

## 8.4. Psicoterapia positiva al final de la vida

---

**Cristian Ochoa Arnedo**

### 8.4.1. Descripción del tema

---

La psicoterapia positiva (PP) es el empeño terapéutico, dentro de la psicología positiva, para ampliar el ámbito tradicional de la psicoterapia. Su premisa central es potenciar el foco de la intervención en los recursos positivos de las personas, como son las emociones positivas, las fortalezas y los significados personales (incluyendo los existenciales y espirituales), además de los síntomas psicopatológicos y el malestar emocional.<sup>1, 2</sup> Una de sus asunciones básicas y relevantes en cáncer, de clara tradición humanístico-existencial, es que las personas tienen el deseo inherente de crecimiento, plenitud y felicidad, en lugar de únicamente buscar evitar la miseria, la preocupación o la ansiedad. La psicopatología se engendra cuando el crecimiento se frustra. Utilizaremos las expresiones *crecimiento personal* y *crecimiento postraumático* indistintamente. Pese a que la expresión *crecimiento postraumático* es comúnmente utilizada para el estudio de los cambios positivos en supervivientes de cáncer, no encaja bien en el contexto de cáncer avanzado, donde el curso y la evolución de la enfermedad son irregulares, y la perspectiva vital, limitada. Aunque se han utilizado varias definiciones para describir este crecimiento personal, en la mayor parte de la literatura y en este capítulo se entiende como la percepción de cambios positivos resultado de la experiencia con un cáncer avanzado o terminal. Los cambios positivos pueden darse en: 1) la forma de verse uno mismo (mayor confianza y autoestima, empatía y sensibilidad hacia el dolor y el padecimiento ajenos); 2) la forma de ver a los demás (agradecimiento, relaciones más cercanas e íntimas, con mayor facilidad para la comunicación), y 3) en la filosofía de vida o posición existencial (focalización en el momento presente, mayor apreciación de la vida, cambio de prioridades y valores, y aumento del interés por cuestiones espirituales y existenciales, y por la búsqueda de significado y

- 
1. Ochoa, C.; Sumalla, E. C.; Maté, J.; Castejón, V.; Rodríguez, A.; Blanco, I. *et al.* «Psicoterapia positiva grupal en cáncer. Hacia una atención psicosocial integral del superviviente de cáncer». *Psicooncología* 2010;7(1):7-34.
  2. Rashid, T.; Seligman, M. E. P. «Positive Psychotherapy». En: Corsini, R. J.; Wedding, D. (ed.). *Curr. Psychother.* 10.<sup>ª</sup> ed. Belmont: Cengage, 2013, p. 461-498.

sentido vital). Es, por lo tanto, la facilitación del crecimiento personal y relacional (también en cuidadores y personas significativas) el objetivo terapéutico de la PP, también en cáncer avanzado y al final de la vida.

Hay que tener cautela al trabajar en la facilitación del crecimiento personal con personas que están pasando por una enfermedad grave o terminal. Unos intentos fervientes de intervención y una prescripción activa del crecimiento personal pueden minar la experiencia natural y pueden ser vividos como un signo de incompreensión y distanciamiento por parte de los pacientes.<sup>3, 4</sup>

## 8.4.2. Revisión de la experiencia y evidencia relevante

---

La gran mayor parte de los procesos oncológicos duran años y sitúan a la persona que los padece ante estresores, retos y cuestiones vitales desde el diagnóstico hasta el final de la vida. Existe una amplia evidencia en este sentido, no solo del dolor y malestar emocional que estos procesos originan en los supervivientes,<sup>5</sup> sino también del crecimiento que surge como resultado de afrontarlos.<sup>6</sup> Aunque la experiencia de crecimiento vivenciada en cáncer avanzado guarda grandes similitudes con la que se experimenta en las fases iniciales del cáncer, donde existe un mejor pronóstico, también pueden destacarse elementos diferenciales y relevantes a tener en cuenta en este contexto. En relación con la enfermedad, se señala que en cáncer avanzado o terminal hay que afrontar un mal pronóstico y una perspectiva vital muy limitada, arduos tratamientos, el manejo de síntomas complejos como el dolor, la falta de control y la autonomía (dependencia). En la relación con los seres queridos, es muy probable que un cáncer avanzado cree mayor preocupación y sufrimiento por ser una carga o hacerles sufrir, deseos de adelantar la muerte y dificultades en la comunicación con respecto a la enfermedad y la muerte. Estas diferencias influyen en el crecimiento personal experimentado, en su relación con el pronóstico de la enfermedad y en la adaptación psicosocial de las personas con cáncer avanzado y sus seres queridos.

- 
3. Cordova, M. «Facilitating posttraumatic growth following cancer». En: Joseph, S.; Linley, P. A. (ed.). *Trauma, Recovery, and Growth: Positive Psychological Perspectives on Posttraumatic Stress*. John Wiley & Sons, 2008, p. 185-206.
  4. Vázquez, C.; Pérez-Sales, P.; Ochoa, C. «Posttraumatic growth: challenges from a cross-cultural viewpoint». En: Fava, G. A.; Ruini, C. (ed.). *Increasing psychological well-being across cultures*. Nueva York: Springer, 2014 (en prensa).
  5. Kangas, M.; Henry, J. L.; Bryant, R. A. «Posttraumatic stress disorder following cancer. A conceptual and empirical review». *Clin Psychol Rev* 2002;22(4):499-524.
  6. Sumalla, E. C.; Ochoa, C.; Blanco, I. «Posttraumatic growth in cancer: reality or illusion?». *Clin Psychol Rev* 2009;29(1):24-33.

