de agosto del 2012, cuando publica la Resolución sobre el reconocimiento de la Eficacia en Psicoterapia (Campbell, Norcross, Vasquez y

Kaslow, 2013); en la que además de confirmar la eficacia de la misma, asume que no existen diferencias significativas entre las distintas orientaciones terapéuticas, situando a los factores comunes en psicoterapia como elementos clave.

AT EN PSICOSIS: ¿PARA QUÉ?

Existe múltiple y diversa literatura sobre la importancia de la AT, pero el conocimiento sobre AT y trastorno mental grave es aún limitado, y son pocos los estudios que han evaluado el papel de la AT en el tratamiento de los trastornos psicóticos (Bourdeau et al., 2009).

Al igual que con otro tipo de problemáticas, se ha visto que el establecimiento de una buena AT es necesario para permitir el cambio, y que favorece el éxito de la psicoterapia también con pacientes psicóticos (Frank y Gunderson, 1990; Goldsmith et al., 2015; Priebe et al., 2011).

Una revisión sistemática reciente (Da Costa et al., 2020) concluye que la calidad de la AT correlaciona con la reducción de los síntomas clínicos, el aumento del *insight*, del apoyo social y del familiar, y con ciertas cualidades del terapeuta, la disponibilidad de la toma de decisiones terapéuticas compartidas y los tipos de hospitalización (menos ingresos involuntarios).

Sintetizando, aunque existen ciertas divergencias, las líneas de investigación en general parecen señalar que:

- La relación entre el proceso de recuperación y el establecimiento de una AT es recíproca. La mejora de la comunicación, una relación basada en la confianza y el respeto mutuo determinan una buena alianza terapéutica.
- La gravedad de los síntomas y un pobre *insight* se asocian negativamente con la ca-

alidad de la AT, valorada tanto por las personas usuarias como por las terapeutas. Esta correlación es constante y moderada.

- Los trastornos metacognitivos correlacionan negativamente con la calidad de la AT.
- Existe una correlación inversa entre la calidad de la alianza y el número y duración de las hospitalizaciones, así como la administración de un tratamiento médico inyectable de liberación prolongada. La coerción percibida en la intervención se asocia negativamente con la AT.
- El apoyo social y la convivencia con la familia tienen un impacto positivo.
- Por parte del terapeuta, como ya decía Rogers (1980), la empatía, la competencia y la autenticidad mejoran la AT introduciendo la horizontalidad en el trabajo clínico.

AT EN PSICOSIS: ¿CÓMO?

Como decíamos, a lo largo de la literatura científica son numerosos los estudios que han puesto de manifiesto la importancia de incluir intervenciones psicoterapéuticas en los programas dirigidos al tratamiento de personas con experiencias psicóticas. En la actualidad, la intervención psicológica es recogida en las Guías de Práctica Clínica, como parte del tratamiento integral de las psicosis (Nice, 2014).

Sin embargo, estas voces a favor de intervenciones centradas en la persona, que defienden la creación de espacios seguros, de escucha y acompañamiento, lejos de las medidas coercitivas y la sobremedicación, no son nuevas. Proyectos como el de Soteria iniciado a comienzos de los años 70 en la ciudad de San Francisco, de la mano de Mosher (2004), y que posteriormente se desarrolló en otras partes del mundo, como Suíza, Finlandia y Alemania, entre otros países, demostraron que la creación de entornos sociales tranquilos, basados en el respeto mutuo y empatía, facilitaban

el proceso de recuperación de las personas con experiencias psicóticas.

El desarrollo de este tipo de entornos ha ido impulsando a lo largo de distintos países la creación de casas para ofrecer cuidados y acompañamiento ante situaciones de crisis en salud mental. Así, casas como las de la Weglaffhaus (Berlín) y la Casa de Crisis para Mujeres de Drayton Park (Londres) siguen funcionando en la actualidad, manteniéndose como alternativas a la hospitalización psiquiátrica. En nuestro país, asociaciones como el proyecto la Casa Polar en Cataluña (en busca de financiación en la actualidad, <https://lacasapolar.org/>), o espacios de apoyo mutuo (GAM) como FlipasGAM, en Madrid; Hierbabuena, Asociación por la Salud Mental, en Asturias; o GAM Compostela, facilitan el encuentro mutuo entre personas que han vivido-sufrido experiencias similares, promoviendo espacios en los que el compañerismo y la escucha forman parte de la recuperación.

