

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSICOONCOLOGIA

Estimados Socios SEPO:

En primer lugar daros la bienvenida a esta nueva etapa de nuestra Sociedad, que empieza, como las anteriores, con nuevos proyectos y continúa con otros ya planteados anteriormente, como lo es el de este boletín que recibireis varias veces al año. Confieso que me ha costado mucho definir el contenido pues quería ofrecer algo novedoso y aportar cuanta información os pudiera resultar interesante en un espacio reducido. Por ello he decidido intentar incluir en cada nuevo boletín noticias de nuestra sociedad; resúmenes de congresos; herramientas de utilidad clínica o investigadora; publicaciones; presentaciones de profesionales y sociedades latinoamericanas, con el fin de aumentar nuestra colaboración; y novedades en el mundo de la psico-oncología, entre otras cosas. El boletín incluirá también

un artículo. Es difícil escoger una

sola publicación de todas las existentes, que no carecen de interés. Pero en este primer número de nuestro boletín he escogido uno escrito por José Antonio García Monge (Universidad Pontificia Comillas) sobre la esperanza y la elaboración del sufrimiento y del dolor desde ella. Esperanza, porque debemos mantenerla para seguir luchando por nuestros pacientes y sus familiares a pesar de lo costoso que nos resulta. Esperanza, porque es lo que debemos transmitir al paciente. Esperanza, porque debemos tenerla para luchar por una mayor integración de nuestros servicios en el cuidado integral del enfermo con cáncer. Y esperanza de que cada día seamos más los profesionales que con entusiasmo y dedicación, queramos aportar nuestro pequeño granito de

arena.

Quiero desde aquí dar la bienvenida a la nueva Junta Directiva nombrada en el congreso SEPO celebrado en Madrid el pasado mes de octubre.

Este es un boletín de todos, por lo que cuento con vuestra colaboración. Enviarme toda la información que os gustaría ver publicada en nuestro boletín y haremos todo lo posible por que aparezca, siempre y cuando se mantengan los criterios de publicación.

Quiero agradecer a Javier Monsalvo, Ana Marcela (México) y a Maru Saenz Roche su valiosa colaboración en este número. Y desde aquí desearos que disfrutéis de esta, nuestra primera publicación!

Maria Die Trill



LA FUNDACION PSICOONCOLOGICA

DE BUENOS AIRES

Por Esther Daniel

La Fundación Psicooncológica de Buenos Aires es una organización sin fines de lucro que ha sido creada con el propósito de producir un mejor y mayor conocimiento, abordaje y tratamiento de la salud mental en las enfermedades oncológicas.

EN CADA BOLETÍN CONTAREMOS CON LA COLABORACIÓN DE ALGÚN PROFESIONAL O SOCIEDAD CIENTÍFICA LATINOAMERICANA CON EL FIN DE FACILITAR TANTO COLABORACIONES COMO CONOCIMIENTO MUTUO

Somos un grupo de profesionales de la salud, médicos, psicólogos y psicoanalistas interesados en el desarrollo, promoción y fortalecimiento de la psicooncología.

Estamos orientados a perfeccionar una escucha especializada del paciente oncológico desde el diagnóstico de la enfermedad y continuando por el tránsito de sus distintas fases. Extendemos esta actividad a la inclusión del o de los profesionales intervinientes en relación al paciente, con el fin de prevenir y asesorar acerca de cuestiones relativas al agotamiento y malestar emocional.

Es intención prioritaria de la Fundación construir una relación fluida, con los pacientes, su entorno familiar y social así como también con profesionales e instituciones multidisciplinarias preocupadas por esta temática. De tal modo buscamos constituir una red de atención, contención y orientación del paciente en un clima de profesionalismo, respeto y confianza.

Es nuestro objetivo establecer y crear las vías de concreción de sistemas de tratamiento psico-oncológicos brindando un marco de contención a pacientes con enfermedades oncológicas, así como a sus familiares y a los profesionales que efectúan el tratamiento a dichos pacientes; promover políticas de concienzación, tratamiento y aplicación de procedimientos psico-oncológicos de tratamiento de pacientes con cáncer; efectuar asistencia, supervisión, asesoramiento, docencia e investigaciones llevando a cabo talleres, cursos, seminarios y todo tipo de eventos para la comunidad profesional y público en general; generar políticas de prevención social relacionadas con la psico-oncología; promover la inclusión del psico-oncologo en equipos de salud, fomentando la formación específica desde el periodo de grado; establecer los medios propicios para el desarrollo de equipos de investigación propios o asociados con otras entidades con el fin de desarrollar y ampliar la presente práctica creando y otorgando becas de estudio para personas que realicen investigaciones sobre psico-oncología.

Nos resulta de suma importancia el intercambio con otras instituciones destinadas a similar campo de atención, por lo tanto, fomentar el fortalecimiento de la comunicación entre profesionales e instituciones locales y extranjeras que realicen actividades de asistencia, formación, y docencia con el fin de construir una red de investigación en psicooncología.

En Argentina surge la Fundación Psicooncológica de Buenos Aires con el propósito de producir un mejor y mayor conocimiento, abordaje y tratamiento de la salud mental en las enfermedades oncológicas.

JUNTA DIRECTIVA

Presidente: Francisco Gil Moncayo

Vicepresidente 1º:

Agustina Sirgo Rodríguez

Vicepresidenta 2º: Juan Antonio Cruzado

Secretario: Manuel Hernández

Tesorera: Nuria Sánchez

Vocales: María Die Trill
Fabiola Cortés-Funés



(cont) Conformada por profesionales de la salud, médicos, psicólogos y psicoanalistas, la fundación pretende atender al paciente en las distintas fases de la enfermedad formando una red de atención, contención y orientación para prevenir y asesorar cuestiones relativas al agotamiento y malestar emocional.

En el marco de la Fundación, se realizarán también actividades en relación a la docencia, como talleres, cursos, seminarios, supervisión y asesoramiento.

Interesados en promover la investigación y la formación en psicooncología se encuentran abiertos a establecer nexos de cooperación con Instituciones locales y extranjeras.

CONTACTO: info@psicooncologia-bsas.org
<http://www.psicooncologia-bsas.org/>

HERRAMIENTAS DE TRABAJO

En la creciente expansión del mundo de las aplicaciones para teléfonos móviles y tabletas, diversas instituciones de investigación en cáncer han puesto a disposición del paciente “información de rápido acceso” para poder facilitar la adaptación, de éste y de su familia, a la complejidad del proceso

En esta sección pretendemos poner a disposición del profesional herramientas que pueden llegar a ser de utilidad ante las dudas que los pacientes pueden plantearse en su enfrentamiento al cáncer.

Proponemos dos aplicaciones de fácil acceso y descarga, generadas para la comprensión y respuesta de cuestiones del paciente, sin perder el rigor científico que requiere la información a entregar.

EN ESTA SECCIÓN INTENTAMOS APORTAR INFORMACIÓN PRÁCTICA QUE PUEDA FACILITAR Y OPTIMIZAR LA CALIDAD DE NUESTRO TRABAJO

oncológico.