### 8.4.2.1. Crecimiento personal en el contexto de cáncer avanzado y final de la vida

En una reciente revisión sistemática sobre crecimiento personal en cáncer avanzado, se examinan estudios cualitativos y cuantitativos que describen la experiencia de crecimiento personal.<sup>7</sup> Ambos tipos de estudios señalan que las personas con un cáncer terminal informan de un aumento en la apreciación de la vida, una mejorada autoestima y confianza en sí mismos, mayor claridad en las prioridades vitales, una mejora en las relaciones con la familia y una intensificación de la espiritualidad.<sup>8, 9</sup> En un estudio de mujeres con cáncer de ovario avanzado, se intuye cuál puede ser el proceso de crecimiento personal: tras la recuperación del *shock* diagnóstico, las mujeres encontraban significado a su experiencia oncológica reexaminando valores y prioridades, centrándose más en el momento presente, con un sentido renovado de la apreciación de su vida y sus relaciones más íntimas, así como una motivación para ayudar a otros supervivientes de cáncer.<sup>10</sup> En otro estudio cualitativo,<sup>11</sup> al evaluar la importancia de áreas relacionadas con el crecimiento personal para los pacientes con cáncer avanzado, se observaba que el 40 % citaba el encontrar significado al final de la vida como algo muy importante, además de la mejora de sus relaciones personales (20 %), la oportunidad de expresar a los demás los miedos en relación con el proceso de morir (57 %) y el deseo de tomar parte en la toma de decisiones de su tratamiento (91 %).

### 8.4.2.2. Crecimiento personal y pronóstico de la enfermedad

No es clara la asociación entre crecimiento personal y los indicadores médicos pronósticos. Aunque existen investigaciones que indican que son los pacientes con un pronóstico más desfavorable los que manifestarían mayor crecimiento personal,<sup>12, 13</sup> otros estudios no han hallado diferencias en crecimiento personal en función de indicadores pronósticos, como por ejemplo las recurrencias

- 
7. Moreno, P. I.; Stanton, A. L. «Personal growth during the experience of advanced cancer: a systematic review». *Cancer* 2013;19(5):421-430.
  8. Thomas, J.; Retsas, A. «Transacting self-preservation: a grounded theory of the spiritual dimensions of people with terminal cancer». *Int J Nurs Stud* 1999;36(3):191-201.
  9. Salmon, P.; Manzi, F.; Valori, R. M. «Measuring the meaning of life for patients with incurable cancer: the life evaluation questionnaire (LEQ)». *Eur J Cancer* 1996;32A(5):755-760.
  10. Reb, A. M. «Transforming the death sentence: elements of hope in women with advanced ovarian cancer». *Oncol Nurs Forum* 2007;34(6):E70-E81.
  11. Miccinesi, G.; Bianchi, E.; Brunelli, C.; Borreani, C. «End-of-life preferences in advanced cancer patients willing to discuss issues surrounding their terminal condition». *Eur J Cancer Care* 2012;21(5):623-633.
  12. Daiter, S.; Larson, R. A.; Weddington, W. W.; Ultmann, J. E. «Psychosocial symptomatology, personal growth, and development among young adult patients following the diagnosis of leukemia or lymphoma». *J Clin Oncol* 1988;6(4):613-617.
  13. Tomich, P. L.; Helgeson, V. S. «Is finding something good in the bad always good? Benefit finding among women with breast cancer». *Health Psychol* 2004;16-23.

metastásicas o locales en cáncer de mama,<sup>14</sup> el riesgo de recurrencia o progresión para pacientes sometidos a un trasplante de médula<sup>15</sup> o el pronóstico a seis meses determinado por el oncólogo en hombres diagnosticados de varios cánceres metastásicos.<sup>16</sup> Parece ser que los datos objetivos sobre la severidad de la enfermedad no se asocian claramente con el crecimiento personal, y sería más bien la percepción subjetiva de amenaza, junto con la respuesta emocional intensa que acompaña al cáncer avanzado, la que estaría más relacionada. La compleja relación entre crecimiento personal y pronóstico (objetivo y percibido) podría ser curvilínea, como muestra un estudio relacionado con cáncer en distintos estadios.<sup>17</sup> Estos autores determinaron que los estadios intermedios (II y III) experimentaban mayor crecimiento que los estadios iniciales (I) y los más avanzados (IV). Propusieron que la ambigüedad e incertidumbre futura de los estadios intermedios podía suponer un mayor impulso para la búsqueda de significados y crecimiento en dichos pacientes. En contraste, la escasa amenaza percibida en los estadios iniciales la dificultaría, y, por otro lado, la elevada amenaza de los estadios más avanzados podría imposibilitar el obviar sus consecuencias negativas y la conciencia pronóstica de mortalidad cercana, limitando el margen de crecimiento personal en los cánceres más avanzados. Así, a nivel psicoterapéutico, en la facilitación del crecimiento de pacientes con cáncer avanzado será más relevante y necesario facilitar la conciencia de gravedad y amenaza de la enfermedad que la conciencia pronóstica.

