



## TERAPIA NARRATIVA EN PSICOONCOLOGÍA

Angela Palao Tarrero  
Beatriz Rodríguez Vega



## Indice

- Principios generales: narrativas e historias
- Experiencia enfermedad.

1. Argumentos

2. Perspectivas.

3. Paisajes.

Conducta suicida/ riesgo en pacientes oncológicos.

Relación terapéutica.

Nuevas narrativas.

- Casos clínicos.



- “Las historias son habitaciones. Nosotros vivimos en y a través de historias.
- Crean mundos. No conocemos otro mundo que el de las historias y la vida esta llena de historias. Ellas, nos mantiene unidos ó nos separan.”
- (Miller Mair, 1989)





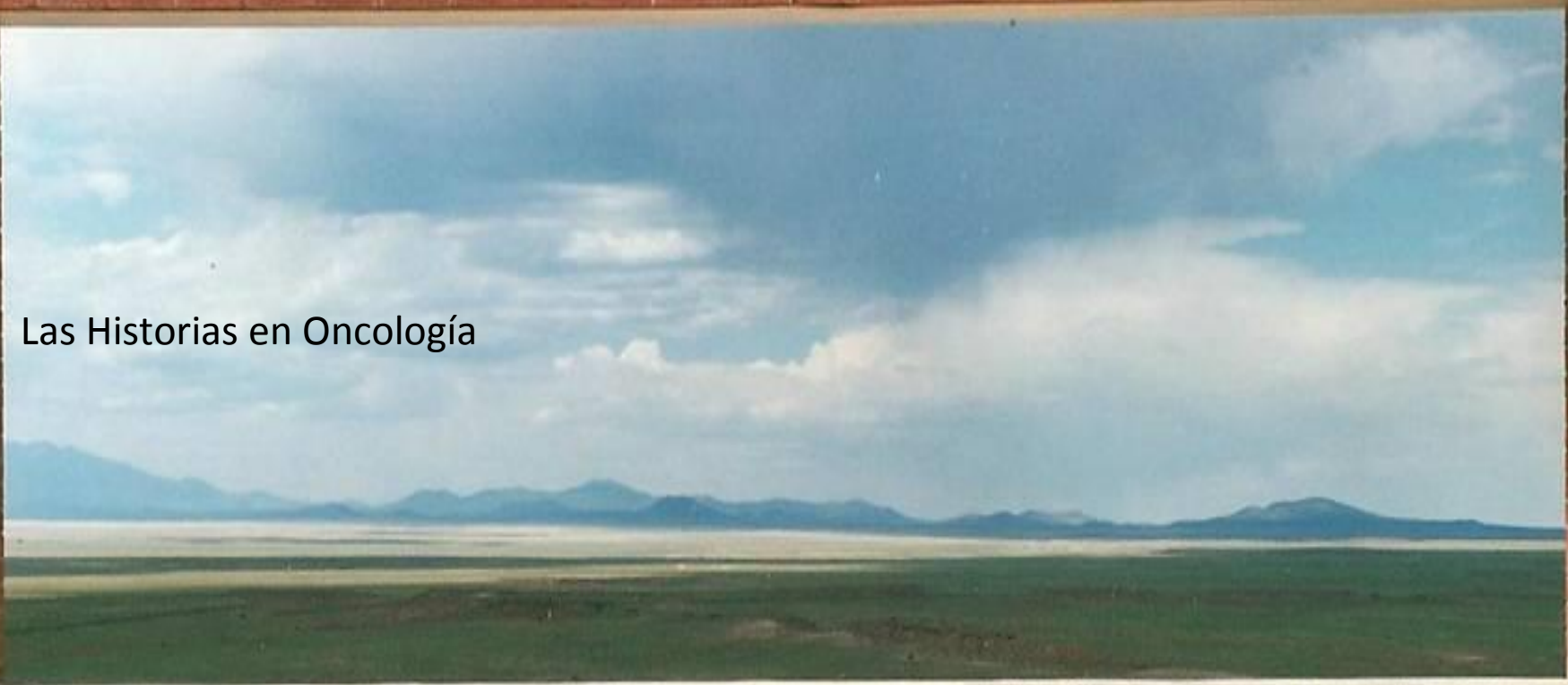
## Principios Generales

- *Visión de la enfermedad, de nosotros mismos y del mundo es a través de narrativas.*
- *La narrativa da sentido a los sucesos y los une.*
- *Las historias organizan nuestra experiencia diaria.*
- *Las historias son influidas por lo otros y viceversa.*
- *Construimos historias sobre nuestro pasado.*





Las Historias en Oncología



- Rocío, 32 años, embarazada de 6 meses se nota un bulto en el pecho...es cáncer. Tiene una niña 5 años. El marido cada vez que la mira se hecha a llorar.
