



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TRABAJO FINAL DE GRADO

***TITULO: La terapia focal como herramienta de
intervención en los cuidados paliativos del paciente
terminal***

Estudiante: Clarisa María Martínez Silveira

Tutor: Prof. Agda. Ana Luz Protesoni

Fecha de entrega: 30 de octubre de 2014

Montevideo

Índice

Índice.....	1
Resumen.....	2
Introducción.....	3
Desarrollo “El enfermo terminal y la muerte. Morir ayer y hoy”.....	5
Necesidades psicológicas del paciente terminal.....	7
Crisis en el paciente terminal.....	12
El paciente terminal y los cuidados paliativos.....	14
Terapia focal aplicada al enfermo terminal.....	16
Articulación de la terapia focal de acuerdo a los requerimientos del paciente terminal.....	25
Conclusiones.....	28
Referencias bibliográficas.....	31

Resumen

El presente trabajo final de grado plantea como objetivo la búsqueda bibliográfica en relación a lo que aporta la terapia focal de acuerdo a las necesidades del paciente terminal. El paciente terminal plantea múltiples requerimientos de acuerdo a su situación de terminalidad, al poco tiempo estimado de vida debido a su enfermedad. Se hará énfasis y referencia a los cuidados paliativos como marco de soporte asistencial. La noción de crisis y cómo ésta afecta al paciente, se abordará a través de diferentes concepciones las necesidades del paciente terminal, cómo es concebido a través de la historia el morir ayer y hoy y las necesidades biopsicosociales del mismo.

Palabras Clave: terapia focal, enfermo terminal, cuidados paliativos.

Introducción

La temática del presente trabajo final de grado toma como referencia la experiencia y motivación en la formación desde la pasantía realizada en el año 2013 en el Instituto de Psicología Clínica, Intervención en Cuidados Paliativos.

En dicha intervención se trabajó en conjunto con el equipo de la R.A.P – ASSE en el Primer Nivel de Atención, el cual toma como población objetivo pacientes crónicos y en estadio terminal, referencia los Cuidados Paliativos domiciliarios.

Como objetivo se plantea la búsqueda bibliográfica en relación a lo que aporta la Terapia Focal al paciente terminal.

Como punto de partida se consideró que todo enfermo en situación terminal plantea requerimientos múltiples a nivel físico funcional, psíquico, espiritual, vincular, social, entre otros, por lo cual se hace imprescindible el trabajo en conjunto con un equipo interdisciplinario que aborda al individuo en su totalidad como un ser biopsicosocial.

Los cuidados paliativos plantean como una de sus premisas principales de abordaje el acompañamiento del paciente terminal cuando no se le puede curar. Un acompañamiento que será humanitario, cercano, total - activo y continuado hasta su muerte.

En la actualidad los cuidados paliativos tienen como objetivo a largo y corto plazo trabajar para mejorar la calidad de vida del paciente y su familia sin intentar alargar su supervivencia, así como tampoco llevar a cabo un encarnizamiento terapéutico.

A partir de la intervención psicológica este trabajo se enfoca en los beneficios y el rol que ocupa el psicólogo en el acompañamiento del paciente, sin confinarlo a una muerte solitaria aislado de sus seres queridos.

Desde mi motivación personal me parece importante el tratamiento del paciente terminal en su domicilio, claro está cuando no surjan obstáculos biológicos que lo impidan.

En el mismo sentido se abordará los cuidados paliativos en el ámbito domiciliario del paciente, con el objetivo de lograr una muerte digna ya que podrá estar rodeado de sus seres queridos en la intimidad de su hogar, con sus pertenencias, manteniendo sus hábitos y costumbres, así como también estar acompañado de sus mascotas entre otras ventajas, siendo todo esto imposible lograrlo en el ámbito hospitalario.

A modo personal considero que los hospitales no fueron diseñados para morir, sino que su finalidad es el diagnóstico, rehabilitación y cura de ciertas enfermedades.

Las preguntas que orientan este trabajo son: ¿Es pertinente el empleo de la terapia focal a un paciente en etapa terminal?

¿Puede la terapia focal ayudar al paciente terminal a transitar las distintas etapas que va a afrontar hasta su muerte?

Desarrollo

El enfermo terminal y la muerte.

Morir ayer y hoy

El enfermo en la etapa terminal afronta además del progresivo e irreversible deterioro de su cuerpo la incertidumbre acerca de lo que pasará con él cuando muera y con el futuro de sus afectos.

En la actualidad la muerte es un tema tabú como lo fue siglos atrás el sexo por citar un ejemplo. Hoy en día se esconde la muerte y todo lo que ella conlleva.

Si nos remontamos a la historia de la humanidad después de la segunda guerra mundial se genera una inversión en las concepciones acerca de la muerte y de lo prohibido.

Según Aries (2011) historiador francés en su libro *“Historia de la muerte en occidente. Desde la Edad Media hasta nuestros días”* la muerte a principios de este siglo convivía diariamente con la población, la muerte era algo visible y palpable de cierto modo.

En la antigüedad la muerte era llevada a cabo como una ceremonia pública la cual era meticulosamente organizada y en donde todo el que quisiera podía ser partícipe de la misma.

La muerte convivía en obras de arte de aquellos tiempos, desde pinturas en donde se mostraba al moribundo en su lecho de muerte rodeado de su familia, gente allegada, adultos y niños se hacían partícipes de su último adiós.

La habitación del enfermo era el lugar de encuentro, rodeando al moribundo se encontraba su familia, vecinos, el médico, el sacerdote quien era el encargado de darle la bendición para que partiera en paz, entre otros.

Al decir de Aries (2011, p. 31) *“Era importante que los padres, amigos y vecinos estuviesen presentes. Se llevaba también a los niños: no hay representación de la habitación de un moribundo hasta el S XVIII en que no aparezcan niños”*

En las obras de arte, las pinturas, canciones, música, poesía, se encontraba expresado el lenguaje simbólico de la muerte.

Según Gómez Sáncho (2003) antes se moría de manera consciente, el paciente sabía que su final se acercaba y no lo tomaría por sorpresa dejándolo organizar de cierto modo la vida después de que él no esté. Por ejemplo organizar su funeral, un testamento, logrando despedirse de sus seres queridos.

De esta manera el paciente terminal estaba cubierto como un todo en sus necesidades físicas – biológicas, psicológicas y espirituales.

En cambio hoy en día sucede algo totalmente distinto a aquella época, en la actualidad la muerte y la persona moribunda es tapada, institucionalizada y medicalizada, si se puede negar y esconder, mejor.

Ariés (2011, p. 32) dice: *“La vieja actitud según la cual la muerte es a la vez familiar, próxima, atenuada e indiferente, se opone demasiado a la nuestra, en virtud de la cual la muerte da miedo hasta el punto de que ya no nos atrevemos a pronunciar su nombre”*.

Si lo trasladamos a nuestro medio se puede observar el trabajo del historiador José Pedro Barrán (1990) referente al estudio de las mentalidades de nuestro país.

Barrán (1990) lo que establece es la diferenciación entre la muerte en la época de la colonia - primeras décadas de la república y las últimas décadas del siglo XIX donde se nota una marcada presencia de la medicina que se hace cada vez mayor. Se debe de tener presente que durante las últimas décadas del siglo XIX y primeras del siglo XX se profundiza el proceso de separación de la iglesia y el estado conocido como la secularización.

A principios de siglo en nuestro país era habitual que el moribundo falleciese en su casa rodeado de su familia, un sacerdote y los allegados.

Como lo menciona Barrán (1990, p. 179) *“Porque los hospitales eran sobre todo “morideros” y porque no se concebía la muerte fuera del seno de la familia”*.