#### **8.4.2.3. Crecimiento personal y adaptación psicosocial**

Siendo habitual la experiencia de crecimiento personal en cáncer avanzado, cabe preguntarse si dicha experiencia se asocia a una mejor o peor adaptación psicosocial. En este sentido, los resultados son mixtos.<sup>7</sup> El crecimiento personal en cáncer avanzado se ha asociado tanto a mayor malestar emocional,<sup>18</sup> con síntomas depresivos, pensamientos intrusivos en relación con el cáncer y evitación, como a un ajuste positivo, incluyendo un afecto más positivo,<sup>19</sup> espíritu de lucha y aceptación.<sup>16</sup> Esta concurrencia de malestar y bienestar emocional en

- 
14. Oh, S.; Heflin, L.; Meyerowitz, B. E.; Desmond, K. A.; Rowland, J. H.; Ganz, P. A. «Quality of life of breast cancer survivors after a recurrence: a follow-up study». *Breast Cancer Res Treat* 2004;87(1):45-57.
  15. Widows, M.; Jacobsen, P.; Booth-Jones, M.; Fields, K. «Predictors of posttraumatic growth following bone marrow transplantation for cancer». *Health Psychol* 2005;24(3):266-273.
  16. Tong, Y.; Monahan, P. O.; Rand, K. L.; Cripe, L. D.; Schmidt, K.; Rawl, S. M. «Illness appraisal, religious coping, and psychological responses in men with advanced cancer». *Support Care Cancer* 2012;1719-1728.
  17. Lechner, S. C.; Zakowski, S. G.; Antoni, M. H.; Greenhawt, M.; Block, K.; Block, P. «Do socio-demographic Patients and disease-related variables influence benefit-finding in cancer?». *Psychooncology* 2003;12(5):491-499.
  18. Mystakidou, K.; Parpa, E.; Tsilika, E.; Pathiaki, M.; Galanos, A.; Vlahos, L. «Traumatic distress and positive changes in advanced cancer patients». *Am J Hosp Palliat Care* 2007;24(4):270-276.
  19. Voogt, E.; Van Der Heide, A.; Van Leeuwen, A. F.; Visser, A. P.; Cleiren, M. P. H. D.; Passchier, J. et al. «Positive and negative affect after diagnosis of advanced cancer». *Psychooncology* 2004;14(4):262-273.

la experiencia de crecimiento personal demuestra que, ante el enorme reto que supone afrontar el final de la vida, el crecimiento no puede ser entendido con ausencia de malestar emocional. De hecho, muchos autores<sup>17,20</sup> creen necesaria la percepción de amenaza vital y el malestar emocional consiguiente como condición e impulso para realizar cambios vitales positivos (crecimiento). El valor adaptativo del crecimiento personal en cáncer avanzado, entonces, no debe ser entendido en relación con la ausencia de malestar emocional, sino con una forma de canalizarlo y, quizás, de amortiguarlo. Algunos datos van en este sentido. Por ejemplo, uno de los momentos particularmente más complicados y relevantes en el proceso de afrontar un cáncer avanzado es la transición de un cáncer curable a otro incurable, como sucede cuando una primera línea de tratamiento para una enfermedad metastásica ha fracasado y quizás ya no existan más opciones terapéuticas con intención curativa. Los estudios cualitativos sugieren que el impacto negativo de esta transición puede reducirse cuando los individuos tienen oportunidades para el crecimiento personal, la mejora de las relaciones sociales y la reevaluación positiva (21, 22).<sup>21, 22</sup>

### 8.4.3. Objetivos terapéuticos específicos

---

A continuación vamos a detallar los objetivos terapéuticos que pueden constituir una psicoterapia positiva al final de la vida. En otros trabajos<sup>1,4</sup> se puede consultar más en detalle el uso de los recursos psicoterapéuticos para alcanzar dichos objetivos. Hemos tratado de secuenciar los objetivos e intervenciones tal y como suelen aparecer en una intervención estándar:

1.º Promoción de actitudes que faciliten el crecimiento en la enfermedad: curiosidad vital, aceptación realista y control flexible.

2.º Asimilación de la experiencia de enfermedad avanzada o terminal: balance y resignificación emocional, trabajo con fortalezas, memorias de éxito en el afrontamiento y horizontes de cambio positivo.

3.º Acomodación de la experiencia de enfermedad avanzada o terminal: elaboración de una pauta personal de realización, trabajo con memorias autobiográficas positivas, fomento del interés por los demás, exploración de modelos positivos de afrontamiento, facilitación de la gratitud y las posibilidades para el perdón en relaciones significativas.

4.º Abordaje de la anestesia emocional y el vacío existencial al final de la vida.

---

20. Cordova, M. J.; Cunningham, L. L.; Carlson, C. R.; Andrykowski, M. A. «Posttraumatic growth following breast cancer: a controlled comparison study». *Heal Psychol Assoc* 2001;20(3):176-185.

21. Schulman-Green, D.; Bradley, E. H.; Knopf, M. T., Prigerson, H.; DiGiovanna, M. P., McCorkle, R. «Self-management and transitions in women with advanced breast cancer». *J Pain Symptom Manage* 2011;42(4):517-525.

22. Luoma, M. L.; Hakamies-Blomqvist, L. «The meaning of quality of life in patients being treated for advanced breast cancer: a qualitative study». *Psychooncology* 2004;13(10):729-739.

