

Protocolo EMDR en enfermedades oncológicas
Las cogniciones negativas en las diferentes fases del tratamiento

Por Paola Pupulin (Vicenza) 2006

Traducido al alemán por M. Brigitta Beghella

Traducido al castellano por Isabel Aschauer López – 25-3-16

Prefacio

En base a una larga experiencia en el tratamiento de pacientes oncológicos, puedo afirmar que las pacientes con diagnóstico de cáncer mencionan los siguientes síntomas durante la psicoterapia:

- Miedo a la enfermedad
- Sentimientos amedrentadores ante a los diferentes tratamientos que les aguardan (tales como intervenciones quirúrgicas, quimioterapia y radioterapia)
- Miedo a relacionarse con el sistema médico, o con el personal hospitalario
- Preocupación, incluso sensación de opresión por la debilidad o daño corporal
- Y ante todo un miedo existencial ante la muerte.

Recibir del médico el diagnóstico de cánceres un poco como oír una sentencia de muerte. Este contexto justifica en gran parte un proceso reactivo, secundario a la transición del yo-sano a yo-enfermo, ya que los pacientes se ven arrojados a una situación caracterizada por inseguridad, alteraciones corporales, y en consecuencia una alteración radical de sus roles.

Aunque la intensidad y la naturaleza de las reacciones individuales puedan ser diferentes, el anuncio del diagnóstico en general desencadena una primera fase psicológica de shock, ya que la noticia se recibe como el anuncio de una catástrofe.

Aparecen pensamientos tipo “No puedo creerlo, no puede ser verdad”, “¿porqué yo, a mí?”, etc

1. Miedo, depresión, pensamientos incontrolables e irritabilidad:

Estos estados psíquicos son parte del cuadro clínico, cuando nos vemos enfrentados a una enfermedad que amenaza nuestras vidas. Junto a sentimientos de impotencia, muchas personas se ven perseguidas por imágenes avasalladoras de lo que el diagnóstico augura.

Puede suceder que la manera en la que el diagnóstico es transmitida (por falta de sensibilidad, u otros detalles) proporcione al paciente la impresión de haber sido condenado a muerte. Si se detectan estas imágenes, deberían ser el punto de partida de las Sesión de EMDR:

- Punto de partida: “Comunicación del diagnóstico”
- Cognición negativa: “Estoy sentenciado a muerte”, “Ya me estoy muriendo”
- Cognición positiva: “No estoy dispuesto a morir”, ¡Quiero vivir!”

Esta cognición positiva puede desencadenar en la paciente una gran resonancia. Esto es importante, porque es frecuente que las pacientes se sientan aprisionadas en una sensación de impotencia, de tal manera que es muy probable que afecte a su sistema inmune. Muchas veces se evidencia que la autoapreciación como víctima impotente, es el factor que más debilita.

2. Anamnesis:

Es importante prestar atención a las condiciones de vida del paciente, en estrecho vínculo con su historia vital, y sus síntomas psicosociales, sobre todo:

- Situación actual
- Sucesos anteriores vinculados a la enfermedad
- Significado de la enfermedad

En la anamnesis, como en toda enfermedad, descartar la posibilidad de ganancias secundarias, sobre todo vinculadas a la idea de autocastigo.

No es infrecuente que las pacientes digan: “Es mi culpa, me lo merezco” La culpa puede estar relacionada con la decisión de una separación; un aborto; no haber estado cerca de un miembro familiar enfermo; o vinculado al fallecimiento de un ser querido, etc.

Preparación para EMDR respecto a un suceso pasado, que despierta culpa:

- Cognición negativa: “Es todo culpa mía”
- Cognición positiva: “Puedo aprender de ello”

Beneficio secundario: puede estar relacionado con la necesidad de recibir atención, ya sea por modelados previos, o en base al contexto real actual. Esto es el caso de una paciente que gracias a su enfermedad consiguió retener a su marido, que hacía un mes le había comunicado que se separaría en cuanto encontrara una vivienda.

- Cognición negativa: “No me valoro”
- Cognición positiva: “Puedo expresar lo que necesito”

Es importante, para determinar las circunstancias de la vida de la paciente, hacer preguntas como “¿Qué es lo que debe cambiar?”; “¿A qué debería renunciar para que le vaya mejor?”; “En caso de recuperar la salud, cómo organizaría su vida?”

2.1. Enfermedad y stress:

Valorar condiciones stressantes que podrían estar presentes antes de la enfermedad, y durante la misma. Casi todas mis pacientes refirieron haber experimentado antes o al principio del proceso de enfermar, (incluso de 6 a 18 meses antes) un período con sentimientos de desamparo, incapacidad para controlar o resolver problemas, y pensaron que estaban lista para “rendirse”. Cuando desaparece la esperanza, todo se limita a “quedar en el sitio”, sin expectativas de llegar a buen puerto. Superficialmente puede parecer que la persona se enfrenta a dar la batalla por la vida, pero en su interior, nos da la apariencia de que la vida ya no tiene sentido.

Preparación para EMDR respecto a una situación difícil previa a la enfermedad:

- CN: “Me siento impotente”; “No tengo el control”.
- CP: “Puedo manejarlo”

2.2. Enfermedad y Traumas:

Averiguar experiencias de situaciones traumáticas previas, tales como:

- Accidentes, intervenciones quirúrgicas
- Muertes
- Experiencias de abuso
- Divorcios
- Historial de pérdidas

2.3. Muerte por cáncer de una persona importante para la paciente:

- CN: “Yo también estoy expuesta”
- CP: “Cada uno tiene su propia historia y su propio destino”.