Posteriormente la medicina pasa a ocupar un lugar fundamental y según el autor mencionado la muerte es cada vez más medicalizada.

En la sociedad medicalizada la muerte también es comercializada, se muere en el hospital, se vela en el servicio fúnebre y en las últimas décadas existe la privatización de algunos cementerios.

Así como hubo formas de morir en la época colonial, en la época del novecientos, en estos inicios del siglo XXI se puede estar asistiendo a la concepción de una nueva forma del tratamiento de la muerte; asistida por profesionales más allá de la medicina, ocultándola.

Necesidades psicológicas del paciente terminal

Se define a una persona como paciente terminal cuando es poseedora de una enfermedad aguda o crónica que la llevará a la muerte.

Según Caputi et al (2008 p.11) *“se define a un paciente terminal cuando su expectativa de vida es igual o inferior a seis meses, sea cual fuese su patología.”*

El paciente en etapa terminal va a experimentar numerosos síntomas de características cambiantes que son causados por un deterioro progresivo y multifactorial de su organismo hasta llegar a la muerte.

Desde Protesoni (2013, párrafo 4) Cita a Gómez Sáncho (2003) diciendo que: *“el paciente terminal es aquel que cursa una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, que plantea necesidades variadas y variables en poco tiempo y que más allá de los requerimientos vinculados a la enfermedad orgánica, el paciente sufre un gran impacto emocional, familiar, social y espiritual que hace que requiera un abordaje múltiple”.*

Según la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (2014, p. 4)

“El paciente terminal presentará las siguientes características al final de su vida:

- *Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable.*
- *Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico.*
- *Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos múltiples, multifactoriales y cambiantes.*
- *Gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte.*
- *Pronóstico de vida inferior a 6 meses”.*

A los efectos de paliar los síntomas a nivel biológico en la etapa terminal se le brindará a este paciente una serie de abordajes desde lo técnico médico en un amplio espectro terapéutico incluyendo el soporte medicamentoso, hasta técnicas y procedimientos más invasivos como la radioterapia paliativa e intervenciones quirúrgicas a fin de controlar y aliviar los síntomas que origina la enfermedad.

Los pacientes que se encuentran cursando la etapa terminal de una enfermedad cuyo pronóstico de vida es limitado experimentan cambios bruscos a nivel de su psiquismo y también en su entorno.

Según Alizade (1996) el sujeto va a experimentar antes de su muerte lo que la autora denomina la pre – muerte, ésta va a ser un llamado de atención en donde determinados conjuntos de síntomas como el deterioro físico y mental van a ir surgiendo en el individuo, dando señales claras de que la inminente muerte se acerca.

Todos estos síntomas van a generar sufrimiento en el paciente y su entorno.

Al decir de Alizade (1996, p. 54) “Los avisos anticipados de la pre-muerte convierten a la muerte en una realidad y disipan la negación y las distintas fantasías”.

Alizade se refiere a los pacientes terminales como sujetos que en el día a día en el transcurso de su enfermedad conviven con drásticos cambios en su salud física, repercutiendo esto en su estado de ánimo, en su psiquismo.

La pérdida de autonomía hará que el sujeto sea más dependiente de un cuidador principal que le brindará los cuidados necesarios que requiera su enfermedad.

El paciente va a experimentar micro duelos por la pérdida de su vida sexual y laboral por citar algún ejemplo, así como también de su fisionomía.

Varios autores como Gómez Sáncho y Defey, plantean que se debe entablar una alianza con el cuidador principal del paciente para que éste también participe en la despedida, dejándolo ir. Es necesario informarle al cuidador que a medida que progresa la enfermedad el paciente va a sufrir un deterioro irreversible de sus capacidades físicas y psíquicas.

Cuando el paciente entre en agonía se debe afrontar la inminente presencia de la muerte, ya no será necesario el alimento, el tomar agua, aclarando esto en los familiares quienes algunas veces creen necesario el encarnizamiento terapéutico a fin de salvar la vida de ese ser querido. Hay que dejar al paciente morir en paz.

Hacerle saber a los familiares que el sentido del tacto y el oído son los últimos sentidos que se pierden así que aunque esté en coma puede entablar contacto con él, despedirse, tomarle de la mano, acariciarlo. Esto facilitará la despedida del paciente con sus afectos y viceversa.

El paciente terminal según Gómez Sáncho (2003) enfrentará varias clases de muerte, por un lado la muerte a nivel biológico, la muerte psíquica y la muerte social.

Al decir de Gómez Sáncho (2003) la muerte biológica sucede cuando el organismo del paciente deja de existir entrando en coma profundo.

La muerte a nivel psíquico sucederá cuando el paciente tome conciencia del acercamiento de la finitud de su vida aceptándola como tal.

La llamada muerte social se da por parte de los familiares o cuidador principal del paciente, éstos tratarán al paciente como si ya hubiese muerto, abandonándolo en sus últimos días de vida.

Alizade (1996) define también otro tipo de muerte, la llama la muerte erótica en donde prevalece el erotismo, el individuo es partícipe de la misma, la acepta y logra despedirse de la vida, la *"muerte con vida"*.

Esta autora cita como ejemplo una señora de avanzada edad la cual se despide uno por uno de sus seres queridos, brindándoles consejos y advertencias de lo que podrán enfrentar cuando ella ya no esté.

Las ventajas de la llamada muerte erótica es que hace más fácil el despedirse tanto para los familiares como para el moribundo, siendo un factor protector para no desarrollar un posible duelo patológico.

Por otro lado Alizade (1996) plantea la llamada muerte tanática. En esta clase de muerte el fallecido deja en la familia un sentimiento de culpa, de abandono y reproches que harán más difícil el proceso posterior de duelo.

El enfermo en su etapa terminal tiene derecho a conocer su realidad en cuanto a su tiempo estimado de vida, si su estado psíquico de lucidez lo permite el va a ser capaz de tomar decisiones en cuanto a lo que desea hacer en el tiempo que le queda de vida, así como también dejar en claro lo que desea que pase ya sea con su cuerpo o pertenencias cuando el fallezca.

Otra de las formas de colaborar con el enfermo terminal es ayudarle a cumplir sus objetivos a corto plazo o por ejemplo brindándole tranquilidad para cuando él muera.

El enfermo terminal muchas veces es partícipe en la elaboración de su propia muerte dejando un legado a quien así lo desee.

Alizade (1996, p. 57) dice que el paciente agónico hasta último momento *“ejerce la pulsión de vida”* ésta va a mantenerse hasta el momento de la muerte, cuando ésta llegue, la pulsión de vida va a dejar paso a la pulsión de muerte, de este modo el individuo va a entregarse a morir en paz.

El psicólogo va a actuar dependiendo de la demanda del paciente en este momento de su vida, se visualizarán los conflictos que se van generando a partir de que el paciente perciba en su cuerpo y en su psiquis la amenaza de muerte. Para ello es necesario un diagnóstico situacional del mismo.

La intervención del psicólogo va a hacer foco en los conflictos que se van a generar a partir de que el paciente toma consciencia de la finitud de su vida.

Como forma de delimitar el ambiente en donde se trabaja en conjunto con el paciente se indaga las experiencias previas que éste tuvo con la muerte, por ejemplo si vivió alguna situación de enfermedad terminal de alguno de sus familiares o allegados que fallecieron a raíz de la misma enfermedad u otra, cómo transitó ese camino y que expectativas de vida tiene él con respecto a lo que le está pasando hoy en día.

Los cuidados paliativos en el paciente terminal van a enfocarse a brindar al paciente un mayor bienestar y calidad de vida en la etapa terminal de su enfermedad, para que el paciente pueda morir en paz.