## 8.4.4. Abordaje terapéutico

---

### 8.4.4.1. Premisas básicas

Al final de la vida se mantiene, e incluso se incrementa de forma exponencial, el deseo inherentemente humano de crecimiento, plenitud y felicidad. Una parte sustancial del sufrimiento, el malestar emocional y la psicopatología al final de la vida se engendra por el lógico límite que impone a la vida la muerte, o su expectativa. Sin embargo, otra parte importante del sufrimiento en esa fase final de la vida tiene que ver con que se vea frustrada la enorme y apremiante necesidad de abordar y realizar cambios vitales positivos (crecimiento), que eclosionan tras la conciencia total o parcial de mortalidad cercana. El crecimiento se facilita ayudando a asimilar lo vivido como algo propio y, especialmente, renovando la visión de uno mismo, de los demás y del mundo cuando es necesario y posible. La mayor parte de los modelos teóricos sobre crecimiento en la adversidad realizan una distinción útil entre procesos de asimilación y acomodación de la experiencia adversa. En general, se trata de distinguir si la persona cambia o no su forma de ver el hecho que ha vivido («El cáncer es otro bache en la vida») haciéndola consistente con su forma previa de ver las cosas (asimilación), o si la persona cambia su forma de ver las cosas para lograr incorporar la vivencia del hecho (acomodación) («Ahora distingo claramente lo que es importante de lo que es una tontería»). Aunque no supongan dos procesos secuenciales puros, los procesos de asimilación priman en los momentos más inmediatamente posteriores al evento adverso (momento de crisis y poscrisis) y comprenden elementos de expresión, procesamiento y regulación emocional, así como lo que conocemos como *estrategias de afrontamiento*, centradas en el manejo y la forma de ver el evento en sí. Ambos procesos participan del crecimiento personal. Por ejemplo, cuando una persona con una enfermedad avanzada toma conciencia más o menos súbita del final de su vida, tras ser informada de que no existen más tratamientos con perspectivas curativas, inicia un proceso de asimilación encaminado a restablecer el equilibrio perdido. En este proceso de asimilación, la persona puede utilizar estrategias (o estilos de afrontamiento) defensivas (evitación o negación de la información o del tema) o transformativas (toma de conciencia e importancia vital del hecho y sus consecuencias). Son las estrategias transformativas las que inician y conducen a procesos de acomodación que dan lugar al crecimiento personal y relacional, que desembocan en cambios y transformaciones vitales y existenciales profundos. Distintos factores asociados a los procesos de asimilación, así como a los de acomodación, han sido asociados al crecimiento personal en situaciones adversas,<sup>23</sup> pero muchos autores entienden que el crecimiento verí-

---

23. Zoellner, T.; Maercker, A. «Posttraumatic growth in clinical psychology. A critical review and introduction of a two component model». *Clin Psychol Rev* 2006;26(5):626-653.

dico, real y actual solo ocurre a través de la acomodación,<sup>6,24</sup> es decir, mediante cambios profundos en la visión de uno mismo, los demás y el mundo. Cambios que son resultado de la necesidad de elaborar la información traumática que imponen la enfermedad grave y el final de la vida. En los siguientes apartados hablaremos de las estrategias y técnicas que facilitan el crecimiento personal. En concreto, expondremos tres tipos de estrategias: disposicionales, de asimilación transformativa y de acomodación. La tabla 1 muestra algunas preguntas guía y recursos utilizados en los siguientes apartados.

#### **8.4.4.2. Estrategias disposicionales: actitudes que facilitan el crecimiento**

##### **Curiosidad vital**

Las consecuencias de una enfermedad grave y avanzada son difíciles de asimilar y comprender para quien la sufre, y difíciles de explicar y hacer entender a los demás. Mientras que la enfermedad puede conducir en un tiempo breve al final de la vida, las dificultades de comprensión y expresión pueden ser mucho mayores. La curiosidad como actitud vital es uno de los mecanismos de supervivencia y afrontamiento que facilita el desarrollo de nuevas capacidades y formas de entender la realidad, y, en definitiva, de crecimiento. Personas que registran una elevada puntuación en dimensiones de la personalidad como la «apertura a la experiencia», caracterizadas por ser imaginativas, reactivas emocionalmente e intelectualmente curiosas, muestran mayor tendencia a experimentar crecimiento.<sup>25</sup> Así, las propias intervenciones terapéuticas deben tener, por lo tanto, un carácter indagatorio de auténtico interés, que fomenten en los afectados una apertura y una curiosidad vital por sí mismos, por su posición (existencial) en el mundo y por su relación con los demás tras el cáncer.<sup>4</sup> Pero, ¿pueden ser la enfermedad y la muerte objeto de curiosidad para alguien que está afrontando el final de su vida? ¿No es mejor, como insinúan muchos pacientes y sus familiares, evitar hurgar en temas tan duros y dolorosos? ¿No valdría más la pena, entonces, seguir el consejo de Adolf Meyer, psiquiatra estadounidense, que aconsejaba: «No te rasques donde no te pica»? Respondiendo a esta pregunta, algunos autores afirman que «la muerte sí pica»,<sup>26</sup> dando a entender que debe ser objeto de curiosidad e indagación. Como se verá en el resto de este manual, la mayoría de los profesionales de este ámbito estamos de acuerdo en ofrecer dicha posibilidad y facilitar esa indagación. También convergemos y matizamos que no siempre es posible ni recomendable indagar sobre los aspectos emocionales de la enfermedad y la muerte. Existirían algunos casos en los que, aunque la muerte «pique», el rascar no sería una forma útil

---

24. Joseph, S.; Linley, P. A. «Growth following adversity: Theoretical perspectives and implications for clinical practice». *Clin Psychol Rev* 2006;26(8):1041-1053.

25. Tedeschi, R. G.; Calhoun, L. G. «The Posttraumatic Growth Inventory: measuring the positive legacy of trauma». *J Trauma Stress* [Internet] 1996;9(3):455-471.