ABOUT HERBS

Esta aplicación está desarrollada por Barry Cassileth, (Memorial Sloan-Kettering Cancer Center , Nueva York) para solucionar las dudas referentes a las posibilidades de tomar hierbas, productos botánicos, suplementos dietéticos y terapias complementarias entre otras, durante el tratamiento de la enfermedad. La aplicación pretende acercar a los pacientes hacia una visión de más de 260 productos que pueden ayudar al paciente que se plantee su uso, mostrando, sin perder el rigor científico, los efectos encontrados basados en la evidencia. La aplicación muestra dos formatos, uno para el consumidor y otro para el profesional; de esta forma los pacientes pueden conseguir una lectura comprensible y de términos manejables. Es una herramienta de información muy práctica y útil para el paciente que se encuentre en un proceso de valorar si debe o puede acompañar su tratamiento médico de otras opciones o tratamientos no convencionales. La aplicación aún no se encuentra traducida al Español. Incluye información sobre todo tipo de tratamientos no convencionales

<http://www.mskcc.org/blog/msk-unveils-about-herbs-mobile-application>



<http://www.mskcc.org/blog/msk-unveils-about-herbs-mobile-application>

HERRAMIENTAS

DE TRABAJO

REVISTA: CURE TODAY

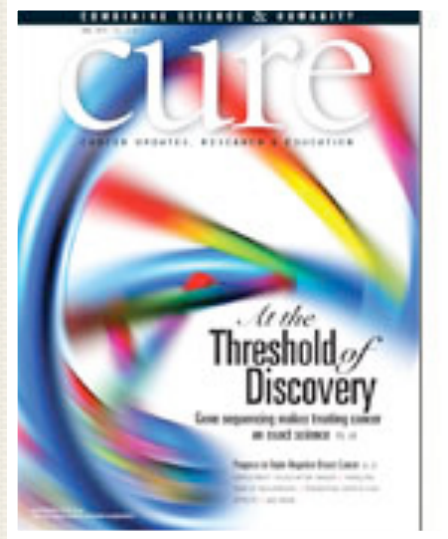
El grupo CURE (*Cancer Updates Research and Education*) ofrece una serie de publicaciones sobre la investigación e innovación en el cáncer, pretendiendo hacer accesible esta información al enfermo, superviviente o cuidador principal, con el objetivo de mezclar la ciencia con la humanidad para favorecer la comprensión de la enfermedad y sus tratamientos. Dentro de estas publicaciones destacamos la aplicación móvil que el grupo ha puesto a disposición. En esta aplicación se encuentra disponible para Iphone, Ipod y Ipodtouch,. En ella tendremos disponible la revista cuatrimestral CURE, y la guía anual para el paciente.

En la aplicación se podrán encontrar varios números de la revista y las guías anuales para poder hacer una búsqueda específica de algún tema que resulte de interés, siendo estas revistas una valiosa fuente de información ya que acercan el rigor científico necesario y combaten ciertas creencias y tópicos encontrados sobre la enfermedad en los momentos de diagnóstico, tratamiento y finalización del proceso.

Encontramos esta una aplicación de utilidad, ya que, aunque se encuentre exclusivamente en inglés, es una gran fuente de información para el paciente, así como una posible fuente de inspiración y ayuda hacia el profesional que podrá colaborar en hacer cercanas las diversas posibilidades de tratamiento y favorecer la toma de decisiones.

<http://>

www.curetoday.com/



CONGRESOS, JORNADAS Y OTRAS NOTICIAS

CONGRESOS Y JORNADAS

VI CONGRESO SEPO

EN BÚSQUEDA DE SENTIDO
27-29 MARZO 2014 MÁLAGA

[HTTP://
WWW.VICONGRESOSEPO14.COM/](http://www.vicongresosepo14.com/)

XV CONGRESO MUNDIAL DE PSICOONCOLOGIA Y ACADEMIA PSICOSOCIAL

INNOVATION IN
PSYCHOONCOLOGY

4-8 NOV 2014, ROTTERDAM

[HTTP://WWW.IPOS-SOCIETY.ORG/
IPOS2013/](http://www.iapos-society.org/iapos2013/)

X JORNADAS SECPAL

**DOLOR EN CUIDADOS
PALIATIVOS**

14-15 NOV 2013 TOLEDO

[HTTP://
WWW.SECPAL2013TOLEDO.COM/](http://www.secpal2013toledo.com/)

AESFASHU CENTRO DE ESTUDIOS SISTEMICOS

PSICOONCOLOGIA: CLÍNICA
DESDE LA COMPLEJIDAD

21-22 NOV 2013 MADRID

[WWW.AESFASHU.COM](http://www.aesfashu.com)

ECCO-ESTRO-ESMO 2013

REINFORCING
MULTIDISCIPLINARIETY

27 SEP-1 OCT, 2013 AMSTERDAM

[HTTP://
ECCAMSTERDAM2013.ECCO-
ORG.EU/](http://eccamsterdam2013.ecco-org.eu/)

AMERICAN PSYCHOSOCIAL ONCOLOGY SOCIETY - APOS

IMPLEMENTING QUALITY CARE
STANDARDS FOR PSYCHOSOCIAL
ONCOLOGY

13-15 FEB 2014 TAMPA, FLORIDA

[HTTP://WWW.APOS-
SOCIETY.ORG/APOS2014/](http://www.aapos-society.org/aapos2014/)



NUEVA APERTURA:

ATRIUM: PSICO-ONCOLOGIA Y PSICOLOGÍA CLÍNICA **Instituto de Formación Psico-Oncológica**

Curso de Posgrado: PSICO-ONCOLOGÍA Y ASPECTOS PSICOLÓGICOS EN CUIDADOS PALIATIVOS (8ª edición) - 2 años

Cursos y talleres diversos sobre diferentes aspectos del campo de la psico-oncología

Supervisión clínica y emocional a psico-oncólogos y otros profesionales interesados

Atención psico-oncológica a pacientes y familiares

Atención psicológica a profesionales sanitarios

Talleres para pacientes y sus familiares

INFORMACIÓN: mdietrill@gmail.com Tfno: 677 450 889

ATRIUM
PSICO-ONCOLOGÍA Y PSICOLOGÍA CLÍNICA
Instituto de Formación Psico-Oncológica

PONENCIAS Y COMUNICACIONES EN CONGRESOS

A continuación presentamos una breve selección de algunas comunicaciones presentadas en congresos recientes.

CONGRESO SEPO

MADRID, 2012

MESA:

NEUROPSICOLOGÍA Y TUMORES CEREBRALES

Intervenciones:

1. **Mindfulness y reducción del malestar emocional en pacientes con cáncer.** Comunicación Oral presentada por Concha León, Psico-Oncóloga, IOV (Instituto Oncológico del Vallés).
2. **Efecto de la ansiedad y de la depresión en gliomas.** Comunicación Oral presentada por Ana Sanz, Neuropsicóloga Fundación Grupo IMO.
3. **Patrón de deterioro cognitivo en pacientes con gliomas.** Comunicación Oral presentada por Ana Sanz, Neuropsicóloga Fundación Grupo IMO.
4. **Factores cognitivos de riesgo para el desarrollo de síntomas.** Comunicación Oral presentada por Amador Priede, Psico-Oncólogo de la aecc JP Cantabria.
5. **Redimiendo cognitivo en pacientes con metástasis cerebrales que han recibido RT holocraneal.** Comunicación Oral presentada por Ana Sanz, Neuropsicóloga Fundación Grupo IMO.

La intervención grupal mediante técnicas de mindfulness puede mejorar el estado de ánimo, reduciendo la sintomatología ansiosa y depresiva y mejorando la calidad de vida en pacientes oncológicos según el estudio presentado por Concha León.

Respecto al estudio presentado en pacientes con gliomas, Ana Sanz concluye que los pacientes con glioma de bajo grado presentan mayores síntomas clínicos de ansiedad, perciben una mejor calidad de vida específica, informando de un menor número de síntomas y una menor influencia de los mismos en su vida diaria que los pacientes con gliomas de mayor grado de malignidad. La calidad de vida de la muestra estudiada muestra una clara relación con la depresión, de tal forma que ésta predice una peor percepción de bienestar físico, mayor número de síntomas y una peor percepción global de la calidad de vida. A nivel clínico, esta información permite detectar desde los momentos iniciales de la enfermedad aquellos pacientes con un mayor riesgo de presentar síntomas psicopatológicos y favorecer la puesta en marcha de programas dirigidos a mejorar la calidad de vida de los pacientes

El estudio presentado por Ana Sanz sobre deterioro cognitivo en pacientes con gliomas ha pretendido determinar el patrón de funcionamiento de estos pacientes desde el momento del diagnóstico hasta después del tratamiento de RT. Se ha evidenciado un porcentaje elevado de déficits en funciones atencionales, visoespaciales, mnésicas, lenguaje y funciones ejecutivas desde los primeros momentos de la enfermedad. Se observa un mantenimiento del funcionamiento cognitivo en los tres meses posteriores a la cirugía para pacientes con gliomas, a excepción de un empeoramiento en fluidez fonológica y atención alternante, y una mejoría en memoria verbal evocada por claves. Asimismo, los pacientes con gliomas de bajo grado presentaron un mejor rendimiento en funciones ejecutivas, tanto antes como después del tratamiento quirúrgico. Asimismo, los pacientes con lesiones de mayor grado de malignidad presentan un

mayor riesgo de deterioro en funciones ejecutivas.

