



FACULTAD DE PSICOLOGÍA y CIENCIAS SOCIALES

TRABAJO FINAL INTEGRADOR

**“Primeros Auxilios Emocionales en Pacientes Oncológicos:
un Abordaje Integral”**

Vicerrector General: Lic. Christian Kreber

Directora de la Carrera: Lic. Fabiana Del Col

Nombre y apellido del alumno: Lage Sabrina Elizabeth

Director de TFI: Esp. Lic. Julieta Marmo

Índice:

1. Resumen	2
2. Introducción:	3
2.1 Delimitación del objeto de estudio:	3
2.2 Objetivos:	5
Objetivo general	5
Objetivos específicos.	5
2.3 Fundamentación	6
2.4 Planteo del problema	9
3. Estado del Arte.	10
4. Marco Teórico	18
4.1 Primeros Auxilios Emocionales	18
4.2 Cáncer	21
4.3 Cuidados Paliativos	31
4.4 Psicooncología	34
4.5 Estrategias de Afrontamiento	38
4.6 Abordaje Integral	41
Metodología	42
5. Síntesis y conclusiones.	43
6. Reflexión	43
6.1 Aportes y contribuciones de la investigación.	44
6.2 Limitaciones de la investigación.	45
6.3 Propuesta de Proyecto de intervención.	45
7. Referencias	54

1. Resumen

“Primeros Auxilios Emocionales en Pacientes Oncológicos: Un abordaje integral”.

El presente Trabajo Final Integrador (TFI) tuvo como objetivo general analizar las intervenciones basadas en los Primeros Auxilios Emocionales en pacientes oncológicos, desde un abordaje integral. Para ello se llevó adelante un estudio Teórico, de Revisión Bibliográfica. Se buscaron aportes de estudios académicos y científicos utilizando las bases de datos: Scielo, Dialnet, Redalyc, PubMed, Research Gate, Google Académico y otras bases y artículos disponibles en la Biblioteca Digital UFLO. La pesquisa se realizó considerando las publicaciones de los últimos diez años sobre el tema, publicados en español, excluyendo aquellos trabajos que no coincidan con esos criterios. En esta investigación, se han definido en primer término las variables implicadas y su relación, y posteriormente se analizaron e identificaron intervenciones desde el rol del Psicólogo, que ayuden a mejorar la calidad de vida de estos pacientes según la fase de la enfermedad, analizando los aportes de los Cuidados Paliativos y la Psicooncología.

Entre los principales resultados se encontró que los Primeros Auxilios Emocionales son intervenciones de tipo psicológicas llevadas adelante en momentos de crisis, entendiéndose como una ayuda inmediata de apoyo a la persona para restablecer su estabilidad personal a nivel emocional, físico, cognitivo y conductual (Osorio Vigil, 2007).

Las intervenciones psicoterapéuticas al final de la vida tienen como objetivo disminuir el malestar emocional de la persona enferma, facilitando su adaptación en este proceso. En pacientes con cáncer avanzado y síntomas depresivos, se ha demostrado, que éstos prefieren las intervenciones psicoterapéuticas por sobre el tratamiento farmacológico, ya que con las primeras se promueven estrategias de afrontamiento de la enfermedad centradas en la comunicación, el entendimiento de la experiencia emocional y la búsqueda de un significado para la vida actual (Troncoso 2019).

Palabras clave: Cáncer - Cuidados Paliativos - Pacientes oncológicos - Primeros Auxilios Emocionales - Psicooncología - Estrategias de Afrontamiento.

2. Introducción:

2.1 Delimitación del objeto de estudio:

El presente Trabajo Final Integrador tuvo como objetivo analizar las intervenciones desde los Primeros Auxilios Emocionales en pacientes oncológicos. Para ello se realizó un estudio Teórico, de Revisión Bibliográfica, considerando los aportes de las investigaciones publicadas los últimos años sobre el tema. Este trabajo de investigación se enmarcó dentro de la Psicología Clínica, buscando aportar herramientas desde la Psicooncología y de los Cuidados Paliativos, para acompañar al paciente en una mejora de su calidad de vida, a pesar de la enfermedad y desde la perspectiva de un abordaje integral.