26. Yalom, I. *Mirando al sol*. 1.ª ed. Buenos Aires: Emecé, 2008, p. 19.

de aliviar el malestar emocional que esta ocasiona (evitación activa o explícita), y otros en los que nos atreveríamos a decir que ni siquiera tenemos claro que pique realmente (¿negación adaptativa?). En estos casos, obviamente, hay que respetar la decisión de la persona a no hablar, estar disponible por si este hecho cambia y entender que existe menos margen para facilitar el crecimiento personal (ver ejemplos en tabla 1).

### **Aceptación realista**

La habilidad para aceptar y asumir situaciones que no pueden cambiarse es crucial en el afrontamiento de experiencias vitales adversas, y un prerrequisito para trabajar emociones complejas como la culpa<sup>27</sup> y para fomentar el crecimiento personal.<sup>28</sup> El afrontamiento centrado en la aceptación precedía el crecimiento postraumático,<sup>29</sup> aunque es importante señalar que no existe una asociación lineal. Es decir, a más aceptación no se da mayor crecimiento, sino más bien se ve la aceptación como una condición facilitadora del mismo.

### **Control y flexibilidad**

Hasta qué punto uno cree que está en su mano, o en sus recursos personales, la posibilidad de promover un afrontamiento exitoso, tiene que ver, entre otras cosas, con el *locus* de control. Maercker y colaboradores<sup>30</sup> señalaron que el crecimiento postraumático estaba significativamente asociado al *locus* de control interno. Es probable que las personas con mayor capacidad de autocontrol tengan también mayor flexibilidad para adaptarse a la elevada y gran variedad de situaciones complejas que provoca una enfermedad grave y avanzada.

#### **8.4.4.3. Estrategias de asimilación transformativa**

##### **Establecer un balance emocional**

Establecer un balance emocional significa explorar no solo las emociones negativas (tristeza, ansiedad, etc.), sino también dar cabida al reconocimiento y trabajo terapéutico con emociones positivas, y con la función o intención «positiva» de los síntomas de malestar emocional. Varias estrategias pueden ser útiles al respecto (ver ejemplos en tabla 1).

---

27. Pérez-Sales, P. *Trauma, culpa y duelo: Hacia una psicoterapia integradora*. Bilbao: Desclée de Brouwer, 2006.

28. Calhoun, L. G.; Cann, A.; Tedeschi, R. G.; McMillan, J. «A correlational test of the relationship between posttraumatic growth, religion, and cognitive processing». *J Trauma Stress* 2000; 13(3):521-527.

29. Rodrigue, J. R.; Park, T. L. «General and illness-specific adjustment to cancer: relationship to marital status and marital quality». *J Psychosom Res* 1996;40(1):29-36.

30. Maercker, A.; Herrle, J. «Long-term effects of the Dresden bombing: relationships to control beliefs, religious belief, and personal growth». *J Trauma Stress* 2003;16(6):579-587.



### **Explorar los elementos negativos y positivos de afrontamiento**

Se refiere a preguntar a la persona no solo cómo le ha afectado el paso por la enfermedad y sus consecuencias, sino qué cosas ha hecho y hace para sobrevivir, resistir o sobreponerse. Se trabaja con la idea de considerar que el paciente es el experto en su experiencia, y que la toma de conciencia de lo realizado para adaptarse facilita una posición de observador-protagonista.

### **Conciencia, expresión y procesamiento de emociones positivas**

Se trata de señalar o realizar pequeñas indicaciones sobre la presencia actual de emociones positivas, por ejemplo a través de aumentar la conciencia somática de las mismas, e intentar nominalizarlas o simbolizarlas.

### **Resignificación emocional: la intención positiva del síntoma**

Consiste en facilitar una explicación adaptativa de los síntomas de malestar emocional (por ejemplo, el estrés postraumático) que provoca el hecho, favoreciendo que puedan ser reconceptualizados desde una óptica positiva.<sup>1</sup> Para ello, se utiliza un lenguaje sugerente y provisional que no se viva como una interpretación, sino como una visión alternativa.

### **Detectar y potenciar recursos y estrategias de afrontamiento: el trabajo con fortalezas**

Se señalan elementos positivos en el afrontamiento de adversidades que han podido pasar por alto a los afectados y que reflejan una cualidad o fortaleza subyacente. Posteriormente, se utiliza la fortaleza detectada como una vía para promover un cambio o afrontamiento alternativo (ver ejemplos en tabla 1).

### **Aprender de las excepciones**

Se refiere a detectar, explorar y analizar situaciones donde no se haya dado la problemática o el malestar emocional objetivo de la intervención, a pesar de que fuera lo más esperable.<sup>31</sup>

### **Aprendizajes de situaciones pasadas: memorias de éxito**

Se trata de preguntar sobre situaciones del pasado que puedan relacionarse emocionalmente con la actual. Por ejemplo: «¿Te habías sentido así alguna vez en el pasado?». Puede ayudar a establecer paralelismos con situaciones del pasado de las que extraer aprendizajes, ya sea porque se vivan como similares emocionalmente o porque se esté reaccionando o se estén afrontando de forma similar. En especial, desde una óptica positiva suelen ser más útiles las que se recuerdan como éxitos de afrontamiento. En cáncer avanzado, pueden ser situaciones de pérdida o de enfermedad de personas queridas: «¿Cómo lograste sobreponerte?», «¿Qué te fue de ayuda?», etc.

---

31. De Shazer, S.; Berg, I. K.; Lipchik, E.; Nunnally, E.; Molnar, A.; Gingerich, W. *et al.* «Brief therapy: focused solution development». *Fam Process* 1986:207-221.