Amador Priede analiza los factores cognitivos de riesgo para el desarrollo de síntomas ansioso-depresivos en la población oncológica. Concluye que la sintomatología ansiosa correlaciona con rumiaciones, estableciendo la necesidad de desarrollar intervenciones que aborden eficazmente los modos de procesamiento cognitivo en los pacientes con cáncer, con el fin de evitar el desarrollo de trastornos psicopatológicos en estos pacientes.

Finalmente, la mejoría en el pronóstico de los pacientes con metástasis cerebrales favorece el estudio de factores cognitivos y su implicación en la calidad de vida de los mismos. La muestra analizada por Ana Sanz presenta un elevado porcentaje de deterioro cognitivo en el momento del diagnóstico de la lesión cerebral, principalmente en dominios atencionales, perceptivos y de funciones ejecutivas. Sin embargo, el porcentaje de deterioro en memoria verbal está en torno al 30% de la muestra estudiada, sin observarse diferencias por haber recibido o no RT holocraneal. Así, los datos de este estudio apuntan a que el deterioro cognitivo en pacientes con metástasis cerebrales se asocia principalmente a la lesión, así como a otros factores, como pueden ser la QT u otros tratamientos sintomáticos. Esta información deberá ser considerada por los profesionales médicos para la toma de decisiones terapéuticas en base a conseguir tratamientos individualizados.

PONENCIAS Y COMUNICACIONES EN CONGRESOS

CONGRESO SEPO

MADRID, 2012

OBSERVATORIO DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL EN CÁNCER

Josep María Borrás (*Coordinador de Estrategia en Cáncer del SNSalud*), Belén Fernández (*AECC*), Dolors Mateo (*ICO*) y Juan Antonio Cruzado (*Universidad Complutense de Madrid*) se dieron a la tarea de responder a las dudas de los asistentes en una mesa de tipo "Encuentro con el Experto" moderada por Francisco Gil

Entre los temas abordados estuvieron:

- Las diferencias en los recursos asistenciales en cáncer en los centros de atención españoles.
- La falta de definición de la posición de la asistencia psicooncológica a adultos, siendo que la asistencia psicológica paliativa e infantil están bien definidas.
- La necesidad de:
 - Documentar la labor de la asistencia psicooncológica
 - Valorar la evidencia de la intervención psicooncológica
 - Definir la cartera de servicios de psicooncolología
 - Definir las necesidades psicosociales de los supervivientes
 - Definir criterios de derivación a psicooncolología
- La ubicación de la psicooncolología, en la psicología de la salud o en la psicología clínica.
- Se descartó la especialidad en psicooncolología y se habló de las competencias y capacidades de los profesionales
- Desde la SEPO, trabajar en crear guías clínicas, documentos de carteras de servicios y de evidencia en psicooncolología
- Definir mínimos de atención psicooncológica
- Expectativa de mayor desarrollo de la psicooncolología en la nueva Estrategia Nacional del Cáncer del SNS.

CONGRESO ASCO - AMERICAN SOCIETY OF CLINICAL ONCOLOGY

CHICAGO-USA, 2013

En Chicago se celebró la Reunión Anual de ASCO (American Society of Clinical Oncology), donde los temas de interés psicosocial tienen cada vez más presencia. Entre los trabajos presentados dominan los temas de Calidad de Vida (CV) y la relación médico paciente. Presentamos a continuación un breve resumen de las novedades.

Se aprobó la fiabilidad del Instrumento Minneapolis- Manchester de Calidad de Vida (asociada a la salud) en adultos, siendo ahora válido para evaluar personas desde 8 a 55 años de edad.

Se estudió el papel modulador del estrés y del diagnóstico psicopatológico en la variabilidad en la CV, siendo éstos los factores que mayor influencia tienen en la variabilidad se sugiere un mayor estudio de ésta influencia. Otro tema relacionado a la CV fue la sexualidad en pacientes con cáncer de ovario y de próstata. Se concluyó que los varones se sienten menos masculinos de lo que las mujeres se sienten menos femeninas, por lo cual los varones requieren más apoyo en éste área.

Se trató el tema de las malas noticias contrastado a la creencia de los familiares de que informar produce una pérdida de esperanza y concluyendo que al contrario a lo esperado por la familia, la mayoría de los pacientes prefieren ser informados del diagnóstico y del pronóstico de su enfermedad.

También se ha creado un instrumento para hacer un perfil de paciente denominado ALGA. Este evalúa la percepción del estado de salud y aspectos psicológicos, psicosociales y cognitivos. La finalidad es ayudar al médico a modelar su lenguaje y su mensaje para mejorar la comprensión del paciente en el manejo de sus opciones favoreciendo la aplicación de la medicina personalizada.

Se elaboró, asimismo, una herramienta para tomar en cuenta los valores del paciente en el plan de tratamiento y un estudio para conocer las cualidades más valoradas en los médicos siendo éste el orden reportado: conocimiento, honestidad, humanidad, disponibilidad, experiencia, humildad y simpatía.

Los resúmenes reportados pueden encontrarse en la página web:

<http://meetinglibrary.asco.org/subcategories/2013%20ASCO%20Annual%20Meeting>

ESPERANZA EN LA EXPERIENCIA DE SUFRIMIENTO HUMANO. EL PSICÓLOGO HUMANISTA Y SU AYUDA EN LA INTEGRACIÓN DEL DOLOR

JOSÉ ANTONIO GARCÍA-MONGE

RESUMEN

En el ámbito de la Psicología Humanista y en la corriente de la Psicología Positiva el artículo estudia la ESPERANZA en el dolor y el sufrimiento de los pacientes en psicoterapia en todos los casos de sufrimiento humano y en concreto de los oncológicos. Ponemos la esperanza como tarea básica del Psicólogo clínico en su relación con el enfermo. La psicoterapia como encuentro de dos esperanzas: la del paciente y la del psicólogo. Fundamentamos filosóficamente y antropológicamente la esperanza y escuchamos sus fuentes para muchos pacientes, en concreto, en la religión (religiones) y en la espiritualidad. Muchas investigaciones aprecian la correlación de las creencias existenciales y de la fe del enfermo con la calidad de vida y la asocian a paz, serenidad, apertura, resiliencia. Disminución de la ansiedad y más fortaleza en los tratamientos. Distinguimos dolor de sufrimiento como elaboración mental del dolor, frecuentemente tortuosa y acrecentadora de ese dolor experimentado. Describimos la tarea del psicólogo clínico humanista para acoger al paciente y, con profundo respeto, a su persona y situación procesar y crear un espacio humano en el que la esperanza diga su palabra.

PALABRAS CLAVE: Esperanza, dolor, sufrimiento, psicoterapias humanistas, espiritualidad, amor.