Alizade (1996, p. 57) *“En el advenimiento de una buena muerte, la aventura de morir se convierte en un acontecimiento interesante, inédito e importante por el mero hecho de su carácter relevante, irreversible.”*

En la esfera biológica el paciente va a experimentar cambios vertiginosos en su cuerpo, deterioro de sus capacidades físicas, pérdida de autonomía, va a pasar a ser dependiente de un cuidador principal en la finitud de su vida.

Desde el punto de vista psicológico el paciente en esta última etapa puede llegar a introvertirse en sí mismo y aislarse de su entorno, algunos autores consideran esta etapa final previa a la agonía con la preparación para la muerte.

Al decir de Alizade (1996, p. 37) *“El yo percibe un cimbronazo que lo enfrenta a su condición perecedera. Esto puede dar lugar a la elaboración y resignificación de la historia vivida. Se redimensiona el pasado y se relativiza la existencia.”*

Esto es considerado también como una despedida anticipada del paciente a su familia, en algunos casos él mismo logra sustraerse a la cercanía de la muerte que lo afronta y puede llegar a conectarse de cierto modo con sus seres queridos logrando así despedirse de ellos.

Por otro lado también existen pacientes terminales que no logran elaborar su muerte, utilizando recursos como la negación, aferrándose a falsas esperanzas ya sea en tratamientos milagrosos o el uso de la espiritualidad y la religión como modo de afrontamiento.

Al decir de Alizade (1996, p.126) *“Cuando de morir se trata todo el sistema narcisista se ve conmocionado”*.

El enfermo terminal va a notar la pérdida de sus capacidades motrices, va a enfrentarse a los llamados microduelos por la pérdida de su autonomía. Su cuerpo ya no es el mismo, es un cuerpo débil en decadencia hacia la muerte.

Los pacientes en la etapa previa al morir van a elaborar y resignificar su vida y también su muerte, tratando de que la separación de sus seres queridos sea lo menos angustiante para ambos.

Según Alizade (1996, p. 56) *“El sujeto que vive su muerte, actúa”*.

En este actuar que dice Alizade es tomado como un factor protector tanto para él mismo y sus allegados, actuar la muerte en el sentido de apropiarse de la vida, vivir al máximo el tiempo estimado, quizás se puedan llegar a cumplir metas estipuladas a corto plazo, en conjunto con esto resignificar la vida del paciente.

Todo esto va a generar en el paciente y en su familia o cuidador principal y también en el equipo multidisciplinario que lo ha acompañado en el transcurso de su enfermedad un gran impacto a nivel afectivo – emocional ya que ahora solo se deberá acompañar al paciente en sus últimos días proporcionándole la mejor calidad de vida posible.

Muchas veces resulta necesaria la intervención del psicólogo actuando de mediador en los momentos de poca o mala comunicación entre los familiares y el paciente, teniendo en consideración la implicancia que la nueva situación le genera a cada actor.

La inminente muerte y la vida se conjugan en el aquí y ahora que debe afrontar el paciente formando un par dialéctico entre ambos que están en interacción constante nutriéndose cada uno de ellos de algún aspecto enriquecedor.

La muerte como la vida no está totalmente enmarcada en el presente del individuo así como tampoco en la vida presente y futura de los cuidadores principales y allegados, ¿qué legado les dejará esa persona que va a morir? ¿Qué desean ellos y cómo desea el paciente se lo recuerde cuando él ya no esté?

Para lograr esto se hará partícipe al paciente y allegados trabajando en conjunto, dejando atrás los miedos, las incertidumbres, éstas existen y conviven día a día con el paciente y su entorno, pero lo que se trata de lograr es que no exista la llamada conspiración del silencio, los secretos familiares que lo único que logran es una interferencia en la comunicación, dificultando las despedidas para ambos.

Crisis en el paciente terminal

La amenaza de muerte a la que se ve afrontado día a día el paciente terminal, sabiendo que éste puede ser el último día de su vida, genera en él una crisis de ruptura, una fragmentación de su ser, apareciendo de golpe como un cúmulo de fenómenos en un corto tiempo logrando desestabilizar al individuo.

Crisis en el sentido de algo que abruptamente puede sucumbirlo hasta su fallecimiento, crisis en cuanto a la pérdida de su cuerpo, de sus capacidades psíquicas, pérdida y despedida de sus seres queridos, de sus cosas materiales, de sus vivencias, buscando en estos últimos momentos resignificar su vida.

Menéndez (1996) hace referencia a dos tipos de crisis las cuales se clasifican en: crisis accidentales y crisis evolutivas. Las llamadas crisis evolutivas son esperables, todo individuo va a pasar por ellas a lo largo de su vida, en cambio las crisis accidentales ocurren de forma abrupta e irrumpen la cotidianeidad del individuo desestabilizándolo en todo su ser.

La crisis a la que se ve enfrentado el paciente portador de una enfermedad incurable al tomar conciencia de su terminalidad lo desestabiliza, es por esto que muchos pacientes sienten la necesidad de buscar apoyo y contención en su familia o en el equipo tratante para llevar de forma menos dolorosa este último trance de su vida.

Según Slaikeu (2011) *“Una crisis es un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente, por la incapacidad del individuo de abordar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas...”*

Esta crisis que afecta al paciente logra su desorganización temporal, en consecuencia el individuo es incapaz de dar solución a sus problemas por los métodos aprendidos a lo largo de su vida, afectándolo en la estructura de su existencia como individuo.

Los pacientes terminales en crisis experimentan diversidad de síntomas los cuales pueden ser: sentimiento de agotamiento físico y mental, algunos expresan quedar a la deriva de acuerdo a su expectativa limitada de vida, a su vez esto les genera confusión, sentimientos de inadecuación y mucha ansiedad a la espera de lo que vendrá a medida que la enfermedad avance.

Esto conlleva la desorganización en su vida social y familiar, habrá que delegar responsabilidades en cuanto al rol que ocupaba en el seno familiar.

Para el abordaje de esta crisis que enfrenta el paciente terminal es necesario y fundamental delimitar la situación que lo atraviesa, algunas de las herramientas que se utilizan son la entrevista mediante preguntas abiertas y cerradas se circunscribe el desencadenante que lo llevó a esta situación de desequilibrio y descompensación.

Al decir de Alizade (1996, p.185) *“El sujeto vive en la antesala de la muerte. De la crisis de sentirse amenazado, se dirige a la crisis de la propia muerte”*.

El paciente va a delimitar su problemática dentro de la crisis que lo atraviesa, el terapeuta focal lo que hace es tomar el conflicto tal cual lo expresa el paciente y trabajar sobre ello.

Según Rivera (1996) deben existir elementos de planificación en la intervención focal, estos son, el realizar un diagnóstico situacional del consultante, el definir objetivos y el foco a trabajar, la técnica que se va a emplear incluyendo los recursos tácticos.

Cuando se habla de diagnóstico situacional se aborda al paciente como ser biopsicosocial atravesando una situación de crisis vital.

En los objetivos terapéuticos planteados al paciente terminal, luego de varias entrevistas se delimitará el foco a trabajar, esto va a estar en un entrecruzamiento con la motivación que presente el paciente en la terapia focal, su capacidad de insight, los recursos terapéuticos y el tiempo estimado para trabajar dependiendo del avance de la enfermedad.

El Paciente Terminal y los Cuidados Paliativos.

La palabra Paliativo deriva del latín Pallium cuyo significado es cobertura o manto. Si lo trasladamos al significado del concepto Cuidados Paliativos lo que se busca es mitigar los síntomas que presenta un paciente terminal en la etapa avanzada de una enfermedad progresiva e incurable.