Según la Fundación Instituto Valenciano de Oncología (IVO, 2022) el cáncer es una alteración biológica y genética de las células que componen los tejidos de los órganos del cuerpo humano. Su crecimiento descontrolado puede dar lugar a un tumor o nódulo. Se trata de una masa de tejido no necesario y será benigno si no invade ni destruye otros órganos. Este tipo, en general, suele extirparse sin complicaciones y no se vuelve a reproducir. Si las células se dividen descontroladamente, y además mutan, se produce la carcinogénesis. Entonces puede adquirir la capacidad de invadir tejidos y órganos alrededor o de trasladarse a través de los vasos sanguíneos o el sistema linfático y proliferar en otras partes del organismo lo que se denomina metástasis. En cualquiera de estos casos, el tumor es maligno y se diagnosticará como cáncer.

Cuando se habla de *Cuidados Paliativos*, LLauradó Sanz (2014) explica que el concepto deriva del término paliativo, del latín "*pallium*", que significa capa o manto, el cual fue usado en la antigua Roma para cubrir a los enfermos cuando la medicina ya no podía ayudar. Según la definición de la Organización Mundial de la Salud (2020), el Tratamiento Paliativo es un modelo asistencial que mejora la calidad de vida de los pacientes y de sus familias que se enfrenta a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y el alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana y correcta evaluación, el tratamiento del dolor y otros problemas, físicos, psicosociales y espirituales. Cuando una persona se enfrenta a una enfermedad incurable, progresiva, amenazante para la vida y los

tratamientos ofrecen resultados limitados generan una carga excesiva de discomfort, los cuidados paliativos buscan aliviar el sufrimiento y disminuir el impacto negativo de la enfermedad y los tratamientos agresivos. La OMS (2020) enuncia una amplia gama de enfermedades que requieren cuidados paliativos. La mayoría de los adultos que los necesitan padecen enfermedades crónicas tales como enfermedades cardiovasculares (38,5%), cáncer (34%), enfermedades respiratorias crónicas (10,3%), sida (5,7%) y diabetes (4,6%). Muchas otras afecciones pueden requerir asistencia paliativa; por ejemplo, insuficiencia renal, enfermedades hepáticas crónicas, esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson, artritis reumatoide, enfermedades neurológicas, demencia, anomalías congénitas y tuberculosis resistente a los medicamentos. El dolor es uno de los síntomas más frecuentes y graves experimentados por los pacientes que necesitan cuidados paliativos. Los analgésicos opiáceos son esenciales para el tratamiento del dolor vinculado con muchas afecciones progresivas avanzadas. Por ejemplo, el 80% de los pacientes con sida o cáncer y el 67% de los pacientes con enfermedades cardiovasculares o enfermedades pulmonares obstructivas experimentarán dolor entre moderado e intenso al final de sus vidas.

Como especialidad de la Psicología, la Psicooncología se dedica a la prevención, diagnóstico, evaluación, tratamiento, rehabilitación, cuidados paliativos y etiología del cáncer (Malca Scharf, 2009, pág. 64). La psiquiatra Holland, considerada su fundadora, define esta área como el campo de estudio e intervención en los trastornos psicosociales asociados al diagnóstico y el tratamiento del cáncer en el paciente, sus familiares y en los servicios sanitarios, creando la primera unidad de psicooncología en Estados Unidos, a fines de los años '70. En la década del 80, Inglaterra y Dinamarca iniciaron formalmente la Psicooncología. Asimismo, en la década del 90 lo hicieron Japón, Turquía, Portugal y España. En consonancia se formaron diversas Sociedades Científicas y como consecuencia, comenzaron a publicarse revistas dedicadas a esta disciplina (Vidal y Benito, 2022, pág. 30). En Argentina, la Sociedad Argentina de Cancerología, bajo la presidencia del Dr. Schavelzon, comenzó posteriormente a nuclear a los profesionales en el tema. La Lic. Fisman, desde la Academia Nacional de Medicina, fue una de las fundadoras de la Psicooncología en la Argentina.