Las relaciones terapéuticas sólidas se caracterizan por una atención individualizada y un trato confiable y respetuoso. Pero a pesar del énfasis puesto en la AT desde diversos enfoques y de la abundante literatura que la pone en valor, se conoce poca información sobre los factores que conducen a la formación de una alianza positiva en psicosis.

Inchausti et al. (2019), en relación con el proceso psicoterapéutico en los trastornos del espectro psicótico, recogen el modelo de Luborsky sobre la AT con sus dos componentes (perceptivo y relacional). Así, destacan que para construir el componente perceptivo, las intervenciones deberán centrarse en la comprensión y aceptación de los problemas del paciente, así como respaldar los objetivos del tratamiento y reconocer las áreas de competencia y el progreso hacia el logro de los objetivos. El componente de relación se construirá fomentando el vínculo, promoviendo la búsqueda conjunta para la comprensión, facilitando la adquisición de nuevas habilidades



Foto: Ozan Çulha

SUMARIO

INICIO

y enfatizando la naturaleza colaborativa del tratamiento.

Por diversas razones, establecer una auténtica relación de colaboración con personas que están viviendo experiencias de tipo psicótico no es sencilla. Se han propuesto algunas características de la personalidad de los profesionales que pueden facilitar la tarea. Silver et al. (2006) describen al profesional como *“tolerante, amable, confundido y testarudo, que está allí para ayudar, y que no se rinde”*. También se destacan la flexibilidad y la capacidad para trabajar en equipo (Seikkula, 2016, con su Diálogo Abierto da cuenta especialmente de esto), el trabajo de manera constructiva con los familiares (lo que a su vez garantiza un apoyo social sostenido y una asistencia para el paciente) y el desarrollo de un interés genuino por ayudar.

José María Álvarez en su reciente obra *Principios de una Psicoterapia para la Psicosis* (2020) describe cómo debe ser la red asistencial necesaria para la psicosis: *“Red referencial que limita el extravío del lunático hasta el infinito; red protectora que, en caso de que pierda pie, le garantiza caer en lugar seguro; red relacional -sin duda sui generis- destinada a atenuar la soledad esencial que le posee”*. Y es ahí, desde esa red, donde podremos acomodar mejor, dice, la dimensión asistencial que nos permita hacernos cargo de la dimensión clínica: que escucha la particularidad del sujeto.

Clínicamente, hablábamos en el punto anterior de cómo los déficits metacognitivos podrían entorpecer el establecimiento de una buena AT. Desde esta perspectiva, Lysaker et al. (2005) demostraron que el abordaje de las capacidades metacognitivas de una persona con este tipo de trastorno mejora la AT, al actuar sobre los síntomas y el *insight*. Y proponen en un texto posterior (Lysaker y Lysaker, 2006) trabajar la calidad de la AT a través de una forma muy específica de diálogo. Explican que a menudo el discurso en la locura presenta lo que denominan una *“narrativa empobrecida”*, que relacionan con una pérdida de agencia por un trastorno del yo (pérdida de la sensación de

tener experiencias del mundo, de los demás y de uno mismo que son propias). El trabajo con las capacidades metacognitivas parece desempeñar un papel en la capacidad de la persona para restablecer su sentido del yo y sus capacidades narrativas. Mejorar esta capacidad narrativa mejora el diálogo entre el paciente y su terapeuta y, por tanto, mejora la AT.

En la locura, históricamente, se ha minusvalorado el poder de decisión de la persona sobre el manejo de su propia patología, tras el escudo del pobre *insight*. Hasta el punto de que sabemos que, en contextos coercitivos, permitir elecciones tan simples como poder apagar o encender una luz mejora la AT. En la actualidad, la tendencia se dirige a empoderar más a las personas y a reflejar su voz directamente en el plan de tratamiento. Autores como Farrelly et al. (2015) descubrieron que la elaboración de un Plan de Crisis Conjunto mejora la calidad de la relación terapéutica al restaurar el respeto, la identidad y el sentido de humanidad. O, en la misma línea, Deegan y su grupo (2008) propusieron un programa que promueve la toma de decisiones terapéuticas compartidas, con un cuestionario cumplimentado por los pacientes antes de la consulta, para involucrarlos al máximo en la decisión terapéutica.