## Detectar los signos de mejora y establecer un horizonte de cambio positivo

Se trata de señalar los pequeños signos de cambio o mejoría que puedan darse y promover que la recuperación sea posible, no de la enfermedad, sino del síntoma psicológico que nos parezca reversible.

### 8.4.4.4. Estrategias de acomodación: explorar y promover los cambios vitales positivos

#### Dar significado a la experiencia

En su revisión sobre la dotación de significado en la adaptación a las situaciones estresantes, Park<sup>32</sup> define el significado como «representaciones mentales de las posibles relaciones entre cosas, eventos y relaciones». Así, como dice la autora, el significado «conecta cosas». La práctica totalidad de los modelos sobre cómo abordar el final de la vida contemplan modos de facilitar la construcción de significados.

Aquí solo anotaremos dos aproximaciones psicoterapéuticas como técnicas de la PP que facilitan el crecimiento mediante dar significado a la experiencia: la pauta personal de realización y las memorias autobiográficas positivas.

#### Pauta personal de realización versus pauta problema

En psicoterapia, estamos acostumbrados a establecer conexiones entre los hechos, las personas y las emociones experimentadas en busca de patrones problemáticos que doten de sentido al sufrimiento o malestar. Lo denominamos *pauta problema*. Sin embargo, los psicoterapeutas no estamos tan acostumbrados a establecer conexiones entre aquello que se repite de forma satisfactoria, que genera sentido, realización y propósito en la vida. Estas conexiones vitalmente significativas entre el pasado-presente-futuro, realizadas con una mirada positiva, las denominamos *pauta personal de realización*.<sup>1</sup> La búsqueda de estas pautas se puede indagar directamente: «¿Qué elementos han marcado positivamente tu trayectoria vital?». Pero, como pasa con las pautas problema, su poder terapéutico reside en lograr un *insight* (conciencia), es decir, conseguir como terapeutas tener todas las piezas que configuren elementos de realización personal, y facilitar, mediante la conversación terapéutica, esa pauta personal o hilo conductor que la dote de significado y sentido.

Las pautas personales de realización más fáciles de establecer en cáncer avanzado son las que se corresponden con anclajes significativos que ayudan a mantener un sentido de continuidad después de la enfermedad: la familia que ha estado ahí, la pareja que ha logrado que la persona se haya sentido querida, las aficiones que hacen sentir al paciente útil y válido, etc.

---

32. Park, C. L. «Making sense of the meaning literature: an integrative review of meaning making and its effects on adjustment to stressful life events». *Psychol Bull* 2010;136(2):257-301.

Un ejemplo puede ser este, recogido por Ochoa *et al.*:<sup>1</sup>

**Psicoterapeuta:** «Sara, a pesar de no poder valerte totalmente por ti misma y sentir que no quieres ser una carga para tus hijos, ahora que no puedes ayudarles tanto como quisieras, siempre te las ingenias para saber de sus vidas y tratar de darles orientación y consejo. Durante la anterior sesión, tu hijo te llamó y, cuando colgaste, comentaste: “Este hijo mío... ¡Es un caso! Le pasan unas historias..., y todo me lo cuenta, ¡eh!... ¡Me tengo que reír!” En ese momento vi claramente cómo mantienes intacto el interés (presente) por ellos, como siempre lo has sentido. Nos hablas de ellos con orgullo y satisfacción (pasado), se te ilumina la cara y te yergues (presente) como si estuvieras complacida (pasado) de haber logrado que sean como son. Es como si la enfermedad no hubiera podido restarte interés por los tuyos. No sé en qué medida quieres mantener ese interés, pero, ¿crees que el ser capaz de experimentar y ser consciente de que eso aún sigue ahí puede darte mayor confianza (futuro) en ti misma y en los tuyos?»

### Memorias autobiográficas positivas (MAP)

El papel de los recuerdos traumáticos en el tratamiento psicológico de los síntomas de estrés postraumático ha sido objeto de abundante investigación.<sup>33</sup> Sin embargo, solo recientemente empezamos a tener datos sobre la capacidad terapéutica de hacer aflorar o actualizar memorias autobiográficas positivas (MAP). La literatura psicológica demuestra consistentemente que las personas no somos capaces de recordar los cambios personales (como el crecimiento) de forma precisa. Sin embargo, los datos nos hacen sospechar que los cambios positivos recordados, y no los medidos o reales, son los que pueden generar afecto positivo.<sup>34</sup> De este modo, favorecer la actualización de recuerdos, ya sea por escrito o mediante la imaginación guiada de episodios autobiográficos positivos,<sup>1, 35</sup> aunque inicialmente pueda hacer tomar conciencia de lo perdido o pasado (y de las emociones de pérdida y nostalgia asociadas), también genera reexperimentación de sensaciones agradables, realización autobiográfica personal y relacional, sentido de progreso o plenitud al final de la vida y, probablemente, crecimiento personal. Otro efecto terapéutico añadido de las MAP es que la actualización de un recuerdo positivo hace más probable que se repita o active conductualmente la experiencia recordada o similares.<sup>36</sup> En cáncer, hacer aflorar recuerdos autobiográficos positivos puede ayudar a desear

---

33. Leskin, G. A.; Kaloupek, D. G.; Keane, T. M. «Treatment for traumatic memories: review and recommendations». *Clin Psychol Rev* 1998;18(8):983-1001.

34. Tennen, H.; Affleck, G. «Assessing positive life change: in search of meticulous methods». En: Park, C.; Lechner, S.; Stanton, A. L. (ed.). *Medical illness and positive life change: can crisis lead to personal transformation?* Washington: American Psychological Association, 2009, p. 31-49.