- Gloria 53 a, acude repitiendo “no puedo, no puedo..” con mucha angustia. A penas habla. Le han diagnosticado un cáncer de colón con metástasis.
- Víctor 46 a, cáncer de pulmón no resecable, responde a QT. “A mí no me pasa nada”. El día que nace su hijo acude a urgencias por una crisis de ansiedad.
- María 38 a, acaba de terminar la QT y la RT, buen pronóstico. La derivan por ansiedad y tristeza. “Ahora que ya he pasado todo”
- Andrés 63 a, el cáncer está avanzando y quiere que le ayude a “hacer la maleta”.



- Marta -39 años, cáncer de mama. QT y Rt. Acude por opresión torácica, dolor y mucha angustia.
- M<sup>a</sup> Paz, 61. Melanoma. "yo era fuerte, podía con todo. He cuidado de todo el mundo...ahora no puedo".
- Nuria-40. cáncer de mama. QT y Rt. Acude porque está triste. ¿Por qué me ha pasado a mí?.

- Celia. 43. Cáncer de tiroides. 5 operaciones.
- Olga. 31<sup>a</sup>. Cáncer de colón diseminado, al final de la vida. "Tengo miedo...esto es un asco". Preocupada por su pareja.
- Jose Manuel. 67. Cáncer de pulmón diseminado. "No quiero dejar cosas pendientes".



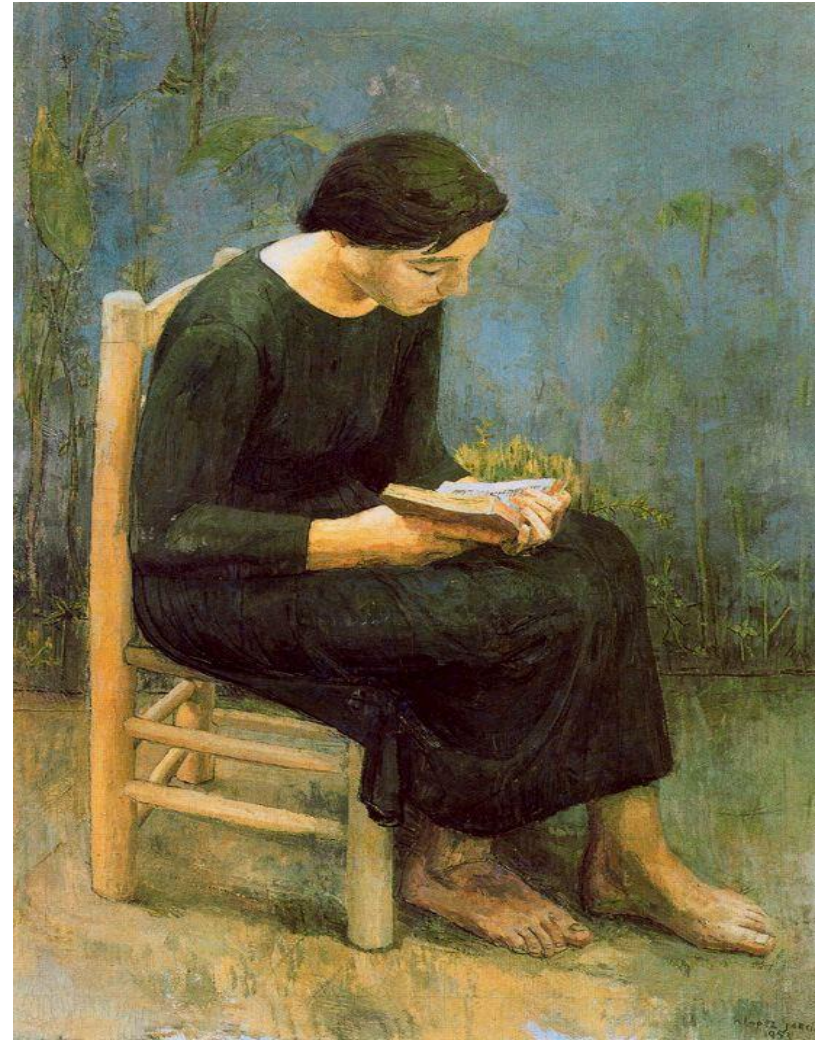
NO ENTIENDO  
QUÉ PUEDE  
HABER  
FALLADO