En nuestro país, el Servicio Andaluz de Salud recoge ya los planes de crisis en su Guía de *Práctica Clínica para el Tratamiento de la Psicosis y la Esquizofrenia. Manejo en Atención Primaria y en Salud Mental* (2016), especificando que deben ser elaborados **CONJUNTAMENTE** con el paciente y su coordinador de cuidados y que *“debería ser respetado y llevado a la práctica, incorporándolo al plan de cuidados”*. Describe además los puntos que dicho plan debería incluir dando un peso muy importante a las necesidades y deseos de la persona usuaria. Destacar que dicha guía, además de tener muy en cuenta la subjetividad de la persona en todos y cada uno de sus apartados; habla específicamente de la cuestión de la alianza y de las intervenciones desde la Psicología Clínica.

Vemos que comprender mejor y tener en cuenta los principales factores asociados a la calidad de la AT de una persona con un trastorno psicótico abre la puerta a una serie de mejoras prácticas que redundarán en una mejora clara de la atención.

CONCLUSIÓN: AT EN PSICOSIS: (NUESTRAS) DIFICULTADES

Las revisiones sistemáticas que analizan la cuestión de la AT en psicosis refieren que los síntomas y el *insight* solo explican una varianza que oscila entre el 5% y el 37% (Da Costa et al., 2020) Repetimos: solo entre el 5% y el 37%.

Sin embargo, como decíamos, a lo largo de la historia han sido muchas las reticencias presentadas hacia la psicoterapia y la idea de que esta forme parte de los tratamientos con este grupo de personas. Aún en muchos lugares esto continúa y se sigue dejando el cuidado de la psicosis en mano casi exclusivamente de la psiquiatría y del modelo biologicista, a pesar de sus importantes limitaciones tanto como teoría del problema (seguimos sin noticias del gen/la neurotransmisión/la anomalía estructural... reveladora de la psicosis); como solucionadora del mismo (pobres resultados, importantes efectos secundarios multisistema...).

Las dificultades específicas de las personas que están viviendo una experiencia psicótica tienen su peso, obviamente, y a veces dificultan el establecimiento de la alianza. Como decíamos, toca ser más flexible, más persistente, más creativo quizás... Pero eso no implica que no se pueda establecer AT y, desde ahí, construir intervenciones psicológicas clínicamente valiosas.

Hablamos de relaciones que pueden ser muy largas, que pasarán por distintos momentos, algunos en los que la propia desestabilización haga que la ayuda se perciba como coercitiva

y la relación flaquee. Entonces quizás no permita más que un acompañamiento terapéutico (como si eso fuera poco...). Un paseo con los perros por los jardines del hospital, una mesa compartida en el taller de café... Otros momentos en los que la AT se muestre más sólida y nos sirva de base para hacer intervenciones más incisivas (sobre la sintomatología, sobre la ruptura vital, sobre las relaciones familiares o de pareja...). Pasando por otros en los que estemos ahí echando una mano en las necesidades más básicas del día a día como si tiene tabaco, o solucionar quién se encarga de su mascota mientras está ingresado.

Tal vez la relación sea, como decía Álvarez, “*sui géneris*”, pero es.

Por supuesto, hay lugar para una AT sólida en psicosis y, por supuesto, no cabe duda de su valor incalculable para la intervención psicológica.

La duda es: ¿estamos en condiciones nosotras de mostrarnos auténticas, cálidas, flexibles... también ante este tipo de problemática? En el estudio citado de Da Costa (2020) se mencionan las dificultades propias del terapeuta a la hora de empatizar con pacientes con psicosis. Igual estamos delirando, pero ¿será que nos estamos aun autolimitando por el estigma de la gravedad, cronicidad, falta de *insight*, “enfermedad biológica” de la psicosis?

Como hemos visto, la varianza de la AT está principalmente determinada por otros factores fuera de la sintomatología o el pobre *insight*. Muchos de ellos comunes a otros cuadros, otros no... Pero quizás, salvados nuestros miedos e inseguridades a la hora de trabajar con la “gravedad”, podremos levantar la cabeza de los libros y hacer lo que sabemos. Generando una alianza terapéutica con la PERSONA, y punto. Partiendo de sus deseos, de sus necesidades, tratando de dar respuesta a ello, escuchando la parte sana, más que la enferma, para poder construir acuerdos de trabajo desde ahí que sean realmente compartidos, útiles y con posibilidad de proyección.

BIBLIOGRAFÍA

Álvarez, J. (2020). *Principios de una psicoterapia de la psicosis*. Xoroi Ediciones.

Arnkil, T. E. y Seikkula, J. (2016). *Diálogos terapéuticos en la red social*. Herder Editorial.