ABSTRACT

In the field of Humanistic Psychology and current Positive Psychology the article studies. HOPE through the pain and suffering in those patients in therapy in all cases of human suffering and specifically for cancer patients. Hope is the task that we psychologists put propose forward as a basic task between clinical the psychologists and the patient. Therapy as a meeting point between two hopes: patient's and psychologist's. We base hope philosophically and we listen to its sources, specifically regarding religion(s) and spirituality. Several studies appreciate the correlation between existential beliefs and the sufferers faith together with the quality of life which is associated with serenity, openness, resilience. The decrease of anxiety and more strength for treatments. We distinguish pain from suffering as a mental development of pain which is usually excruciating and increasing. We describe the task of clinical humanistic, psychologists to receive the patient and with a deep respect for him and his situation to create his own human space in which hope is the word.

KEY WORDS: Hope. Pain. Suffering. Spirituality. Love.

Correspondencia: José A. García-Monge. Ex profesor de Psicología Clínica. Universidad Comillas, ICAI, ICADE, Madrid. Profesor del Master de Psicoterapia Individual y de Grupo. Psicoterapeuta Instituto de Interacción y Dinámica Personal. Madrid. Tel 3103240. E-mail jagmonge@yahoo.es

1. LA PSICOTERAPIA: ENCUENTRO DE DOS ESPERANZAS

Escribir sobre la esperanza en la experiencia de sufrimiento, como se da en la mayoría de los pacientes con neurosis o crisis existenciales y, en concreto, en el paciente oncológico y sus familiares y amigos, resulta difícil. En muchas ocasiones y circunstancias la única palabra acertada puede ser el silencio. Un silencio empático, vivenciado, tal vez, como impotencia compasiva y comunicada (García-Monge, 2008).

Nuestra tarea (y en psicología clínica no hay tarea sin persona y personas), ante todo hombre, mujer que sufre y en concreto, psico-oncológicamente, pasará por el silencio y la escucha pero si no acarrea esperanza se quedará corta y no aportará lo que nuestro rol demanda y lo que nuestra persona, desde lo más hondo, puede aportar.

Más allá de las habilidades profesionales, la transmisión de esperanza es una de las más importantes misiones como personas y como profesionales clínicos. La esperanza es un radical humano que no suele aparecer directamente en los libros de psicología, aunque actualmente la Psicología Positiva inaugurada formalmente por Martin Seligman en la conferencia umbral de su periodo presidencial de la American Psychological Association en 1999, integra la esperanza cultivable en la tarea terapéutica. Sin ella, nuestro trabajo relacional en el horizonte existencial queda reducido a estrategias terapéuticas de valor y cierta eficacia desprovista de raíces.

Es verdad que esta “novedad” psicológica de introducir la esperanza, como factor del bienestar, de la calidad de vida, se basa en la reciente fundamentación empírica y una praxis de psicología positiva, pero pertenece a la **Psicología Humanista** y a la perenne realidad humana. Ya la filosofía moderna (y la antigua), (no olvidemos que los primeros psicólogos desde el siglo XIX y primera mitad del XX, provenían de la neurología y sobre todo de la filosofía) sondeaba la esperanza como constitutiva de ese ser finito y limitado que somos abrumado por la soledad, el dolor, el sufrimiento. E. Kant (1787) en su *Lógica* se encuentra con los límites de la razón en la cuestión. “¿Qué me está permitido esperar?”. Tal vez, como investigaremos en los estudios empíricos, la esperanza en el sentido de la vida o el **suprasentido** referido desde el sujeto, desde tiempo inmemorial, a Dios (o a los dioses o recientemente a una invisible energía cósmica) constituye la apertura hacia lo suprasensible que permite franquear los límites de nuestra finitud. P. Ricoeur (1969) afirma que los postulados de la razón práctica están ligados a la esperanza, concebida no como “extensión del saber”, sino como **apertura** y que ésta es tanto más necesaria para Kant porque el mal está en la raíz de nuestro querer moral, de tal suerte que “la libertad real no puede brotar más que como esperanza” (Ricoeur, 1969 p. 404). El análisis de la finitud como angustia frente a la nada, como preocupación que surge en el horizonte del tiempo, plantea la cuestión del ser en cuanto ser y, a juicio de Heidegger (1997), así es como Kant lleva el pensamiento filosófico, por encima de Hegel, hacia una ontología existencial. El nihilismo es lo contrario de la esperanza. Genera angustia pero esa angustia puede ser búsqueda de esperanza. Estamos pasando de la metafísica a una antropología filosófica raíz honda del tránsito hacia la psicología.

Además del **amor**, una de las energías más poderosas que residen en el hombre, aunque su fuente sea más profunda de lo que podemos tocar, es **la ESPERANZA**.

La esperanza es una virtud, al menos antropológica, un talante, una actitud vital, con resonancia emocional, una dimensión de la persona que humanamente es necesaria para que una vida sea digna de tal nombre. El diccionario del uso del castellano María Moliner (1998), define “Esperanza” (abrigar, alimentar, acariciar, concebir) como la “confianza en que ocurra o en conseguir cierta cosa que se desea”. Sin placer podemos vivir, aunque frustradamente, sin esperanza, no. Necesitamos la esperanza para que nuestro paso por la existencia no sea receloso, desconfiado, inseguro, doloroso, hostil.

Sin esperanza, que es un bien escaso, no hay vida ni supervivencia, o por lo menos la vida carece de sabor y sentido y la supervivencia sucede sin dignidad. Un médico científico y pensador personalista, Pedro Laín Entralgo (1984) mostró gran interés por la espera y la esperanza. El hombre, escribirá, es constitutivamente un ser que cree, espera y ama. La esperanza, continúa Laín, es un bien absolutamente necesario para las personas, para los grupos, para los pueblos. La esperanza es un **anhelo de sentido**. La sabiduría popular repite que la esperanza es lo último que se pierde. La esperanza parece ser el ancla de salvación cuando todo se tambalea, cuando padecemos situaciones des-esperadas. Saramago escribe: “La ceguera también es eso, vivir en un mundo en el que se ha acabado la esperanza” (Saramago, 1998, p. 240). La esperanza mira al futuro, desde la experiencia del pasado; está en peligro cuando el ser humano se entrega a la nostalgia, cae en la melancolía o cuando vive un presente “plano” unidimensional. Puede desmesurar el futuro porque es apuesta y riesgo. Pero el riesgo de esperar se ve impulsado por el secreto y hondo corazón de lo humano. La confianza básica que necesita el niño para crecer sanamente está hecha de esperanza en la respuesta de los demás.

En la relación psicólogo/a-paciente se da un **encuentro de dos esperanzas**. La del psicólogo/a basada en sus conocimientos, su experiencia humana, su motivación y en los recursos del enfermo. La del paciente que, inicialmente puede ser desesperanzada y ¡cuantas veces desesperada! debe ir generándose en la relación terapéutica, en el encuentro humano. Si llegamos a conseguir o, más verdaderamente, si acontece la esperanza en el paciente, habremos creado no una falsa ilusión sino una **calidad de vida y sentido en la vida**, en muchas ocasiones, más duradero y profundo que la salud misma que tanto y tan motivadamente buscamos.

Escribo en el contexto de la esperanza de sentido de la vida o suprasentido. Frankl (1991) p. 229, explicita que entre las necesidades psicológicas que nos dan sentido a la vida: crear algo, ser útil, amar y ser amado, la tercera, cuando nos encontramos con el sufrimiento, con un destino que parece irrevocable, justamente allí se le puede dar sentido a la vida. “Es el secreto de la incondicionada tendencia al sentido que tiene la vida: que el hombre, precisamente en situaciones límite de su existencia, es llamado a dar fe de aquello que él y sólo él es capaz”. Esta afirmación se basa no sólo en una profunda intuición sino en una laboriosa investigación (cf. Frankl, supra p. 230).