Al decir de Alizade (1996, p. 59) *“Paliar quiere decir disminuir todo sufrimiento, contrarrestar el dolor en todas sus manifestaciones.”*

Según la Organización Mundial de la Salud (1990) los Cuidados Paliativos están dirigidos a mejorar y aliviar los síntomas de los pacientes y sus familiares en la etapa terminal de la vida. Teniendo como objetivo el bienestar y confort del paciente optimizando la máxima calidad de vida para éstos.

Los Cuidados Paliativos siempre deben iniciarse precozmente y no sólo cuando deja de haber un supuesto tratamiento curativo.

Son cuidados activos e integrales que involucran al total del individuo desde un abordaje bio-psico-social así como también espiritual, incluyéndose al núcleo familiar o cuidadores principales.

Los cuidados paliativos consideran la muerte como un proceso natural de la vida, formando parte del vivir, enfermar y morir.

No buscan alargar o acortar la vida, sino reafirmar la vida del paciente en la etapa terminal. Esto se logra mediante la atención integral, continua e individualizada hasta la muerte del paciente.

Para brindar una red de sostén en este momento tanto al paciente como su familia o cuidadores principales se va a conformar un equipo de trabajo interdisciplinario conformado por médicos, psicólogos, enfermeros, asistentes sociales y otros profesionales con el objetivo de mejorar la calidad de vida del paciente en esta etapa.

A partir del año 2013 nuestro país cuenta con el Plan Nacional de Cuidados Paliativos emitido por el Ministerio de Salud Pública, dicho plan es tomado como referencia en la asistencia a enfermos terminales por equipos interdisciplinarios.

Los cuidados paliativos pueden desarrollarse tanto en el domicilio del paciente como en el ámbito asistencial de los centros de salud debiéndose establecer un encuadre flexible para dicho proceso.

Para atender las diversas necesidades que requiere un paciente en etapa terminal es necesario el trabajo entre diferentes disciplinas conformando un equipo interdisciplinario, el cual centre su atención en lograr la máxima calidad de vida al paciente en los últimos días de su vida.

Por este motivo la intervención psicológica ocupa un rol fundamental en el acompañamiento al paciente hasta cuando él lo considere necesario.

Tomando como referencia a los autores Bellak y Small (1978), muchas personas solo acuden a psicoterapia cuando irrumpe en su vida un suceso o hecho traumático que lo va a afectar de manera negativa ejemplo de esto puede ser una crisis vital a causa de diagnóstico de una enfermedad terminal.

Un aspecto a destacar es la mejora en la comunicación e interacción del equipo interdisciplinario con el paciente y su cuidador principal, para ello resulta imprescindible el respetar los tiempos de asimilación de saberse portador de una enfermedad que lo llevará a la muerte, a su vez, el gran impacto emocional y crisis psicológica debido a la pérdida de autonomía causada por el deterioro físico a medida que va avanzando la enfermedad.

El Psicólogo maneja la información de forma transparente de acuerdo a los procedimientos a realizar y las etapas en las que se encuentre el paciente.

Acompañar al paciente en la toma de decisiones dejando en claro que él es libre de decidir y que todo lo que se trate en los encuentros es de carácter confidencial.

Ser claro y entendible al momento de comunicar los procedimientos a realizar, también poner en claro que puede contar con el psicólogo cuando lo necesite, generando un vínculo de confianza entre ambas partes.

Según Defey (2009) no solamente se involucra a la enfermedad que afecta hoy en día al paciente sino que la misma va a generar un efecto movilizador tanto en el pasado, presente y futuro de la persona.

Se podría decir que desde la terapia focal se busca la comunicación y transmisión de las malas noticias con honestidad y empatía hacia el paciente y sus cuidadores principales.

La escucha atenta a las necesidades en esta etapa terminal, el acompañamiento, el estar allí. Trabajar el aquí y ahora. Atención total, activa y continuada de los pacientes y familiares.

Se busca reforzar las creencias que tenga el paciente ya sea en el ámbito religioso o espiritual.

En esta última etapa la vida del paciente se ve modificada de forma negativa constituyendo un espacio de pre duelo entre la muerte parcial y la muerte real.

Al informar a un paciente sobre el diagnóstico de una enfermedad terminal progresiva e incurable aparecen en él una serie de transformaciones a nivel psíquico.

Éstas se caracterizan por cambios de humor, angustia, depresión, ansiedad. Todo esto genera un gran cambio y movilidad familiar en cuanto a los roles que este ocupaba en esa familia.

Terapia Focal aplicada al enfermo terminal

Según Rivera (2011) La llamada terapia focal centra sus orígenes y desarrollo en analistas de origen Británico y Estadounidenses como lo fueron Balint, Malán (Británicos) y Alexander y French (Norteamericanos).

Lo que se buscó al desarrollar esta terapia era la necesidad de dejar de lado los procesos extremadamente extensos en cuanto a su duración que ofrecía el Psicoanálisis, diseñando un dispositivo flexible y enfocado a una determinada problemática que llegase a la mayoría de la población.

La terapia focal se encuentra dentro de las denominadas psicoterapias de orientación psicoanalítica de corta duración, según Defey esta terapia resulta la más adecuada para intervenir en situaciones que requieran un abordaje y resolución de un conflicto, sea cual fuese, en un período acotado de tiempo.

Como su nombre lo indica hace foco en un determinado problema que enfrente el individuo en su aquí y ahora, tratando de resolver el mismo en un corto plazo.

Este tipo de terapia busca resolver los conflictos que se generan a partir del sufrimiento individual que puede llegar a experimentar el paciente en diferentes circunstancias de su vida. Trabajando siempre en pro de mejorar la salud mental de la población.

La terapia focal centra su trabajo terapéutico en individuos que se hallen en estado vulnerable aquí y ahora. Vulnerabilidad debido a factores extrínsecos e intrínsecos que lo atraviesen, por ejemplo situaciones de catástrofes medioambientales, inundaciones, incendios, accidentes de tránsito, o enfermedad terminal entre otras.

Esta terapia ofrece al sujeto una atención especializada y oportuna en el momento mismo de crisis que lo atraviesa.

La terapia focal toma como base el Psicoanálisis, así como también se nutre de la Psicología Social y el Existencialismo, apuntando a el abordaje del paciente en su individualidad así como también integrando la psicología comunitaria.

En este tipo de psicoterapia se centra y se trabaja sobre un determinado foco, este va a ser delimitado oportunamente en los primeros encuentros entre el psicólogo y el paciente.

El foco a trabajar se desarrollará y transformará dentro del campo de la intersubjetividad en el trabajo en conjunto con el paciente y el psicoterapeuta focal.

Dice Defey (2009, p. 90). *“La psicoterapia focal, por otra parte, se centra en el concepto de objetivos definidos, lo cual implica también la definición de un foco de trabajo”*.

Las técnicas que utiliza la terapia focal en el abordaje del paciente terminal son: el olvido selectivo, la atención selectiva en la interpretación por parte del paciente, el llamado enfoque telescópico con fines defensivos por parte del mismo y el manejo de la transferencia que se dará en cada encuentro.

Según Fiorini (1984) va a depender del tipo de paciente el método a utilizar, ya que no existe un solo método, hay diversidad de métodos así como hay diversidad de conflictos que presentan los consultantes.

Al decir de Elizade (2011) entran en juego aspectos éticos y de salud mental en la intervención desde la terapia focal. Éticos en el sentido que se busca la optimización de la intervención en conjunto con el individuo tomando en cuenta el beneficio de su salud mental.

Defey (2009) hace hincapié en lograr en el paciente el insight y que a través de esto se produzcan resultados terapéuticos efectivos en la intervención.