Boissy, A., Windover, A. K., Bokar, D., Karafa, M., Neuendorf, K., Frankel, R. M., Merlino, J., y Rothberg, M. B. (2016). Communication Skills Training for Physicians Improves Patient Satisfaction. *Journal of general internal medicine*, 31(7), 755–761. <https://doi.org/10.1007/s11606-016-3597-2>

Boudreau, J. D., Cassell, E. y Fuks, A. (2009). Preparing medical students to become attentive listeners. *Medical Teacher*, 31(1), 22-29. <http://dx.doi.org/10.1080/01421590802350776>

Bourdeau, G., Thérroux, L., y Lecomte, T. (2009). Predictors of therapeutic alliance in early psychosis. *Early intervention in psychiatry*, 3(4), 300-303.

Campbell, L. F., Norcross, J. C., Vasquez, M. J. T., y Kaslow, N. J. (2013). Resolution on the Recognition of Psychotherapy Effectiveness Recognition of psychotherapy effectiveness: The APA resolution. *Psychotherapy*, 50(1), 98–101. <https://doi.org/10.1037/a0031817>

Da Costa, H., Martin, B., y Franck, N. (2020). Determinants of therapeutic alliance with people with psychotic disorders: A systematic literature review. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 208(4), 329-339.

Deegan, P.E., Rapp, C., Holter, M. y Rieffer, M. (2008). Best practices: A program to support shared decision making in an outpatient psychiatric medication clinic. *Psychiatry Serv.* 59:603–605.

Delvaux, N., Razavi, D., Marchal, S., Bredart, A., Farvacques, C. y Slachmuylder, J. L. (2004). Effects of a 105 hours psychological training program on attitudes, communication skills and occupational stress in oncology: a randomized study. *British Journal of Cancer*, 90(1), 106-114. <https://doi.org/10.1038/sj.bjc.6601459>

Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C. y Greenberg, L. S. (2011). Empathy. *Psychotherapy*, 48(1), 43.

Farrelly, S., Lester, H., Rose, D., Birchwood, M., Marshall, M., Waheed, W., y Thornicroft, G. (2015). Improving therapeutic relationships: joint crisis planning for individuals with psychotic disorders. *Qualitative Health Research*, 25(12), 1637-1647.

Feller, C. P., y Cottone, R. R. (2003). The importance of empathy in the therapeutic alliance. *The Journal of Humanistic Counseling, Education and Development*, 42(1), 53-61.

Fernández Liria, A. y Rodríguez Vega, B. (2002). *Habilidades de entrevista para psicoterapeutas*. Bilbao. Desclée de Brouwer.

Fonseca E. (Coord.) (2019). *Tratamiento psicológicos para la psicosis*. Madrid: Pirámide.

Horvath, A. O. y Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38(2), 139-149. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-0167.38.2.139>

Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C. y Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 9-16. <http://dx.doi.org/10.1037/a0022186>

Inchausti, F., Sánchez-Reales, S. y Prado-Abril, J. (2019). Proceso psicoterapéutico en los trastornos del espectro psicótico. En *Tratamiento psicológicos para la psicosis* (pp. 145-174). Pirámide.

Lambert, M. J. (1992). *Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapists*. NY. Basic Books.

Lambert, M. J. y Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 357-361. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-3204.38.4.357>

Lysaker, P.H., Carcione, A., Dimaggio, G., Johannesen, J.K., Nicolò, G., Procacci, M. y Semerari, A. (2005). Metacognition amidst narratives of self and illness in schizophrenia: Associations with neurocognition, symptoms, insight and quality of life. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 112:64-71.

Mosher, L. R., Hendrix, V. y Fort, D. C. (2004). *Soteria: Through Madness to Deliverance*. Bloomington. Xlibris Corporation.

National Institute for Health and Clinical Excellence (2014). *Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management*. Londres: Nice.

Nienhuis, J. B., Owen, J., Valentine, J. C., Winkeljohn Black, S., Halford, T. C., Parazak, S. E., Budge, S., & Hilsenroth, M. (2018). Therapeutic alliance, empathy, and genuineness in individual adult psychotherapy: A meta-analytic review. *Psychotherapy research: journal of the Society for Psychotherapy Research*, 28(4), 593-605. <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1204023>

Norcross, J. C. y Wampold, B. E. (2011). Evidence-based therapy relationships: Research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy*, 48(1), 98-102. <http://dx.doi.org/10.1037/a0022161>

Rogers, C.R. (1980). *A way of being* Boston. Houghton Mifflin.