Martin Luther King decía: “Si ayudo a una persona a tener esperanza, no habré vivido en vano”. Para muchos, el sentido de la vida es, si cabe, más importante que la vida misma. En este sentido, existe una amplia literatura que confirman la significativa incidencia que tiene el sistema de creencias (que siempre, más o menos sanamente explícita o implícitamente, conlleva esperanza) en la adaptación, calidad de vida e índices de salud de los pacientes y, en concreto de los enfermos oncológicos. Cuando en estos estudios se habla de religiosidad o de espiritualidad (frecuente intercambiables), hay que tener en cuenta que la religión abrazada no es la que más verdades enseña sino la que más esperanza acarrea. (Ver publicaciones en la web Instituto Nacional del Cáncer: www.cancer.gov/espanol). Los resultados de un gran número de investigaciones señalan cómo aquellos que pueden apoyarse en un sentido de la vida o en un suprasentido espiritual que genera esperanza constituye como una forma de afrontamiento para los pacientes más que en forma de evitación o negación, invitándoles al ajuste necesario que supone su enfermedad (Martínez, Méndez y Ballesteros, 2004; Rippentrop et al., 2006; Rojas Marcos, 2010).

Para la comprensión más honda de esta espiritualidad, religiosidad, nos referimos a, Williams James (1986), uno de los pioneros de la psicología como ciencia, reflexionando sobre la experiencia religiosa.

Por ejemplo, Meyers (2002) en un estudio llevado a cabo con mujeres con cáncer de mama evaluadas tres meses después de su intervención, encontró que, al igual que el locus de control y el apoyo social, la religiosidad influyó de forma significativa en la disminución de la ansiedad experimentada. Midiendo el dolor y la depresión (que es un estado de ánimo frecuentemente desesperanzado), investigadores de un hospital de Croacia (Aukst-Margetic et al., 2005) encontraron que la religiosidad puede ser un amortiguador de la depresión y un apoyo en el proceso curativo.

Asimismo, los resultados del estudio llevado a cabo por Laubmeier, et. al. (2004) desde la perspectiva de la teoría existencial (Frankl, 1963), sugieren que la espiritualidad, particularmente el componente existencial, puede estar asociada con la reducción de síntomas de malestar en pacientes con cáncer, independientemente de la amenaza percibida de la vida.

En la experiencia de **dolor** vivida en el proceso oncológico o en otros procesos humanos a los que tiene acceso el psicólogo clínico, se da una vivencia sensitiva, cognitiva y emocional desagradable que cada sujeto verifica de manera personal y única. Pronunciar la palabra dolor con empatía, respeto y compasión es relacionarnos con el hecho subjetivamente concreto del paciente.

Existen muchas fuentes de dolor: orgánico, psíquico, social, moral, etc... En el cáncer, como en otras situaciones límite, se puede explicar por qué existe el dolor y paliarlo; al psicólogo humanista y al psico-oncólogo le corresponde adentrarse en **cómo** se vive o se muere en el dolor y acompañar al sujeto en su tortuoso camino buscando cómo erradicarlo o cómo vivenciarlo con el menor costo personal y con la mayor esperanza posible.

2. ESPERANZA:¿ EN QUÉ O EN QUIÉN?

Hay tantas respuestas como sujetos. La respuesta frecuente es la curación de aquello que le aqueja, además de otras expectativas existenciales. En todo paciente y en el enfermo de cáncer es la salud, su curación, el sentirse útil, no sentirse carga para los demás, que los suyos, a pesar de su enfermedad, salgan adelante, no sufran... Por esta esperanza se afrontan responsabilidades, sesiones de psicoterapia hondas, intervenciones quirúrgicas, penosas y largas sesiones de quimioterapia o radio, medicaciones, ingresos hospitalarios, etc...

La esperanza tiene que ver con la **necesidad y sobre todo con el deseo**. Proyectándolos desde la carencia hacia su realización, el futuro deseado se hace presente en el aquí y ahora esperanzado. Ese futuro puede ser, en muchas ocasiones incierto, tal vez ilusorio, pero el momento actual ha sido esperanzado y esto ya es importante. ¿Nos estamos engañando con la “falsa” esperanza?. Puede ser. Pero la esperanza es procesual, evolutiva, como la persona misma.

Aristóteles escribía 300 años antes de Cristo que *“La esperanza es el sueño del hombre despierto”*. Despertar a la esperanza es vivir en la realidad del insondable corazón humano, más grande, como señalaba antes, que la misma vida de su organismo biológico. Tal vez una de las tareas del psicólogo es **enseñar a desear sanamente** o ayudar a quitar las trabas para que esto suceda (García-Monge, 2009). Es verdad que hay “esperanzas” que alienan. No son esperanzas, son sólo ilusorias esperas. Nuestra misión como psicólogos no es engañar ni engañarnos sino respetar y cultivar la esperanza que hace que el dolor, sin dejar de serlo, no se convierta en sufrimiento. Laín Entralgo (1993) muestra su interés por la esperanza en tiempos de crisis.

No se enseña a esperar, pero se puede aprender a tener esperanza. Se puede crear un espacio humano donde haya sitio para la esperanza. Y si logro aprehenderla, existe en mí algo que ni siquiera el fracaso me puede quitar. Puede cambiar el objeto de nuestra esperanza, pero el sujeto que experimenta esperanza está enviando mensajes positivos a su cuerpo, mente, corazón y a su espíritu corporal.

La esperanza no es autosugestión, es ver el arco iris de la vida con todos sus colores. Ampliar la percepción, ensanchar nuestro vocabulario, en el que existen palabras, como dolor, muerte y darse cuenta que podemos pronunciar otras palabras que nos hacen explorar todas las dimensiones de nuestro ser, incluido el **amor** que tanta esperanza genera y tanto dolor, en ocasiones, acarrea. El amor es el “paraíso” perdido y tal vez reencontrado, pero siempre buscado, en esperanza, que nos permite ser-para-alguien y con alguien. No buscaríamos el amor sino hubiésemos sido encontrados por él. El amor hacia sí mismo y hacia los demás está sembrado en la esperanza que nos constituye y nos trasciende. Escribe Frankl (1983) p.110: “El amor constituye la única forma de aprehender a otro ser humano en lo más profundo de su personalidad. Nadie puede ser totalmente conocedor de la esencia del otro si no le ama. Por el acto espiritual del amor se es capaz de ver los trazos y rasgos esenciales en la persona amada; y lo que es más, ver también sus potencias ; lo que todavía no se ha revelado, lo que ha de mostrarse. Todavía más, mediante su amor, la persona que ama posibilita al amado a que manifieste sus potencias. Al hacerle consciente de lo que puede ser y de lo que puede llegar a ser, logra que esas potencias se conviertan en realidad”. La esperanza en el amor es más fuerte que la muerte.

Escribía Samuel Johnson en el siglo XVIII: “Es necesario esperar, aunque la esperanza haya de verse siempre frustrada, pues la esperanza misma constituye una dicha, y sus fracasos, por frecuentes que sean, son menos horribles que su extinción”

2.1. Dimensiones de la tarea del psicólogo clínico en el asunto de la esperanza

- Acoger la desesperanza e incluso la desesperación.
- Ayudar en el duelo por la salud perdida
- Estar atento al mundo cognitivo y emocional del paciente
- Escuchar sus demandas
- Respetar sus decisiones
- Comprender su esperanza, escuchando de dónde le viene.
- Hablarle con esperanza, desde el mundo referencial del paciente.
- Ayudarle a formularla y vivenciarla sanamente
- Acompañarle en la demora de la gratificación de sus deseos
- Ahondar junto a él en su esperanza
- Fortalecer su resiliencia

Dado que en este artículo no es posible desarrollar todas estas dimensiones me voy a detener en algo que considero importante, el manejo del dolor en todos los pacientes (que padecen) y aterrizar un poco más concretamente, en base a los estudios empíricos, en los pacientes oncológicos.

3. DOLOR Y SUFRIMIENTO: EL MANEJO DEL DOLOR EN LA PSICOLOGÍA HUMANISTA

3.1. El dolor como dato de la vida

Aunque la evitación del dolor es antigua como la vida misma, vivimos en una cultura posmoderna en la que como afirmaba Perls (1969) somos “fóbicos al dolor”. La trilogía de dioses que motivan conductas humanas, una al dinero y al poder, el culto al cuerpo sano y joven. La experiencia de muerte se oculta para tratar así de olvidar el dolor terminal de la vida.