35. Serrano, J. P.; Latorre, J. M.; Gatz, M.; Montanes, J. «Life review therapy using autobiographical retrieval practice for older adults with depressive symptomatology». *Psychol Aging* 2004:270-277.

36. Wirtz, D.; Kruger, J.; Scollon, C. N.; Diener, E. «What to do on spring break?» *Psychol Sci* 2003;14(5):520-524.

reencontrarse con lugares del pasado (el pueblo de la infancia), con personas significativas y con un sentido de identidad esencial que la enfermedad no ha podido hacer desaparecer. Ochoa *et al.*<sup>1</sup> explican un ejemplo práctico de cómo utilizar de forma evocadora el trabajo con MAP en imaginación guiada.

## **Crecimiento relacional**

Uno de los indicadores clínicos de mejora en salud mental y de crecimiento personal es la capacidad de trascender el propio ego.<sup>37</sup> El crecimiento relacional tiene que ver con el descentramiento de uno mismo, con la capacidad para interesarse, preocuparse y comprometerse con los demás, y en un sentido más afectivo, con amar y ser amado. Todos estos elementos son fundamentales para facilitar el crecimiento personal en cáncer avanzado. Si el profundo deseo de relacionarnos constituye uno de los pilares de nuestra vida, entonces debemos pensar que el crecimiento personal pasa por una optimización, profundización o desarrollo de nuestras relaciones personales y de nuestra capacidad de conectar con los demás. Los efectos y ramificaciones del trauma y el crecimiento tras una enfermedad no están limitados únicamente a los supervivientes, sino que también afectan a aquellas personas que rodean, ayudan o presencian el sufrimiento del superviviente. De hecho, una revisión reciente en supervivientes de cáncer<sup>38</sup> parece indicar que el crecimiento personal en los otros significativos de un paciente con cáncer supone una experiencia vicaria íntimamente ligada al crecimiento del superviviente. A continuación enumeraremos algunos elementos terapéuticos que clínicamente se han asociado al crecimiento relacional (ver ejemplos en tabla 1).

## **Fomentar o despertar el interés por los demás**

En terapia existen múltiples intervenciones que pretenden hacer aflorar mejoras en la comunicación y en la relación con los demás, en busca de un crecimiento personal o relacional, especialmente en los formatos de pareja, familia y grupos. Son habituales intervenciones que tratan de favorecer el ponerse en el lugar del otro, el cambio de roles, las preguntas circulares, etc.

## **Modelos positivos en la adversidad**

En los seres queridos que acompañan a los afectados de un cáncer avanzado, son frecuentes frases del tipo: «No puedo verla así de mal...», «Si ella está bien, yo estoy bien», «Ha sido un ejemplo de superación para todos». También, a la inversa, la persona afectada dice: «No podía fallarles, ellos han pasado tanto..., y nunca se quejaron», «Mi padre (fallecido) entendería que estuviera triste, pero no me perdonaría que tirara la toalla», «Noto que todos en mi familia también

---

37. Joseph, S. *What doesn't kill us: The new psychology of posttraumatic growth*. Londres: Hachette Digital, 2011.

38. Ochoa, C.; Castejón, V.; Sumalla, E. C.; Blanco, I. «Crecimiento Post-traumático en supervivientes de cáncer y sus otros significativos. ¿Crecimiento vicario o secundario?». *Terapia Psicológica* 2013;31(1):81-92.

han aprendido y cambiado con mi enfermedad». Todas estas frases reflejan esa tendencia a buscar referentes significativos, a influirse y contagiarse mutuamente, y cómo la visión de unos y otros refleja y corrobora los cambios que se dan tras una enfermedad grave.

Los modelos positivos pueden ser:

### **Otras personas que han pasado una enfermedad o hecho grave**

La persona afectada por un hecho adverso puede espontáneamente querer ponerse en contacto con alguien que ha pasado lo mismo que ella, o puede preferir todo lo contrario porque le resulte retraumatizante. Las terapias de grupo y las asociaciones o colectivos de afectados reflejan esa voluntad de compartir y afrontar colectivamente, desde y con el otro. En general, este contacto suele ser una fuente de crecimiento personal si la persona libremente accede a interactuar, si el modelo sintoniza con la experiencia del afectado y si se vive como un modelo positivo. Weiss<sup>39</sup> demostró la importancia de este modelo en mujeres que habían tenido contacto con otras supervivientes de cáncer de mama que apuntaban beneficios a raíz de su experiencia, notando en aquellas una significativa mayor búsqueda de beneficios (cambios vitales positivos), en contraste con mujeres que no habían tenido ese contacto.

### **Personas significativas**

La familia o los amigos pueden ser referentes actuales o simbólicos (si han fallecido, por ejemplo) de cómo afrontar los problemas y situaciones extremas. Aludir a esos referentes tiene un gran valor psicoterapéutico, ya que potencian una mayor continuidad y sentido vital, fortaleciendo la vinculación afectiva actual y pasada con los seres queridos.<sup>36</sup> Una intervención al respecto podría ser: «Me dices que tu padre lograba siempre animarte haciéndote ver la vida de forma más optimista. Si él pudiera estar aquí, ¿qué te diría ahora que estás tan hundida?».