QUINZO



- Los personas con Cáncer cuentan historias acerca de su enfermedad
- El espacio para contarlas es importante para su recuperación.
- Las historias hablan de ellas, pero también de sus interacciones y de su contexto social.
- Las narrativas: el 50% con ansiedad y / o depresión, no era el foco de la terapia. (Interpersonal; decir adiós a la vida)-  
J Psychosoc Oncol 2011.





## Terapia Narrativa

- La terapia Narrativa es una psicoterapia individual, Multicomponente y de integración.
- Esto es importante en el contexto de Oncología debido a su flexibilidad y foco, sobre las necesidades individuales y únicas de la persona con cáncer ó de su familia.



- En la TN la creación de historias alternativas que son diferentes de la narrativa principal que contiene el problema.
- Estas nuevas alternativas pueden iniciarse desde la narración a las emociones y a las sensaciones físicas ó desde las sensaciones físicas al significado y a historia. Esto es crucial cuando trabajas con pacientes con enfermedades físicas, como el cáncer.
- El Cuerpo está presente constantemente.





**Argumentos, perspectivas y paisajes**

# Identificar los argumentos: Experiencia de Enfermedad

- Significado de la enfermedad.
- Historia biográfica.
- Auto-diálogo interno.
- Sensaciones corporales con/sin argumento.
- Transición de rol.
- Autoimagen.
- Significados ligados a la identidad



## Argumentos

- Duelo propio y el familiar.
- Temas existenciales.
- Discursos sociales, estigma.
- La familia propia y / ó la de origen.
- La relación terapéutica.
- La incertidumbre

# Respuestas emocionales. Campo significado.

- Culpa y Vergüenza.
- Culpa Moral.
- Culpa Rol: oportunidades perdidas y escaso tiempo restante. Ser una carga.
- Ira. Injusticia (¿Por qué Yo?).
- Celos y envidia (sanos, buena respuesta ttº...)-culpa
- Miedo (significado enfermedad, Ttº, y ansiedad.
- Vulnerabilidad, fragilidad.
- Duelo, tristeza y depresión.



# La Narrativa en Oncología

1ª Perspectiva: Emociones.  
Biografía



2ª Perspectiva: Relaciones  
Significativas.  
Ciclo vital. Duelo. Transición de rol.  
Relación terapéutica



3ª Perspectiva: Contexto Social.  
Valores y Creencias. Género. Temas Existenciales.



## 1ª Perspectiva



- Argumento dominante se centra en aspectos en relación consigo misma.
- Biográficos.
- Diálogo Interno
- Desbordamientos emocionales. Hiper ó hipoactivación.