El dolor, en sus diferentes lenguajes: físico, psíquico, social, moral, espiritual, es un dato de la vida y de las “muertes” agazapadas en nuestra vida. En lugar de aprender a dialogar con el para erradicarlo sanamente o darle un sentido (o conservar, a pesar de él, nuestro sentido), lo anestesiarnos pero, tal vez no modificamos la situación vital que nos lo produce. Frecuentemente lo “cambiamos de lugar existencial”, lo somatizamos apartándonos, como señala Antonio Guijarro (1979), del sano itinerario que va del síntoma padecido a la vida vivida.

El dolor como **dato de la vida** podemos:

- Ignorarlo. Alienación, escapismo, autoengaño...hasta que el dolor termina imponiéndose a nuestra negación impotente.
- Evitarlo. Sabemos que está ahí pero evitamos dialogar con él. Tal vez lo sustituimos por otro más llevadero o lo pretendemos compensar de alguna manera.
- Buscarlo. Masoquismo, victimación, autorreparación neurótica, culpa como agresión a sí mismo o al entorno.
- Encontrarlo. Escucho lo que me dice, dialogaré con él y la esperanza me ayudará y motivará a fortalecer mi salud personal integral.

3.2. Cómo convertimos el dolor en sufrimiento

Un estímulo, una mutación que genera dolor es frecuentemente, mal o bien, interpretado. Nuestro cerebro, nuestra mente, lo elabora adecuada o inadecuadamente con una actitud positiva o negativa. Esa elaboración mental del dolor que hace el paciente, con toda su biografía a cuestas, puede generar y de hecho genera frecuentemente **sufrimiento**. La ciencia médica debe tratar de curar la enfermedad que conlleva dolor. La antropología, la **psicología**, la filosofía, el sentido de la vida, la espiritualidad del ser humano, debe ayudar, con otras herramientas, también a erradicarlo y, en todo caso, a disminuirlo sin convertirlo en sufrimiento que desintegre la persona. El dolor lo encontramos con toda nuestra biografía, con el peso de los aprendizajes, umbrales y expectativas. Coloquialmente intercambiamos las palabras dolor y sufrimiento; sin embargo tienen matices importantes que colorean su vivencia. El dolor es el dato, el sufrimiento es el **cómo** vivencio, integro en la vida ese dato o me desintegra su existencia (García-Monge, 2009).

3.3. Elaboración insana del sufrimiento

La psicología sabe que no hay enfermedades sino enfermos y cada uno tiene una manera inédita, dependiendo de su personal y social historia, sus recursos, motivaciones, umbrales, de integrar el dolor en la vida doliente o de dejar que el sufrimiento le desintegre. El dolor es el dolor, un dato de nuestra vida biológica, psicológica, social, el sufrimiento es la **interpretación personal** de ese dolor. Esta interpretación, como hemos señalado puede ser insana:

- Negándolo.
- Instalándolo en nuestra vida, como si nuestro guión existencial sólo se justificara en él.
- Hipostatizándolo: relacionando el dolor con las “fuerzas del Mal” o como erróneas interpretaciones “religiosas”: ¿Porqué a mí? ¿Qué he hecho para que me toque?, ¡Qué injusticia!. Luis Rojas Marcos (2010) explicando el sufrimiento subraya la importancia no tanto del hecho en sí que nos causa sufrimiento sino de la interpretación personal, subjetiva que, por necesidad de explicar, damos y nos damos como “razón” de ese sufrimiento. La ciencia y la secularidad, así como una correcta interpretación de la religión, han exorcizado a los “dioses del mal” y resituado el dolor en el azar, la finitud, la fragilidad o la perversa voluntad de los hombres.

El dolor, sobre todo cuando es profundo y duele mucho, es una de esas experiencias humanas que son difíciles de integrar (que no supone sólo comprender ni justificar, ni mucho menos exaltar). Pide, ante todo respeto, silencio y empatía. El dolor produce un vértigo de **soledad** posiblemente algo paliado por el apoyo social, que experimenta “el hombre doliente”. La soledad del “corredor de fondo”, Viktor E. Frankl (1987). (este gran neurólogo, creador de la logoterapia), llega a afirmar que el dolor es una oportunidad de madurar, de encontrar sentido, esperanza, de crecer si se sabe manejar auténticamente. (ibib. p 249-265) Y con la voluntad de sentido puede llegar muy profundamente al corazón y espíritu del hombre abierto a un **suprasentido**. Frankl hace, con respeto y claridad el elogio de la dignidad del hombre doliente y nosotros nos sumamos a él.

3.4. Sufrimiento e Integración personal

Señalaré algunas actitudes que convertidas en conductas operativas pueden ayudar al psicólogo clínico humanista a crear el espacio terapéutico en el que el “hombre doliente” pueda crecer personalmente.

- Escuchar cómo vive el dolor el paciente y ayudarlo a relacionarse con realismo con este dato de su vida redimensionándolo. He escrito “con realismo” pero ese realismo en la persona humana es mayor que un diagnóstico. No se trata de esperar en milagros sino de reconocerse no sólo en lo que se sufre sino **en lo que se es**.

- Ayudar a no confundir el Mal con el dolor, tal vez por secuelas que nos quedan de nuestro animismo infantil.

- Inducir respetuosamente a no autoagredirse. Reconocer la parcela de **responsabilidad**, si la hay, y ampliar la mirada a la dimensión salud que siempre, en algún rincón de la persona existe. No con falsos consuelos o racionalizaciones, sino con mirada amplia y profunda que se puede ir dando en el desarrollo del vínculo terapéutico. Es verdad que el paciente es aquí y ahora este dolor, pero también es cierto que soy más que este dolor.

- Encontrar, como escribía Viktor Frankl (cf. Supra) mi sentido en el dolor. El sin sentido es causa profunda de sufrimiento. El dolor me puede arrebatar mucha vida pero no la voluntad de sentido, el último reducto de la libertad de nuestra desnuda existencia. El dolor puede ser de parto que dará a luz vida o luz a la vida doliente. Aquí el amor tiene una palabra importante que decir, aunque también puede ser causa de especial dolor. Recordando las tres dimensiones del amor tal como Rubin y otros psicólogos han estudiado (Sternberg, R.1989): intimidad, pasión y compromiso, vemos que pueden generar mucha esperanza y ser un motivo hondo para la vida, sea cual sea, su circunstancia. Así lo muestra la experiencia. El amor es una apuesta por la vida y, en ocasiones al menos, es más fuerte que la vida. Es cierto que el amor nos hace vulnerables acogiendo en el corazón el sufrimiento de otras personas que nos tocan, pero el amor a una persona(s), una causa, a una tarea, pueden redimensionar nuestro dolor. Dolor es una penúltima palabra, amor es la última y definitiva. Aprender a dejarse amar y amar en la experiencia dolorosa da testimonio de valores que constituyen el patrimonio profundo del ser humano (Fromm,1985) Por parte del psicólogo clínico esta experiencia de hombre, mujer psicoterapeuta humanista no será ni fiable ni profunda sino se basa en el amor lúcido al paciente.

3.5. Recursos gestálticos en la elaboración del sufrimiento.

Estos recursos tienen sus raíces en lo que llevamos escrito anteriormente. Son como la punta de un iceberg que se basa en su profundidad.

Ayudar (“acompañar cuidando” es la etimología griega de la palabra terapia) a vivir el presente, **el aquí y ahora**. La anticipación catastrófica del futuro o la evasión del pasado evitan ponerme en contacto conscientemente con mi presente, aunque sea doloroso, pues ahí debe nacer la aceptación y sembrarse la esperanza verdadera.