A modo de diferenciar el abordaje psicoanalítico clásico con el abordaje desde la terapia focal, en la primera el psicólogo psicoanalítico va a centrarse en resolver conflictos que emerjan de modo preconsciente menos intencional y mucho más cambiantes en el modo intersubjetivo de cada individuo.

En cambio en la terapia focal el terapeuta va a delimitar y elegir el foco a trabajar permaneciendo en el foco y abordando exclusivamente su interpretación sistemática.

El psicólogo focal diagramará un plan de trabajo dependiendo de las necesidades de cada paciente en forma individualizada.

Al decir de Defey (2011) el objetivo de la terapia breve no es restablecer el psiquismo del paciente, sino la resolución de un problema concreto en un tiempo limitado.

En la intervención psicológica desde la terapia focal se busca actuar como generador de soporte psíquico al paciente portador de la enfermedad terminal.

Desde la terapia focal tomando como eje el motivo de consulta del paciente terminal se buscará mejorar la calidad de vida de los mismos así como también la de sus cuidadores principales.

Según Rivera (2011) se buscará mejorar la calidad de vida del paciente así como también la del entorno que lo rodea, si lo trasladamos al paciente terminal será el cuidador principal el cual se encuentra atravesado por la problemática del paciente en el fin de la vida.

Según Fiorini (2011) el foco en estos pacientes se va a construir en la diada terapeuta – paciente. Se va a desarrollar y transformar en el campo de la intersubjetividad.

Según Fiorini (2011) el delimitar y encontrar el foco en el motivo de consulta no es tarea fácil ya que el psiquismo del paciente se encuentra enlazado a otros conflictos de su historia vital. Éstos pueden irrumpir mezclándose con el motivo actual de consulta llegando a dificultar la tarea del analista.

Según Small (1978) La terapia breve va a delimitar el encuadre flexible en cuanto a la atención del paciente terminal, dado el tiempo limitado de sesiones a trabajar. Respetando los silencios, y también los olvidos del paciente.

Los objetivos y los alcances de esta psicoterapia focal son limitados a la problemática que presente el paciente, el conflicto que lo aqueja aquí y ahora, así como también el motivo perturbador que lo llevó a iniciar esta psicoterapia.

Se enfoca en tratar el problema emergente en el aquí y el ahora. Aunque esto no significa que la duración de la terapia no se pueda extender en el tiempo.

Algunos criterios a considerar en el inicio de la terapia focal son la disposición que presente el paciente a recibir la intervención psicoterapéutica y la motivación del mismo a resolver el conflicto que lo aqueja.

Jiménez (2011, p.28) Cita a Ballint y cols (1972) diciendo que:

“El foco es un constructo teórico – técnico, que surge de la mente del terapeuta a partir de la interacción con el paciente dentro de las primeras sesiones de tratamiento y podría formularse idealmente en términos de una interpretación esencial en la que debe basarse la terapia”.

Según Fiorini (2011) un aspecto a destacar es la elección en conjunto del foco a trabajar tomando en cuenta las necesidades y las demandas del paciente.

Una vez delimitado el foco de intervención, el cual va a ser un constructo entre la demanda del paciente y la intervención del psicólogo, se trabajará sobre el motivo perturbador que está en conflicto.

Al decir de Fiorini (2011) Esta terapia centra su foco en situaciones límites que atraviesa el individuo en cierto momento de su vida, las llamadas crisis vitales, las cuales irrumpen en su cotidianeidad afectándolo en forma negativa desde su integridad como sujeto biopsicosocial.

Según Small (1978, p. 35). *“Ciertos ambientes exigen la aplicación de psicoterapias breves, debido a que en ellos no es posible el contacto prolongado con el paciente.”*

Considerando que estamos trabajando con un paciente en etapa terminal y estamos allí con el debido a su demanda, hay que optimizar los tiempos de las consultas, no generando ansiedades de finitud en un breve plazo pero sí aprovechando al máximo cada encuentro.

Al decir de Rivera (2011) la duración del tiempo de las sesiones es relativa al encuadre que se establezca, no existiendo un tiempo prefijado.

Al trabajar con pacientes moribundos el psicólogo focal evaluará en cada encuentro el tiempo estimado de la consulta, dependiendo el estado del consultante.

Al hacer referencia al estado del paciente, dada su situación terminal y su deterioro progresivo, el mismo tendrá días de altibajos tanto en su estado de ánimo como en su condición a nivel biológico. Por esta razón el tiempo que se le dedique a la terapia dependerá de estas circunstancias.

Según Bernardi (2009, p.90) *“El foco tiene una existencia independiente de la intervención configuradora del analista, en el sentido que al fin y al cabo el paciente trae su sintomatología configurada previamente por su propia conflictiva.”*

Trabajando desde la intervención en terapia focal resulta necesario acotar el tiempo de intervención que ofrecemos a estos pacientes ya que ellos están en la etapa terminal de su enfermedad, por este motivo no se le puede brindar técnicas ni psicoterapias en las que su tiempo sea mayor a la sobrevida estimada del paciente.

En la medida que estemos trabajando con el paciente es necesario focalizarnos en el tipo de respuesta que le damos, actuando desde nuestro rol de terapeutas.

También es importante tener en cuenta cuál fue el motivo que lo llevó a consultar. Ver la motivación a la hora de la consulta, indagar si están cursando esta psicoterapia por voluntad propia o fueron derivados por el equipo tratante.

Muchos pacientes únicamente consultan en situaciones de crisis, quizás esto nunca lo hubiesen hecho en otra circunstancia de su vida.

Algunos pacientes llegan a consultar buscando una respuesta puntual a fin de resolver esto que les está tocando vivir. Un ejemplo de esto puede ser el resolver un conflicto y dejar ordenada de cierto modo su vida preparándose para la muerte.

Dice Moffatt (2007, p.3) *“La capacidad de anticipar, de imaginar lo futuro, le permitió al hombre separarse definitivamente de los animales, pues estos siguieron encerrados en su presente inmediato, una percepción sin historia”*.

Por este motivo es importante resaltar la importancia de la primera entrevista, ver las ansiedades a las que se enfrenta, la demanda, su carácter y que etapa de la enfermedad cursa.

Dependiendo de la etapa terminal del paciente serán las herramientas a utilizar, no es lo mismo trabajar con un paciente que es probable que entre próximamente en la etapa agónica que un paciente que sea recién derivado a cuidados paliativos.

Por más que no podamos determinar con exactitud el tiempo estimado de sobrevivencia del paciente terminal, nos manejaremos con los síntomas y signos que vaya presentando la enfermedad, así optimizaremos los tiempos de la intervención del terapeuta focal.

El terapeuta focal al trabajar con este tipo de pacientes deberá adecuarse y establecer un encuadre flexible y móvil.

Si tomamos en cuenta que un paciente en etapa terminal se encuentra en su domicilio con internación domiciliaria, será necesario buscar un espacio en donde se encuentre para trabajar con tranquilidad y crear el encuadre de trabajo allí.

Dada las circunstancias y los altibajos que pueda presentar el paciente en el transcurso de su enfermedad quizás necesite ser internado puntualmente en centros asistenciales debido a agudizaciones de sus comorbilidades y hasta allí el psicólogo focal tendrá que montar un nuevo escenario de intervención.

En la misma línea se trabajará con el paciente desde su totalidad como ser biopsicosocial y no meramente basándonos en la concepción individualista del enfermo terminal.

No tomando meramente los síntomas físicos que va a generar la enfermedad en sí. Ya que si solo abordamos los síntomas físicos los métodos utilizados específicamente en el ámbito médico van a resultar insuficientes para satisfacer las necesidades del paciente. Defey plantea (2009, p.86) *“Por esto mismo es que la terapia Focal aborda procesos agudos – como veremos- deviene, por lo general breve”*.