# Trabajo desde la perspectiva de primera persona

- Valoración biográfica o Historia autobiográfica
- Auto-diálogo interno
- Sensaciones con o sin historia

# Técnicas somatosensoriales

- 5.1.1. Lectura y señalamiento no verbal
- 5.1.2. Exploración de cambios en la posición y en el movimiento
- 5.1.3. Establecer la base segura
- 5.1.4. Construcción de un ancla sensorial
- 5.1.6. Descubrir un lugar seguro y el ejercicio de la fuerza interna
- 5.1.7 Fortalecer las áreas de vulnerabilidad
- 5.1.8. Mindfulness
  - 5.1.7.1. Mindfulness de la respiración
  - 5.1.7.2. Observación del pensamiento: hojas en el río
  - 5.1.7.3. Mindfulness de las emociones
- 5.1.8 Trabajar sensaciones en el aquí y ahora, en el momento presente e integrarlas en la narrativa



## Terapia

- Entrenamiento en técnicas de regulación emocional.
- Conciencia Somática.
- Experiencias previas con la enfermedad.
- Explorar la biografía.
- Estilos de apego.
- Diálogo Interno.
- Aceptación. Mindfulness.

## 2ª perspectiva

- Relaciones interpersonales .  
Apego.
- Duelo.
- Transiciones de rol.
- Relación Terapéutica





## 2ª perspectiva

- Inclusión de personas significativas, facilitación comunicación familiar.
- El duelo, la anticipación. Duelos previos.
- Cambios de Rol-sano/enfermo; Cuidador/cuidado....Colostomía
- Explorar el mundo de relaciones interpersonales, tanto del pasado cómo del presente.
- Relación terapéutica, como puerta a iniciar la conversación sobre las emociones.

# La familia-interpersonal.

## Al final de la vida

- Tres reacciones diferentes y contradictorias:
  1. Permanecer con la persona en el Presente
  2. Anhela y lamenta a la que fue.
  3. Planifica la vida con la posibilidad de que la persona enferma pueda no ser parte del futuro.



# Intervenciones mentalizadoras

- Mantener una postura de “no saber”, de curiosidad y exploración
- Facilitar una experiencia de base segura que posibilite la exploración de los estados mentales, el del paciente y el del terapeuta
- Promover una implicación emocional ni demasiado intensa ni demasiado fría
- Implicarse en un proceso de reflejar en espejo en el cual las emociones contingentes de respuesta del terapeuta representan los estados mentales que se le devuelven al paciente
- Ofrecer intervenciones simples y focalizadas
- Mantener un equilibrio entre implicar al paciente en la exploración de los estados mentales propios y los de los otros
- Implicar al paciente en la visión de las interacciones y las experiencias propias desde múltiples perspectivas

### 3ª Perspectiva

- Discursos sociales que sostienen el miedo, la imagen, el valor de la salud, estigma cáncer....
- género,
- Etnia
- cultura
- clase social
- orientación sexual
- Discurso existencial.