Tener en cuenta que el pensamiento omnipotente infantil puede aumentar el sufrimiento. Enviar mensajes, a través de un pensamiento positivo amplían la consciencia y fortalecen la resiliencia. Frecuentemente la **visualización** positiva ayuda en esta tarea, así como las técnicas de relajación e incluso la práctica de la meditación por los cambios que genera en el cerebro y el sistema endocrino. Ayudar a atajar maniobras de evitación, ampliando el realismo de la verdad en tanto en cuanto el paciente se puede ir abriendo a ella.

Preguntas que pueden ampliar la awareness y dar palabra a la responsabilidad, como: “¿Qué estoy evitando con el sufrimiento?” o “¿Qué “beneficio” (secundario e insano) saco con el sufrimiento?” pueden ayudar en sus balbuceos de respuesta progresivamente consciente. Puede que esté evitando responsabilizarme de mí mismo o, aunque me parezca obvio que no saco ningún beneficio, tal vez alguno, más o menos consciente me esté manipulando o desde él esté manipulando al entorno. “¿Qué precio pago con el sufrimiento?”: ser centro, autocastigarme, agredir, tener ocasión de rebelarme o manifestar mi sin sentido.

Es muy importante ahondar en él: “¿A quién o a qué he dado poder de hacerme sufrir?”. Damos, frecuente poder excesivo, a circunstancias, personas, realidades, que me hacen sufrir ciertamente porque yo les he dado poder, tal vez desmesurado, de “quemar” mi persona. Esto acontece diariamente. Mis emociones se despiertan dolorosas porque “he decidido” llamar fracaso a este dolor o ser esclavo de esta carencia o desmesurar la importancia de esa persona. Aparentemente no damos poder de hacernos sufrir pero, de hecho, lo tienen muchas personas o circunstancias que pueblan nuestro espacio real o afectivo o que no encajan con nuestro autoconcepto y sus deseos y necesidades. Si la lista de “poderes otorgados” es muy grande he multiplicado las identificaciones de mi yo y me he hecho más vulnerable. Como el rico que tiene más cosas que pueden ser robadas. El paso del ser al tener, como señala Erich Fromm, es fuente de sufrimiento. Sin tener algo no es fácil ser, se sufre, duele; teniendo mucho es más difícil ser, a la larga y, en alguna dimensión de la vida, se sufrirá más, aunque parezca lo contrario.

¿Qué es lo peor que puede ocurrir en esta situación? Una pregunta que el psicólogo humanista puede dejar abierta a los temores del paciente. Puede ocurrir que su respuesta más consciente y profunda, disminuya los **miedos** y compruebe que, en ocasiones, desmesuramos las expectativas catastróficas, fantasías aterradoras. Hacerme consciente de los temores no debe impedir conocer mis recursos.

*¿Con qué **cambio** superaría o, al menos integraría mejor, mi sufrimiento?* No solemos concebir el final del sufrimiento sin un cambio y, casi siempre, ese cambio tiene que ver con el afuera, con la realidad entorno más que con la propia actitud. Frecuentemente es cierto, pero, en muchas ocasiones, el paciente, ayudado por su psicoterapeuta puede preguntarse: *¿Qué tengo yo que cambiar? ¿Elijo cambiarlo?* Se trata de llevar, en la medida de lo posible el locus de control hacia la libertad del paciente, en la medida de sus recursos, más grandes de lo que a primera vista puede parecernos. *¿Qué hago para no cambiar?* Resistencias, desconfianza, desesperanza, baja autoestima. Viktor Frankl (1983) citando a Nietzsche escribe: “Hay mucha sabiduría en Nietzsche cuando dice:” Quien tiene un porqué para vivir puede soportar casi cualquier cómo”. En otro lugar he escrito sobre el porqué para vivir, para el crecimiento personal, (García-Monge, 2002). Es cierto, como he señalado anteriormente que el hombre es un ser finito, limitado (el dolor y el sufrimiento tiene que ver con esa realidad) pero como señala Frankl (cf. supra, p. 124): “Ciertamente, un ser humano es un ser finito, y su libertad está restringida. No se trata de liberarse de las condiciones, hablamos de la libertad de tomar una postura ante esas condiciones”.

Optar por vivir no por durar. La vida es más grande que el organismo vivo. El gran enemigo de esta opción no es solamente el sufrimiento sino el **vacío existencial**. En este vacío está ausente la esperanza, el amor, el sentido. Va más allá del dolor. Se trata de un sufrimiento mental en el que el corazón está inapetente. Se ha muerto el deseo. El ser humano entonces es algo, una cosa que funciona y funciona mal. No se trata de “llenar” el vacío con vaciedades sino de descubrir **mi propio ser** con un **sentido** o un **suprasentido** que da razón de mi esperanza o da la razón a mi esperanza y otorga credibilidad a la confianza en la honda intuición del corazón humano. No dejemos que la nube nos haga pensar que el sol no existe.

El psicólogo humanista debe sondear y cuidar **la imagen de la felicidad** que tiene el paciente. Tal vez es una imagen culturalmente vendida o prestada que está introyectada pero no es una imagen sólida y personal sanamente internalizada. Cambiar esa imagen implica cambiar expectativas y ahorra sufrir frustraciones dolorosas.

Estoy firmemente convencido que el dolor cabe en nuestra vida, pero la totalidad de nuestra vida no cabe en nuestro dolor. Tal como he señalado en otro lugar (García-Monge, 1996) “somos más grandes que la enfermedad”. El psicólogo clínico debe ser consciente de la enfermedad pero debe mirar lo que de salud existe en el paciente. Debe enseñar a dialogar con la salud personal que, tal vez, esté escondida entre los escombros de la enfermedad

Escuchar el mensaje del dolor y actualizar todos nuestros recursos para erradicarlo o disminuirlo sin permitir que “queme” nuestra persona.

Séneca, filósofo romano-español (siglo I) escribía: “Cuando no se puede sufrir algo, lo mejor es saberlo sufrir” o “Lo importante no es lo que sufres sino cómo lo sufres”.

El sufrimiento depende no tanto de lo que se padece, cuanto de cómo se padece y de nuestra imaginación que aumenta nuestros males o puede disminuirlos con una intuición apoyada en una fe y en un sistema de creencias sanas, válidas para el sujeto y, mucho más si las comparte con una comunidad o grupo.

El mejor servicio que podemos prestar a los que sufren no es quitarles la carga (si podemos estaría muy bien pero frecuentemente será difícil o imposible) sino ayudarles a encontrar la energía necesaria para sobrellevarla.

4. A MODO DE CONCLUSIÓN

Aceptación es una palabra clave en toda la vida, en todo humano dolor y también en psico-oncología. Aceptar la enfermedad, no sin lucha y rebeldía, en todo itinerario humano, es difícil. Aceptar que, con el dolor y, en concreto con el cáncer, podemos seguir siendo aceptados y, profundamente nos aceptamos (eso tiene que ver con amados) nos revela algo o, tal vez, Alguien, que habla del objeto de nuestra más radical esperanza.

La desesperanza se basa en lo que sabemos, que es nada o muy poco, y la esperanza sobre lo que ignoramos que es todo o casi todo. Nunca la humanidad ha estado tan informada. La medicina diagnóstica con aproximada exactitud. Si miramos nuestra historia cotidiana la información no nos aporta demasiada esperanza por causas que no queremos interesadamente cambiar o no podemos modificar. Pero la esperanza es patrimonio de la humanidad. No pertenece a los “saberes” sino a la sabiduría. Aprendemos conocimientos, está bien, pero sin esperanza esos conocimientos nos remiten a una dolorosa impotencia. Ante todo paciente y en concreto el oncológico, sabemos lo que le afecta en deterioro de su salud, pero él nos puede enseñar que es mucho más que un organismo enfermo, que las células cancerígenas no hacen metástasis en su espíritu. Esto puede parecer muy poco o, incluso ilusorio, pero da un rostro profundamente humano a la vida y a la muerte. Todos hemos conocido enfermos así: ¿he aprendido algo que me puede enseñar a vivir?. Son pobres, en salud, que nos enriquecen. Nosotros somos ricos profundamente pobres. Pensamos que somos lo que tenemos (sanos si tenemos salud) pero no somos lo que, en realidad está seminalmente sembrado en nuestro ser. Creer en esto se llama esperanza. El que siembra deja morir el grano, el que cosecha lo recibe multiplicado. Al sembrar sólo nos queda la esperanza. El psicólogo/a clínico siembra, día a día, con trabajo, vida. Si esa vida no la transita el dinamismo de la esperanza daremos tiempo a la vida, no vida al tiempo, a la persona temporal.