La terapia breve está orientada a la comprensión psicodinámica de los problemas del aquí y ahora en el paciente terminal.

Mediante el empleo de la psicoterapia breve se trabaja en el foco de la problemática que lo aqueja, se intenta lograr el esclarecimiento de los aspectos disruptivos que aquí y ahora lo afectan y lo movilizan en forma negativa.

Esta forma de terapia resulta la más indicada para el abordaje de situaciones de crisis y duelos durante el transcurso de la enfermedad terminal.

Esta enfermedad conlleva una pérdida significativa en la calidad de vida del paciente, en el cual van a aparecer crisis vitales, duelos por la pérdida de autonomía y deterioro en la calidad de vida causada por la enfermedad que lo llevará a la muerte. El psicólogo focal trabajando en conjunto y en comunicación con el equipo interdisciplinario conformará un todo en pro del bienestar del paciente.

El paciente en etapa terminal es consciente del deterioro físico y psíquico progresivo que está atravesándolo, seguramente su psiquismo va a girar en torno a las preocupaciones y angustias que le está provocando su enfermedad en este momento.

Desde la terapia Focal se busca intervenir en esta etapa de su vida de cierta forma, acompañando este momento disruptivo en la vida del paciente terminal.

Según Defey (2009, p.86) *“Aspectos tan centrales como la propia historia, los proyectos, los mecanismos de defensa, la percepción de uno mismo y del mundo se ven afectados por la temática...”*

Trabajando a partir de la terapia focal debemos integrar en pro del bienestar del paciente aspectos protectores y que le brinden confianza para afrontar esta etapa de su vida.

Un claro ejemplo es indagar en su espiritualidad y creencias religiosas. Tanto la religión como la espiritualidad actúan en conjunto para ayudar a sobrellevar esta dura etapa. Quizás muchos pacientes se aferren a esto para tener cierta esperanza de un más allá después de su inevitable muerte.

Indagar cómo se siente el paciente frente a esto, qué es lo que genera en él, miedos, paz, inseguridad en cuanto a su enfermedad y la duración de la misma.

Al referirme al tiempo limitado de este proceso, el trabajo del psicólogo va a estar delimitado por las etapas de la enfermedad y cómo las mismas van siendo transcurridas por el paciente. Hay diferencia del proceso según el tiempo que tenga el paciente para afrontar los deterioros y su muerte.

En este caso particular procesar la función significativa del psicólogo desde la construcción del espacio, de cierta manera observando desde el inconsciente, la capacidad de elaboración del psiquismo, el miedo a la muerte, la angustia de lo que está viviendo el paciente terminal.

La metodología que se utiliza en la intervención del psicólogo con el paciente terminal es la que busca crear cierta alianza terapéutica con el mismo.

Tener un entendimiento entre ambas partes, respetando sus tiempos, los microduelos por los que atravesará, respetando sus altibajos en su estado emocional.

Esta alianza terapéutica va a hacer de estricta confidencialidad, se le aclara al paciente que por más que se esté trabajando en conjunto con el equipo interdisciplinario y en contacto con su cuidador principal, lo tratado en las sesiones de terapia focal va a ser confidencial como en cualquier otra terapia.

Esto va a generar un vínculo de confianza paciente - terapeuta facilitando que afloren sus sentimientos, miedos y preocupaciones.

Según Jiménez (2011, p. 30) *“Aún cuando el trabajo en torno a un foco tiende en general a acortar la duración del tratamiento, no necesariamente transforma la “terapia focal” en una terapia breve de tiempo fijo”*.

Es necesario prestar atención a las resistencias que puedan surgir con respecto a la enfermedad y con respecto a la intervención psicológica, se debe evaluar el aquí y ahora del paciente y su disposición a recibir ayuda.

El psicólogo debe llevar un papel activo y dinámico en este caso al trabajar con pacientes terminales aprovechando y maximizando los tiempos de los encuentros.

Como herramientas se utilizarán técnicas específicas y de corta duración, una de las herramientas más utilizadas es la asociación libre.

Mediante su discurso el paciente recordará aspectos de su vida cuando no se encontraba enfermo, de este modo logrará resignificar su vida e ir elaborando lentamente su muerte.

En los pacientes terminales debido a su enfermedad y pronóstico de vida desfavorable en muchos de ellos no existe un proyecto vital, trayendo en consecuencia un desborde psíquico de las transformaciones inesperadas e irreversibles, no llegando a percibirse a sí mismo en este presente.

Desde la terapia focal resulta relevante indagar cuáles son las defensas que afloran en él en esta etapa de su vida a efectos de fortalecerlas y que actúen como factor protector.

Si logramos una alianza terapéutica con el paciente podremos indagar y tratar de resolver algunos conflictos que aparecerán ligados a síntomas que experimente el paciente.

El contacto visual va a tomarse como una herramienta más a la hora de trabajar con el enfermo terminal.

Knobel (2004) plantea que la adaptación que se tiene que dar por parte del paciente debe ser una adaptación mutua por parte de éste y del terapeuta.

Existen cambios vertiginosos los cuales pueden desembocar en profundas depresiones acelerando de cierta forma la muerte en vida.

La función de la terapia de crisis es brindar sostén y protección a la persona que está atravesando esta etapa para de algún modo aliviar el sufrimiento psíquico que se genera debido al advenimiento de su muerte.

Este tipo de intervención como lo mencionan los autores Fiorini y Defey, se centra en la toma de decisiones acerca de la enfermedad, los procedimientos utilizados para informar el diagnóstico y el tratamiento a realizar, a partir del manejo de información del paciente, la familia y los profesionales de la salud.

Si tomamos en cuenta al paciente terminal y su tiempo estimado de vida limitado, esta terapia va a ser una de las más adecuadas para trabajar con él, ya que no ahondará en problemáticas de su pasado sino que se centrará en el presente.

Articulación de la terapia focal de acuerdo a los requerimientos del paciente terminal

El paciente terminal es un individuo el cual tiene un pronóstico de vida limitado, por este motivo resulta necesario el optimizar el tiempo de la intervención de todos los actores que lo acompañan en este proceso siendo imprescindible la participación del equipo interdisciplinario.

A partir de la intervención psicológica por medio la terapia focal y de acuerdo a los requerimientos que presenta el paciente en esta etapa, considero este tipo de intervención como una de las más adecuadas para el tratamiento como un ser en su totalidad a partir de un acontecimiento disruptivo como lo es una enfermedad terminal.

Para que la intervención sea efectiva es necesario definir previamente los objetivos buscados, es de suma importancia la definición de estos así como también tener en cuenta el tiempo aproximado que se tiene para intervenir.

En el abordaje al paciente terminal desde la terapia focal se impone al psicólogo el diagnóstico en situación, allí es necesario la exploración del conflicto, lo que va a permitir profundizar la estructura que presente, pudiendo así formular una estrategia de intervención precisa. Situándose el centro de la intervención como algo clave en el transcurso de la problemática.

Según Fiorini debemos pensar al paciente en situación, pero a su vez atravesado por el entorno en el que se encuentra inserto, allí van a converger otros actores que van a configurar la situación crítica que los invade.

Una vez que el terapeuta focal centra su foco y estrategia se le comunica al paciente la forma de intervención, haciéndolo partícipe y logrando así en conjunto la meta propuesta.

Una vez instalada y enmarcada la demanda, el terapeuta tiene la necesidad de indagar hasta dónde ese paciente es capaz de llegar y lo que él estaría dispuesto a hacer en esta intervención a fin de colaborar en el proceso.