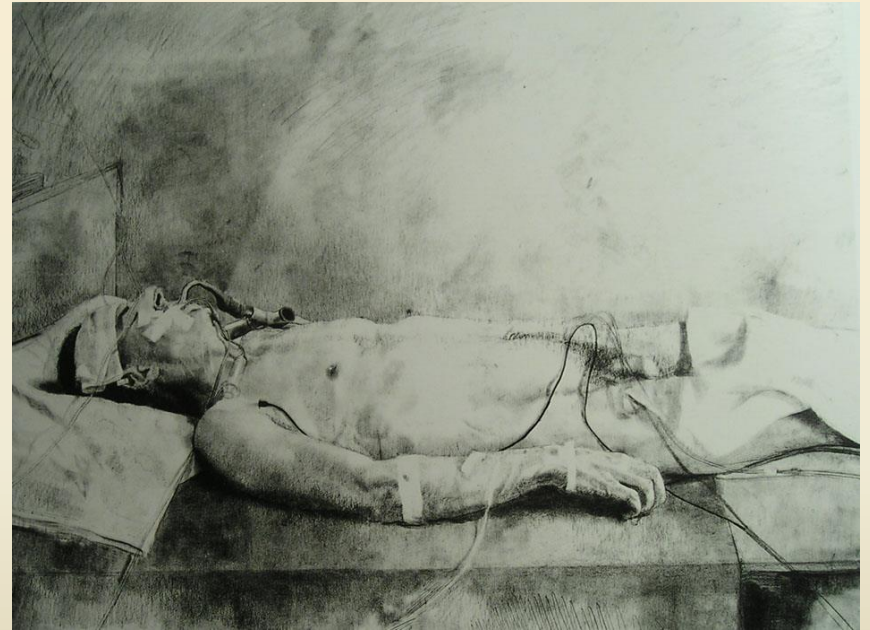
## Intervención

- Explorar temas existenciales: muerte, aislamiento, dependencia, pérdida de la identidad y del sentido ó significado, espiritualidad.
- Cambios de valores.
- Mundo de creencias.



## Distrés existencial

- Pérdida de dignidad.
- Pérdida de sentido / significado.
- Ser una carga.
- Desesperanza.



Los paisajes

Paisaje de la Acción.

Paisaje de la emoción, conciencia.

## Elementos Clave. Conclusiones

- Explorar el significado de la enfermedad desde la biografía.
- Incorporar el cuerpo.
- Explorar los significados de términos existenciales, incluirían miedo a la muerte, la soledad, la dependencia. Varían género y cultura.
- Explorar las relaciones significativas pasadas ó actuales del paciente.
- Explorar la relación con la terapeuta.



- Explorar el significado del duelo y las dificultades en la transición de rol.
- Entrenamiento en técnicas de regulación emocional (mindfulness, autohipnosis, imaginación guiada, ...). Aumento de la conciencia somática. Manejo de síntomas específicos como el dolor, las náuseas.....

## Conductas suicidas

1. Depresión.
2. Pérdida de significado y sentido.
3. Desesperanza
4. Pérdida de la dignidad (Chochinov 2004)

Breitbart. Frankl- “he who has why to live for can bear any how” (Frankl 1984).  
Encontrar significados en sus experiencias de enfermedad. Cuestiones filosóficas sobre la vida.



El /la TERAPEUTA



## el YO OBSERVADOR

- Los profesionales de ayuda escuchan y participan de relatos con mucha carga emocional y mucha influencia para el curso de su vida.
- El entrenamiento del profesional no ha de orientarse a que esas emociones no aparezcan, sino a que sean reconocidas por él o ella y utilizadas a favor del trabajo terapéutico.
- No experimentar emociones en nuestro trabajo puede ser una señal de alarma de desgaste profesional.

el yo observador

✦ El cuidador ha de:

- Reconocer sus emociones y pensamientos.
- Plantearse en que medida tales sentimientos se corresponderían con la respuesta que probablemente hubiera experimentado la mayoría de las personas si se encontrara en esa situación y en que medida responde a algo más personal suyo.

✦ A esta capacidad le llamamos el Yo observador

✦ Se entrena mediante la supervisión, los ejercicios experienciales y la terapia personal.

## Relación Terapéutica en Oncología

- Heidegger: “estar” y “estar en el mundo con otros”. Negar y evitar lo que el hecho de existir comporta es inútil y conduce a una vida que no es “auténtica”. Importancia de “estar” con el cliente, valor de escucha. Esto permite la conexión y que el diálogo emerja.



## Rol Terapeuta

- Creación espacio único: “Estar presente con ellos”, neutral, interés genuino-auténtico, comprensión, igualitaria, rol activo-explorando.
- Promover la narración.
- Desafiar y confrontar la narrativa actual.
- Favorecer nuevas alternativas.
- Validar los cambios.