El sufrimiento encadena, nos hace egocéntricos. En algunos casos nos aferra a la cama, o a nuestras neurosis, nos hace depender del tratamiento; limita nuestra autonomía. Esa realidad limitante se puede vivir mejor o peor. Mejorándonos como personas o empeorándonos. La esperanza es una dimensión, a veces la única, de **libertad**. No pensamos en una ausencia de condicionantes (obvios en la enfermedad), sino en la capacidad de dar sentido a pesar y en esos condicionantes. Somos libres para esperar, para experimentar esperanza. Cualquier crisis existencial y el cáncer pueden deteriorar partes de nuestra mente o de nuestro organismo, pueden amenazar la esperanza que existe en nosotros como don y tarea, pero no pueden acabar con ella.

Es verdad que el acontecimiento de la muerte está inexorablemente sembrado en el itinerario humano. Se puede experimentar y el existencialismo lo hizo que somos un ser-para-la-muerte, pero también se puede esperar (no hablo sólo del más allá) que la vida, el hombre es un ser-para-la-vida. Y vivenciar esto tan hondamente, como lo han hecho muchos seres humanos, nos dice que la Vida es más grande que nuestras muertes e incluso que nuestra muerte. Desde el amor que-se-da- a los demás, pensemos en el altruismo verdadero tal como nos lo describe la Psicología Social, (Yela, 2002). Podemos justamente temer la muerte, aunque este temor puede estar modificado por la mente, que es la avería definitiva de nuestro organismo biológico, con muchas consecuencias existenciales y sociales, pero, en ocasiones, experimentamos tan fuertemente la fuerza de la vida, sobre todo cuando va energizada por el Amor que la real amenaza de la muerte se debilita ante la consistencia de una Vida dinamizada por la esperanza y realizada por el amor.

Esperar es, a veces, desear lo imposible. Pero, ¿quién nos prohíbe desear lo humanamente imposible? Responderéis que el sentido común, el realismo. Es verdad, pero no toda la verdad. Todo lo científico es real, pero no todo lo real es científico. La esperanza que acarrea amor es el corazón de la realidad.

5. Referencias Bibliográficas

- Aukst-Margetic et al. (2005). Religiosity, depression and pain in patients with breast cancer. *General Hospital Psychiatry* Vol 27 (4). pp. 250-255.
- García-Monge, J.A. (1996). El manejo del dolor en psicoterapia en C. Alemany y V. García (Eds): *El cuerpo vivenciado y analizado*. Bilbao. Desclée de Brouwer.
- García-Monge, J.A. (2008). Perspectiva psicológica de la compasión en M. García-Baró, A. Villar (Eds): *Pensar la compasión*. Universidad Pontificia Comillas de Madrid.
- García-Monge, J.A. (2009). *Treinta palabras para la madurez*. Bilbao. Desclée de Brouwer.
- García-Monge, J.A. (2002). El camino hacia el porqué en C. Alemany (Ed.): *Relatos para el crecimiento personal*. Bilbao. Desclée de Brouwer.
- Frankl, V. (1991). *La voluntad de sentido*. Barcelona. Herder.
- Frankl, V. (1987). *El hombre doliente. Fundamentos antropológicos de la psicoterapia*. Barcelona. Herder.
- Frankl, V. (1983) *El hombre en busca de sentido*. P. 104. Barcelona. Herder.

- Fromm, E. (1985). *El arte de amar*. Barcelona. Paidós.
- Moliner, M. (1998). *Diccionario del uso del español*. Madrid. Gredos.
- Heidegger, M. (1997). *Caminos del bosque*. Madrid. Alianza.
- James, W. (1986). *Las variedades de la experiencia religiosa*. Barcelona. Península.
- Kant, E. (1787). *Critique de la raison pure en Oeuvres philosophiques*. (versión castellana: *Crítica de la razón pura*. 1998. Madrid. Alfaguara
- Laín Entralgo, P. (1984). *La espera y la esperanza: historia y teoría del esperar humano*. Madrid. Alianza.
- Laín Entralgo (1993). *Esperanza en tiempo de crisis: Unamuno, Ortega, Jaspers Bloch, Marañón, Heidegger, Zubiri, Sartre, Motmann*. Barcelona. Galaxia. Gutemberg .
- Laubmeier, Kimberly, K. et al. (2004). The role of spirituality in the psychological adjustment to cancer: A test of the transactional modelo of stress and doping. *International Journal of Behavioral Medicine*. Vol 11 (1), pp. 48-55.
- Martínez, M.R., Méndez, C. y Ballesteros, P. (2004). *Características espirituales y religiosas de pacientes con cáncer que asisten al Centro Javeriano de oncología. Univ. Psychol. Bogotá (Colombia)* 3 (2), pp.231-246.
- Meyers, Kori Robin, Fordham U. US. (2002). Religiosity and health locus of control as predictors of depression and anxiety in woman with breasts cancer. *Dissertation Abstracts International: Seccion B: The Sciences and Engineering*. Vol.63 (6-B), pp. 3016.
- Perls, F.(1971). *Gestalt therapy verbatim*. New York. Batan Books
- Guijarro, A. (1979). *Integración emocional y Psicología Humanista*. Madrid. Marova.
- Ricoeur ,P. (1969). *Le conflit des interprétations*. Paris. Seuil. pp. 405-415.
- Rippentrop, A. et al.(2006).The Relationship of Religiosity and Spirituality to Quality of Life Among Cancer Patients. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. Vol 13 (1), pp. 31-37. Germany: Springer.
- Rojas Marcos, L. (2010). *Superar la adversidad. El poder de la resiliencia*. Barcelona. Espasa.
- Sternberg, R.J. (1989). *El triángulo del amor. Intimidad, pasión y compromiso*. Barcelona. Paidós.
- Saramago, J. (1998), *Ensayo sobre la ceguera*. Madrid. Alfaguara.
- Yela, C. (2002).*El amor desde la Psicología Social. Ni tan libres, ni tan racionales*. Madrid. Pirámide.



DATOS DE CONTACTO

SECRETARIASEPO@IAVIAJESGRUPO7.COM

PAGINA WEB

[HTTP://WWW.SEPO.ES](http://WWW.SEPO.ES)

HAZTE SOCIO SEPO

Envía curriculum vitae y boletín de inscripción

a

secretariasepo@iaviajesgrupo7.com

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSICOONCOLOGIA

BOLETIN DE INSCRIPCIÓN

1^{er} Apellido 2^o apellido

Nombre D.N.I. (nº y letra)

Nacionalidad N^o PASAPORTE

Titulación académica

Miembros de la SEPO que avalan su solicitud (dos)

Nombre y firma

Nombre y firma

Domicilio privado

Calle o Plaza N^o Piso

C.P. Localidad Provincia

Tlfno Fax E-mail

Domicilio profesional

Centro / Hospital

Calle o Plaza N^o Piso

C.P. Localidad Provincia

Tlfno Fax E-mail

Datos bancarios

Banco Sucursal n^o

Calle o Plaza N^o

C.P. Localidad Provincia

Número de la cuenta (20 dígitos)

Banco	Sucursal	D.C.	Cuenta
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Si reside en el extranjero: indique la posible forma de pago

Firma