### **Uno mismo como modelo para los demás (transmisión y contagio)**

Recorriendo el camino inverso al de modelos positivos que sirven a la persona afectada de un cáncer avanzado a afrontar su enfermedad, podemos explorar en qué medida una virtud o fortaleza personal del paciente que aparece en terapia: 1) puede servir a otras personas que han pasado por la enfermedad o están pasándola; 2) se ha transmitido o se transmite en su contexto y en sus relaciones interpersonales; 3) cómo mantener ese «legado virtuoso» en el futuro. En este último caso, en pacientes con conciencia pronóstica de final de vida se puede llegar a preguntar: «¿Cómo te gustaría que esa virtud tuya (fortaleza, cercanía, cariño...) se reflejase en sus vidas cuando tu no estés?».

---

39. Weiss, T. «Correlates of Posttraumatic Growth in Married Breast Cancer Survivors». *J Soc Clin Psychol* 2004;23(5):733-746.

## **Agradecimiento y perdón**

Las enfermedades graves y crónicas ponen a prueba especialmente la calidad de las relaciones interpersonales, y cómo quedan estas transacciones entre lo dado y lo recibido. Es común en estos casos que la persona afectada realice un proceso de selección entre los que estuvieron a su lado y le apoyaron, y los que le fallaron o decepcionaron. Las intervenciones centradas en el agradecimiento y el perdón tratan de significar y explicitar ese proceso interpersonal de evaluación y reparación de las relaciones. De forma muy sintética, las intervenciones centradas en el agradecimiento se basan en facilitar la toma de conciencia de haber recibido algo positivo, en que ese algo provenía de una fuente externa a uno mismo (generalmente otra persona) y en explorar las posibilidades de explicitarlo o reconocerlo (cartas de agradecimiento, reconocimiento público, etc.). Por otro lado, las intervenciones basadas en el perdón suelen ser complejas. Es necesario partir de la idea de que es un derecho de la persona agraviada (o víctima) el perdonar, y que la mera insinuación o presión por parte de un terapeuta puede ser moralizante e, incluso, retraumatizante. Explorar las posibilidades de agradecimiento y de perdón puede ser una buena vía de optimización y reconexión interpersonal que genere experiencias de crecimiento personal y relacional, a plantear en cáncer. En la tabla 1 se exponen algunas preguntas guía iniciales, pero abordar su tratamiento suele ser más complejo. En Ochoa y colaboradores,<sup>1</sup> se muestran ejemplos de cómo plantear estas cuestiones en cáncer.

## **Abordar cuestiones existenciales y espirituales**

Dejando a un lado las creencias religiosas o espirituales de cada uno, una enfermedad grave y avanzada pone en contacto con emociones primitivas que entroncan con la propia existencia y con el sentido de la vida, de nuestra vida. Desde un modelo de PP, se abordan también de forma privilegiada estas cuestiones al final de la vida. En este apartado, y para evitar solapamientos con otros capítulos, únicamente señalaremos en la tabla 1 algunas preguntas guía y reflexiones que pueden ayudar a abordar dichas cuestiones.

**Tabla 1. Estrategias y técnicas para facilitar el crecimiento. Adaptación para cáncer avanzado<sup>4</sup>**

Objetivo de la intervención	Estrategias y técnicas de facilitación del crecimiento	Preguntas guía y ejemplos orientativos para facilitar los objetivos de la intervención
Generar una buena actitud para el cambio	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Curiosidad como actitud vital</li> <li>2. Aceptación realista</li> <li>3. Control y flexibilidad</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. A veces, indagar en los efectos que tienen hechos difíciles en las personas ayuda a sobreponerse. ¿Qué opinas?</li> <li>2. ¿Qué cosas de lo sucedido en la enfermedad te servirían para aceptarlas sin darles más vueltas?</li> <li>3. ¿Qué te ayuda a mantener cierta sensación de control, aunque sea mínima? ¿Te planteas que pueden existir otras formas de llevar o afrontar lo que has vivido?</li> </ol>
Establecer un balance emocional	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Exploración conjunta de los elementos negativos y positivos de la respuesta ante los hechos</li> <li>2. Conciencia, expresión y procesamiento de emociones positivas</li> <li>3. Resignificación emocional</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Qué cosas hiciste para sobrellevar la enfermedad en los primeros momentos? ¿Qué ha sido más difícil de superar en todo este proceso?</li> <li>2. Noto que cuando hablas de los que estuvieron a tu lado, la cara se te relaja y tu mirada parece más serena. Centrándonos en eso que sientes ahora, sería... (orgullo, sentirme querido, etc.).</li> <li>3. Parece que estar irritable te sirve para que los demás sepan que no estás disponible. Ellos no se te acercan y así no tienes que dar demasiadas explicaciones de todo lo que has vivido, y que ni tú acabas de entender. ¿Crees que vas a necesitar mantenerles a distancia mucho tiempo?</li> </ol>
Trabajar con fortalezas	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Toma de conciencia</li> <li>2. Aprendizaje y búsqueda de las excepciones</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. A pesar de no tener ilusión por nada, cada día llamas a tus hijas, hablas con tus nietos y juegas al dominó. Esa perseverancia, ¿podría sernos de ayuda en el resto de problemas que tienes?</li> <li>2. En toda esta semana horrorosa, ¿ha habido algún día en que te hayas sorprendido haciendo algo que te haya sido imposible el resto de días? ¿Qué crees que era distinto en esa ocasión?</li> </ol>
Buscar memorias de éxito	Búsqueda de memorias de éxito ante situaciones problemáticas	Partiendo del malestar experimentado, ¿te habías sentido así en el pasado? ¿Cómo lograste sobreponerte? ¿Qué te fue de ayuda entonces? ¿Serviría ahora algo de aquello?