El terapeuta focal indaga sobre la dinámica sobre la cual funciona esa familia y cuál es el rol que ocupa o ocupaba el paciente.

La terapia focal ayudará al paciente terminal desde las necesidades individuales, se trata de una intervención psicológica que es diseñada para intervenir y resolver conflictos en momentos de crisis específicos en la vida del ser humano, siendo estos momentos de gran vulnerabilidad.

Según Benyakar (2014, p. 11) *“Esos impactos, no importa su magnitud, movilizan al psiquismo en forma negativa, pudiendo llevarlos a vivencias traumáticas, o bien generan movilizaciones positivas como la resiliencia”*.

El paciente en etapa terminal va a atravesar por diferentes momentos a partir de que le es diagnosticada su enfermedad y pasa al cuidado del equipo de cuidados paliativos. La terapia focal se aboca a que el individuo logre una máxima calidad de vida, esto se logra actuando sobre la reorganización vital en este momento.

De esta manera resulta necesario el resignificar la vida del paciente, reconstruir su historia de vida, a través de esto el yo del paciente se reafirma y se hace más fuerte para lograr atravesar este período de su vida.

En su libro *“On death and dying”* (1969) su autora Elisabeth Kubler – Ross plantea que el paciente terminal atraviesa por cinco fases de duelo, como lo son: la negación y el aislamiento, ira, pacto o negociación, depresión y aceptación.

Al intervenir desde la terapia focal en el paciente terminal se hace foco en el conflicto que aqueja al individuo hoy en día, pero a su vez el diagnóstico de su terminalidad va a generar un efecto movilizador removiendo cosas de su pasado, de su presente y de su futuro.

Se trabajará con el paciente prestando especial atención desde una escucha atenta las necesidades que requiere en la actualidad para lograr de cierta forma resolver los conflictos que lo aquejan, llegando así a la aceptación de la muerte y que pueda morir en paz.

El hacer foco significa prestar especial atención en la demanda del paciente y su problemática a resolver.

El terapeuta focal acompaña, guía, y va a potenciar las fortalezas del paciente terminal en esta etapa. Para llevar esto a cabo esto es necesario contar con el apoyo familiar, espiritual y psicológico.

La comunicación puede ser enfocada a diversos temas necesarios para ese paciente, desde la intervención de la terapia focal en este momento esta se va a centrar en la individualización del caso en particular.

Cada paciente va a presentar un cúmulo de síntomas y tiene que ser tratado como un ser subjetivo. Respetando la importancia de su intimidad aunque se haya convertido en un ser dependiente de cuidados por parte de un cuidador principal.

El terapeuta focal le brinda orientación en cuanto a la toma de decisiones al final de su vida, respetando su voluntad, logrando así mejorar en cierto sentido su calidad de vida.

Una vez habiendo delimitado el foco de la intervención se trabaja sobre las demandas del paciente, en este caso centrándonos de acuerdo al tiempo acotado de vida.

Los pacientes terminales en su gran mayoría necesitan resolver conflictos personales, angustias que surjan a partir de la enfermedad y de su deterioro físico y psíquico, así como también se trabaja sobre los modos de afrontamiento que utiliza el paciente para seguir adelante, interviniendo así de esta forma los temores que le aquejan.

Conclusiones

Mediante la búsqueda bibliográfica realizada en esta monografía se puede apreciar la relevancia que han ganado los cuidados paliativos abocados al paciente terminal en nuestro país y en el resto del mundo.

Los cuidados paliativos al paciente terminal no es algo nuevo que surja en ésta época, sino que desde siempre han existido, quizás no con este nombre pero así queda expresado en el arte, como por ejemplo, cuadros, canciones, poesías, esculturas entre otras cosas.

De este modo se aprecia también el cambio en el modelo del morir ayer y hoy, cambios que en vez de evolucionar han involucionado dejando de lado las despedidas por parte de la familia al enfermo terminal y viceversa. En este retroceso y ocultamiento se impide al individuo vivir los últimos días de su vida como lo es, una etapa más de su ciclo biológico.

En este marco el abordaje interdisciplinario resulta un factor clave e imprescindible para tratar al individuo como un ser biopsicosocial y satisfacer las demandas que se harán presentes a raíz de su terminalidad.

Las preguntas planteadas al inicio de esta monografía fueron: ¿Es pertinente el empleo de la terapia focal a un paciente en etapa terminal?

¿Puede la terapia focal ayudar al paciente terminal a transitar las distintas etapas que va a afrontar hasta su muerte?

En este sentido resulta adecuado el abordaje psicológico del paciente tomando como herramienta para la intervención la terapia focal, ya que ésta trabaja aquí y ahora los requerimientos inmediatos que presente el paciente.

Dado el tiempo estimado de vida, más menos seis meses, considero que la terapia focal resulta, dentro de las múltiples terapias que existen en el bagaje terapéutico psicológico, una de las más adecuadas para el abordaje de esta clase de paciente ya que desde otra corriente psicoanalítica se requeriría más tiempo de intervención.

La terapia focal trabaja los conflictos que puedan surgir debido a la enfermedad del paciente terminal, éstos conflictos pueden ser desencadenados a raíz de la enfermedad o pueden tener larga data, lo que se busca es mediante las herramientas de intervención resolver los mismos para que el paciente pueda morir en paz.

La atención individualizada y oportuna optimizará los resultados en cuanto a la resolución de conflictos, dejando al paciente resolver las problemáticas planteadas en su actualidad y aquellas que pudieran presentarse cuando el ya no esté.

El constructo de la demanda que plantea el paciente se hará en conjunto con el terapeuta quien será el encargado de diseñar la forma de abordaje que más se adecue a las necesidades del paciente, para esto se diagrama un plan de trabajo de acuerdo al tiempo estimado de sobrevivencia, siendo este a su vez flexible en cuanto a los tiempos y desavenencias que puedan surgir en el proceso.

Se toma la problemática del paciente como un tipo de crisis la cual atraviesa al individuo en esta etapa de su vida, la enfermedad de la cual es portador lo pondrá en una encrucijada, mediante el empleo de la terapia focal se debe ubicar al paciente en su aquí y ahora para prevenir o paliar la situación de desborde psíquico que pudiese presentar.

En la intervención del equipo interdisciplinario se aborda al paciente como un todo, un ser biopsicosocial, aquí cada profesional trabaja mediante el uso de herramientas específicas de cada profesión con el fin de ayudar a transitar esta etapa de la vida del paciente de la mejor manera posible.

Es importante el contacto que se tenga entre los grupos, ya que esto mejorará la atención al paciente. No sirve de nada que cada profesional trabaje de forma aislada en pro del bienestar, es necesario generar un círculo en la atención profesional y humana al paciente y su entorno.

Para finalizar el recorrido que he realizado durante este trabajo monográfico incluiré la letra del tema *“Morir al lado de mi amor”* del cantante Demis Roussos, se trata de una canción que dice mucho sobre el deseo que experimenta un paciente en etapa terminal.