3. Preocupaciones en relación a la familia:

No es infrecuente que las pacientes teman una intervención quirúrgica porque se preocupan por sus hijos y marido, si llegaran a morir. A través de EMDR pueden tomar conciencia de que han dado mucho a su familia, y un sólido fundamento de que, en caso de morir, los miembros de su familia lo soportarían. Con este conocimiento las pacientes devienen menos controladoras y se relajan más.

- CN: “No soporto dejarlos atrás”
- CP: “Me permito admitir que puedan vivir sin mí”

4. Manejo de la rabia

Las enfermas de cáncer tienen dificultades de expresar su rabia. No son capaces de identificar sus emociones de ira, furia o rabia. Esta incapacidad está frecuentemente ligada a experiencias previas en las que aprendieron que la rabia es una emoción peligrosa: “No debo sentir rabia o ira”

- CN: “No debo sentir ni expresar rabia”
- CP: “Puedo aprender a sentir y expresar mi rabia”

5. Familia y amigos:

No es infrecuente que el sistema de apoyo no funcione, debido a que los amigos están influenciados negativamente ante la enfermedad de la paciente. En algunos casos los amigos se sienten tan incómodos con el pensamiento de que pueden llegar a perder a una persona valiosa, como por su propio miedo a morir, que se alejan. En otros casos, manejan la situación minimizando la posibilidad de la muerte, o ejerciendo presión sobre la paciente para que adopte una posición optimista. Debemos prestar atención a las reacciones y las emociones de las pacientes.

Cuando los familiares no están disponibles para dar soporte a la terapia, usaremos EMDR para ayudar a la paciente a tomar a la familia tal como es, no como le gustaría que fuera.

- CN: “estoy sola e indefensa”
- CP: “Puedo defenderme y confiar en mí misma”

6. Daño Psíquico:

En pacientes mastectomizadas, suele aparecer una sensación de humillación frente a su propio cuerpo. La intervención es mutilante. Frecuentemente la situación está agravada por la idea del cuerpo como un agresor del que uno no puede escapar.

La elaboración psicológica de la pérdida no sucede sin dolor y gran esfuerzo, mientras uno se enfrenta en forma emocional y racional a la molesta pregunta “¿Por qué justo a mí?”

Después del EMDR consigue la paciente una convicción más optimista, que ella es más que su cuerpo. Puede tomar conciencia de que hay muchos motivos para vivir, y que su existencia puede seguir irradiando desde el más allá.

- CN: “Tengo un cuerpo devastado”; “Soy horrible”
- CP: “Soy más que un cuerpo”; “Por dentro soy hermosa”

7. Fortalecimiento del Sistema inmunitario:

Carol y Stephanie Simonton, dos pioneros del campo de la psico neuro inmunología, trabajaron durante mucho tiempo con pacientes afectadas de tumores. Los Simonton llegaron a la conclusión de que es necesario instruir a las pacientes en la posibilidad de crear imágenes positivas de que su sistema inmune es más fuerte que el cáncer. Por ejemplo: visualizar que el propio sistema inmunitario es un ejército poderoso y las células cancerosas son un adversario mucho más débil. O en caso de personas religiosas, la imagen de Jesús que envía su luz al sistema inmune.

Es importante asegurar a las pacientes que las células tumorales son las más débiles de todo el sistema. Y que ésta es la causa del éxito de la quimio y radioterapia: matan las células cancerosas, mientras que las células sanas son más fuertes y sobreviven.

- CN: “Estoy/soy impotente”
- CP: “Mi sistema inmune puede curarme”

8. Cómo proceder con el dolor corporal:

La técnica del “Rayo de luz” suele ser eficaz en dolores agudos. También se puede usar EMDR para disminuir los efectos secundarios de la quimio y radioterapias.

- CN: “No soporto este dolor”
- CP: “Puedo disminuir el dolor y soportarlo”

9. Futuro de la Paciente:

El terapeuta debe enfocar el futuro de la paciente como una diana, y plantear preguntas tales como:

- “¿Quién soy sin cáncer?”
- “¿Qué deberé cambiar?”, o “¿A qué o a quién deberé enfrentarme?”

La paciente debe enfrentarse al “¿Quiero vivir?” y también enfrentarse a los diferentes sentimientos emergentes desagradables.

Elaborar miedos y expectativas inadecuadas puede ayudar a la paciente a encontrar una respuesta positiva. Es importante explorar el potencial de recuperación de la paciente, tales como experiencias de fortaleza y éxito, y elaborar un mapa futuro de recuperación de la salud y bienestar.

10. Después de la fase aguda

Tras la fase aguda, nuestra paciente oncológica se verá confrontada con alteraciones, que requieren una redefinición de la idea del yo, de la propia escala de valores, y las nuevas necesidades propias.

Cuando ya ha pasado por las fases de la quimio y radio terapia, a pesar de controles negativos, comienza una delicada fase de inseguridad, preocupación y miedo.

Es el momento de reflexiones existenciales, enfocadas en la propia identidad, y temas vitales, como la muerte. Porque en esta fase aparece el miedo a la recidiva.

- Punto de partida: “Miedo a la recidiva”
- CN: “Estoy en peligro, puedo volver a enfermar”
- CP: “Mi cuerpo puede sanar, sólo es un miedo residual”

- CN: “No tengo control, mi futuro es incierto”
- CP: “El futuro es desconocido a todos; puedo vivirlo de forma más amplia”

- CN: “Puedo morir”
- CP: “Estoy viva”

El tratamiento con EMDR puede darse por concluido cuando las pacientes puedan verse sanas y libres del cáncer, y cuando el test corporal no evidencie sensaciones negativas.