Roter, D. L., Hall, J. A., Kern, D. E., Barker, L. R., Cole, K. A. y Roca, R. P. (1995). Improving physicians' interviewing skills and reducing patients' emotional distress. A randomized clinical trial. *Archives of Internal Medicine*, 155(17), 1877-1884.

Servicio Andaluz de Salud (2016). *Guía de práctica clínica para el tratamiento de la psicosis y la esquizofrenia: manejo en atención primaria y en salud mental*.

Shick Tryon, G., Collins Blackwell, S. y Felleman Hammel, E. (2007) A meta-analytic examination of client-therapist perspectives of the working alliance. *Psychotherapy Research*, 17:6, 629-642. [https://doi:10.1080/10503300701320611](https://doi.org/10.1080/10503300701320611)

Silver, A., Koehler, B. y Karon, B. Psicoterapia psicodinámica para la esquizofrenia. En: Read, L., Mosher, L., Bentall, R. (coords.). *Modelos de locura*. Barcelona. Herder, 2006; p. 255-270.

Van Mol, M. M. C., Kompanje, E. J. O., Benoit, D. D., Bakker, J. y Nijkamp, M. D. (2015). The prevalence of compassion fatigue and burnout among healthcare professionals in intensive care units: A systematic review. *PLoS ONE*, 10(8). [https://doi:10.1371/journal.pone.0136527](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0136527)

Nº15 Revista Oficial de la Sección de Psicología y Salud del COPG

OBJETIVO DE LA PUBLICACIÓN

El Anuario fue, y es, una publicación abierta. Nace con el propósito de dar voz y oído, de invitar a la reflexión de los que escriben y de los que leen, sobre temas de interés para la Psicología Clínica.

Cada número se vertebra sobre un tema central, enfocado desde diversos ángulos, incluyendo áreas de conocimiento ajenas a la propia, pero que pueden aportar nuevos mapas.

PERIODICIDAD DE LA PUBLICACIÓN

Publicación de carácter anual.

NORMAS DE PUBLICACIÓN

AUTORES DE LOS ARTÍCULOS DEL MONOGRÁFICO

Los artículos serán solicitados a los autores por parte del Equipo de Redacción del Anuario, los textos deben ser originales y el estilo será libre, siguiendo el objetivo general marcado por el Equipo.

LA EXTENSIÓN máxima será de 17 páginas, letra Times New Roman, tamaño 12, interlineado sencillo.

LA ESTRUCTURA del artículo será la siguiente:

- Título.
- Autor, lugar de trabajo e e-mail de contacto.
- Resumen (150 palabras) en español o gallego y en inglés.
- Palabras clave: entre 3 y 5, en español o gallego y en inglés.
- Bibliografía estilo APA: mínimo de 5 referencias bibliográficas.

ARTÍCULOS ANUARIO ABIERTO: CASOS CLÍNICOS

Se incluirán descripciones de uno o más casos clínicos que supongan una aportación al conocimiento de la psicopatología o de la intervención psicoterapéutica.

LA EXTENSIÓN máxima del texto será de 6 páginas, letra Times New Roman, tamaño 12, interlineado sencillo.

LA ESTRUCTURA del Caso Clínico deberá ser la siguiente:

- Título.
- Nombre y apellidos de los autores, centro de trabajo y un e-mail de contacto.
- Resumen (150 palabras): en gallego o español, y en inglés.
- Palabras clave: entre 3 y 5, en gallego o español, y en inglés.
- Introducción.
- Datos sociodemográficos.
- Motivo de consulta.
- Objetivos.
- Intervención.
- Conclusiones.
- Referencias bibliográficas: según la normativa de la APA, con un mínimo de 5 referencias bibliográficas.

ARTÍCULOS ANUARIO ABIERTO: COMUNICACIONES LIBRES

Se incluirán trabajos originales en los que se describan trabajos de investigación o revisiones teóricas de temáticas psicológicas, desde un punto de vista clínico o asistencial.

LA EXTENSIÓN máxima del texto será de 17 páginas, letra Times New Roman, tamaño 12, interlineado sencillo.

LA ESTRUCTURA de la Comunicación Libre deberá ser la siguiente:

- Título.
- Nombre y apellidos de los autores, centro de trabajo y un e-mail de contacto.
- Resumen (150 palabras): en gallego o español, y en inglés.
- Palabras clave: entre 3 y 5, en gallego o español, y en inglés.
- Introducción.
- Conclusiones.
- Referencias bibliográficas: según la normativa de la APA, con un mínimo de 5 referencias bibliográficas.