*Si tengo que morir
Querré que estés allí
Sé que tanto amor
Me ayudará a descender
Al más allá*

*Entonces diré Adiós
Sin miedo y sin dolor
En la soledad
Reviviré los años de felicidad*

*Para cruzar el umbral
No deseo nada más*

*Acariciado por tu voz
Morir al lado de mi amor
Me dormiré mirándote El tiempo que pasó
Jamás nos separó
El nos unirá
En un rincón profundo de la eternidad*

*A la hora del final
Solo quiero tu mirar
con tu perfume alrededor
Morir al lado de mi amor
Me dormiré mirándote*

*Para cruzar el umbral
No deseo nada más
Acariciado por tu voz
Morir al lado de mi amor
Y dormiré mirándote*

Referencias Bibliográficas

- Alizade, M. (1996). *Clínica con la muerte*. Editorial Amorrortu editores. Buenos Aires.
- Astudillo, W.; Mendinueta, C. (2003). *¿Cómo ayudar a un enfermo en fase terminal?* Editorial Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos. San Sebastián, España.
- Barrán, J (1990). *"Historia de la sensibilidad"* Tomo I, Banda Oriental. Montevideo.
- Caputti, A, Medina, G, Melgar, S, Petit, I (2008). *Cuidados paliativos en domicilio en el primer nivel de atención. Parte 1*. Organización Panamericana de la Salud. Montevideo.
- Defey, D. (2011). *Vidas en crisis. La técnica de la psicoterapia focal psicoanalítica en vivo*. Educat. Montevideo.
- Defey, D. (2001). *Psicoterapia Focal. Intervenciones psicoanalíticas de objetivos y tiempo definidos*. Roca Viva. Montevideo.
- Fiorini, H. (2002). *Teoría y Técnica de la Psicoterapia*. Nueva Visión, Buenos Aires.
- Fiorini, H. (1996). *Focalización y Psicoanálisis*. En Fiorini, H. *Exploración de la situación como una modalidad de abordaje en psicoterapias*. (p.p.1-19). Prensa Médica Latinoamericana. Montevideo.
- Fiorini, H. (1996). *Focalización y Psicoanálisis*. En Menéndez, P. *Concepto de situación*. (p.p.21-39). Prensa Médica Latinoamericana. Montevideo.
- Fiorini, H. (1996). *Focalización y Psicoanálisis*. En Fiorini, H. *Modalidades de la focalización en psicoterapias*. (p.p.49-64). Prensa Médica Latinoamericana. Montevideo.
- Fiorini, H. (1996). *Focalización y Psicoanálisis*. En Rivera, J. *Sobre la planificación en la psicoterapia focal psicoanalítica*. (p.p.65-83). Prensa Médica Latinoamericana. Montevideo.

- Fiorini, H. (1996). *Focalización y Psicoanálisis*. En Menéndez, P. *Psicoterapias planificadas: criterios que orientan nuestra labor*. (p.p.85-105). Prensa Médica Latinoamericana. Montevideo.
- Fiorini, H. (1996). *Focalización y Psicoanálisis*. En Defey, D. *Recursos terapéuticos alternativos*. (p.p.117-128). Prensa Médica Latinoamericana. Montevideo.
- Fiorini, H. (1996). *Focalización y Psicoanálisis*. En Rivera, J. *La Psicoterapia Breve en la interconsulta médico-psicológica*. (p.p.163-174). Prensa Médica Latinoamericana. Montevideo
- Fiorini, H. (1996). *Focalización y Psicoanálisis*. En Fiorini, H. Prensa Médica Latinoamericana. Montevideo.
- Hennezel, M; Montigny, J. (1994). *El amor último, acompañamiento a enfermos terminales*. De la Flor. Buenos Aires.
- Gandolfi, A. (2012). *Dispositivo de intervención en cuidados paliativos: el encuadre interno como instrumento*. Montevideo: Facultad de Psicología. inédito
- Gandolfi, A., Protesoni, A.; Reina, M. (2008). *Inventiones clínicas sobre las afecciones del cuerpo*. En: IX Jornadas de Psicología Universitaria, Psicolibros, Montevideo.
- Gandolfi, A., Protesoni, A.; Reina, M. (2010). *Desafíos en la intervención domiciliaria en el ámbito de los cuidados paliativos* . Presentado en: V Congreso Uruguayo de Psicología Médica, Montevideo.
- Gómez Sancho, M. (2003). *Avance en cuidados paliativos*. Tomo 1, Cap. 1, 2, 5, 6. GAFOS. España
- Gómez Sancho, M. (2003). *Avance en cuidados paliativos*. Tomo 2: Cap. 30-32-42-43 ; Tomo 3: Cap. 77- 78- 80- 95, 96, 97. GAFOS. España.
- Gómez Sancho, M. (2003). *Avance en cuidados paliativos*. Tomo 3: Cap. 30-32-42-43 ; Tomo 3: Cap. 77- 78- 80, 81,82, 83, 84, 95, 96, 97. GAFOS. España.
- *Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre cuidados paliativos. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos*. Madrid. Plan Nacional del SNS

- para el MSC Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; (2008). Guías de Plática Clínica en el SNS: OSTEBA N° 2006/08.
- Hennezel, M; Montigny, J. (1994). *El amor último, acompañamiento de enfermos terminales*. De la Flor. Bs.As.
 - Lorraine, S. (1992). *Agonía, muerte y duelo*. El Manual Moderno, S.A de C.V. México D.F.
 - Protesoni, A. (2012). *Caracterización de la demanda y evaluación de las intervenciones psicológicas en cuidados paliativos en el primer nivel de atención*. Montevideo: Facultad de Psicología. Inédito
 - Slaikou, K. (2011). *Intervención en crisis manual para la práctica e investigación*. El manual moderno S.A de C.V. Mexico, D.F
 - *Nuevas perspectivas en cuidados paliativos*. (2006). Recuperado en: <http://www.scielo.cl/pdf/abioeth/v12n2/art12.pdf>
 - *Terapia focal en cáncer de próstata: una potencial estrategia para solucionar el problema del sobretratamiento*. (2010). Recuperado en: <http://scielo.isciii.es/pdf/urol/v63n10/03.pdf>
 - *Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Guía de Cuidados Paliativos Secpal (S.F)* Recuperado en: <http://www.secpal.com/guiacp/guiacp.pdf>
 - *O papel do psicólogo na equipe de cuidados paliativos junto ao paciente com câncer*. (2011). Recuperado en: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v14n2/v14n2a07.pdf>
 - *Paciente Terminal, Família e Equipe de Saúde*. (2009). Recuperado en: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v12n1/v12n1a11.pdf>
 - Philippe Ariés, *Historia de la muerte en occidente. Desde la Edad Media hasta nuestros días*. (2011). Recuperado en: <https://es.scribd.com/doc/103397590/Aries-Philippe-Historia-de-La-Muerte-en-Occidente>

- *A finitude da vida e o papel do psicólogo: perspectivas em cuidados paliativos.* (2014). Recuperado en: <http://www.gpec.ucdb.br/pssa/index.php/pssa/article/viewFile/321/367>
- *A atuação do psicólogo no tratamento de pacientes terminais e seus familiares.* (2013). Recuperado en: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ph/v11n1/v11n1a02.pdf>
- *El concepto de Foco.* (2014). Recuperado en: <http://www.hectorfiorini.com.ar/tyt.pdf>
- *Psicoanálisis y Psicoterapias Encuentros, Desencuentros e Intersecciones.* (2007). Recuperado en: http://apra.org.ar/revistadeapra/pdf/Fiorini_1.pdf
- *Terapia focal como marco teórico general.* Publicado en la Revista N° 16. (2014). Recuperado en: <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000281&a=Anidacion-multimodal-en-psicoterapia-focal-caso-clinico-de-un-paciente-oncologico-y-narcisista>
- *Terapia focal en cáncer de próstata: una estrategia potencial para solucionar el problema del sobretratamiento.* (2010). Recuperado en: <http://scielo.isciii.es/pdf/urol/v63n10/04.pdf>
- Elisabeth Kubler – Ross Foundation (2014). Recuperado en: <http://www.ekrfoundation.org/>
- Elisabeth Kubler – Ross (S.F). Recuperado en: <http://www.crossroadscounsellinggroup.com/resources/ebook/KublerRossElizabethOnDeathDying-complimentsofCRTI.pdf>