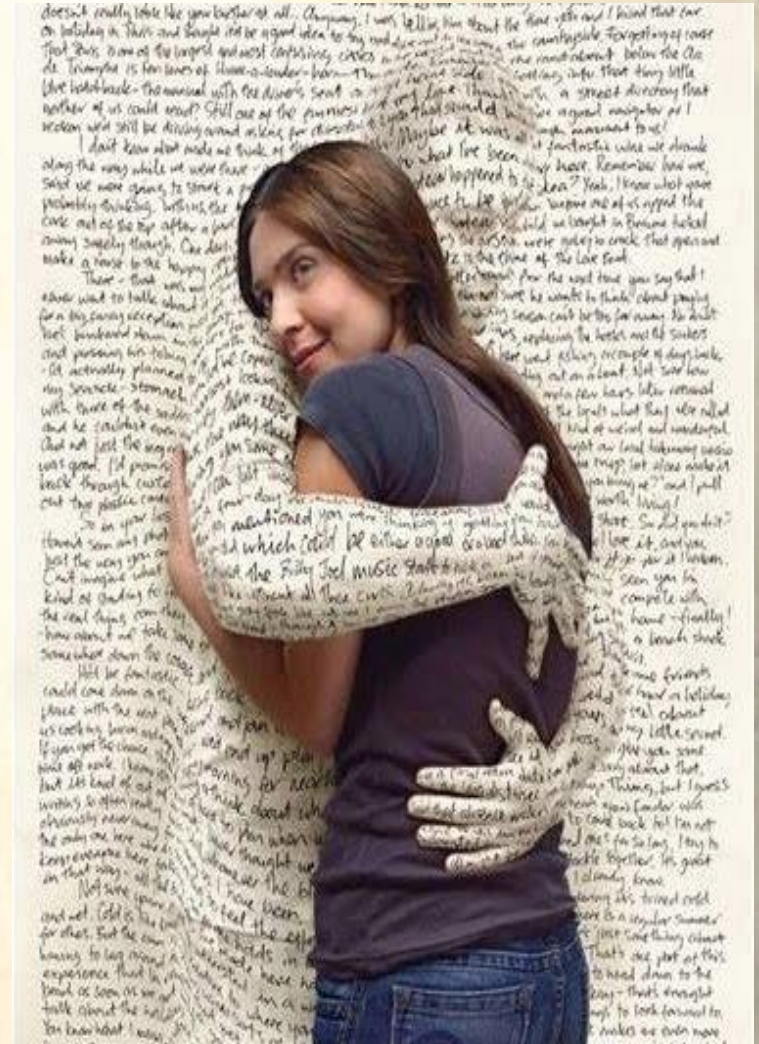
LeMay K, Wilson KG. Treatment of existential distress in life threatening illness: A review of manualized interventions. Clinical Psychology Review. 2008. 472-493.

## Ensayar y afianzar las nuevas narrativas

- Animar a actuar esa historia preferida fuera del marco de la terapia.
- Explorar oportunidades y situaciones donde se generen posibilidades de experimentar nuevas historias alternativas
- Animar a discutir y negociar con los otros significativos modos de relación alternativos
- Animar a reflexionar y hacer predicciones acerca de las consecuencias, reacciones etc... esperables de actuar de nuevas formas
- Escuchar y explorar incidentes que ocurren en las nuevas historias emergentes

## Favorecer Historias alternativas

- “No cambió, ni los sentimientos ni las crisis a las que me había enfrentado. Me sirvió para hacerlas más comprensibles”.
- “He crecido”.
- “Mi mundo de valores ha cambiado”.
- “Sé con quien puedo contar y con quien no”.
- “Lo hizo lo mejor que pudo”.
- “Mi vida ha sido completa”.
- “Para mí el respeto a los demás es importante”.





- Cuando se acepta el tiempo limitado de vida que queda, pueden centrarse en lo auténticamente importante y significativo.

Klubher Ross. Muerte: el estadio final del crecimiento. 1975





**MUCHAS  
GRACIAS**

**FIN**

NARRATIVAS EN  
PSICOONCOLOGIA