Como competencias específicas, cuenta con intervenciones dirigidas al tratamiento del paciente y su entorno, así como a desarrollar competencias comunicativas tendientes a

mejorar, facilitar e intervenir en la interacción del personal médico con el paciente y su familia.

El Psicooncólogo cuenta con una amplia variedad de técnicas psicológicas para facilitar la adaptación según las necesidades de cada persona. Por un lado, existen estrategias dirigidas a la intervención más específica ante situaciones clínicas de dolor, náuseas y vómitos anticipatorios, fobias y cambios en la imagen corporal, entre otras. Por otro lado, existe otro tipo de acciones más globales, dirigidas hacia el cuidado de la relación con los demás, canalización de las emociones, fomento del autocuidado y de la autorregulación. Una herramienta importante para sobrellevar los indicadores descritos, son los *Primeros Auxilios Emocionales* (PAE). Osorio (2017) refiere que los PAE son intervenciones psicológicas que se dan en el momento de la crisis, entendiéndose como una ayuda inmediata de apoyo a la persona para restablecer su estabilidad personal a nivel emocional, físico, cognitivo y conductual. Entre uno de los objetivos de los primeros auxilios psicológicos es intentar que la persona salga del shock y active sus recursos para recuperar la capacidad de afrontamiento.

El estudio de los Primeros Auxilios Emocionales en pacientes oncológicos representa un gran desafío para el campo de la psicología ya que dentro de su modelo multidimensional hay una variedad de indicadores que han impactado el bienestar psicológico y la calidad de vida de los pacientes. Este trabajo busca proponer una guía en miras al mejoramiento y humanización en la atención de pacientes con enfermedades terminales desde una perspectiva positiva frente al dolor, en el sentido de mejorar la calidad de vida de la persona que padece la enfermedad.

2.2 Objetivos:

Objetivo general

Analizar las intervenciones basadas en los Primeros Auxilios Emocionales en pacientes oncológicos.

Objetivos específicos.

- Definir y caracterizar las intervenciones basadas en los Primeros Auxilios Emocionales.
- Conceptualizar las enfermedades oncológicas y describir las emociones que atraviesa el paciente.
- Identificar, desde el rol del Psicólogo, competencias profesionales que ayuden a mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos.
- Analizar los aportes de los Cuidados Paliativos y la Psicooncología en el proceso de acompañamiento de pacientes oncológicos, según la fase de la enfermedad.
- Identificar las crisis emocionales más recurrentes en pacientes oncológicos.
- Aportar herramientas dentro del protocolo de los PAE con la finalidad de mitigar el dolor en pacientes oncológicos.

2.3 Fundamentación

Según datos de la OMS (2022), el cáncer es la principal causa de muerte en el mundo, representando sólo en 2020, casi 10 millones de defunciones a nivel global. Los tipos de cáncer más comunes son los de mama, pulmón, colon y recto y próstata. En términos de la infancia, cerca de 400.000 niños contraen cáncer. Por otra parte, su incidencia suele aumentar con la edad, ya que se van acumulando factores de riesgo a lo que se le suma la pérdida de eficacia de los mecanismos de reparación celular que suele ocurrir el paso del tiempo.

Publicaciones oficiales de organismos especializados en cáncer plantean que en la actualidad se pueden evitar entre el 30% y el 50% de los casos de cáncer reduciendo los factores de riesgo y aplicando estrategias preventivas basadas en la evidencia (OMS, 2022). Si se diagnostican a tiempo y se tratan adecuadamente, las probabilidades de curación de muchos tipos de cáncer son elevadas.

Sin embargo, cuando se habla del diagnóstico de “cáncer”, esto provoca un gran impacto psicológico en el paciente, así como en sus familiares y amigos. Frente a ello, puede ser necesaria la intervención de un profesional que brinde información, asesoramiento y apoyo emocional. El cáncer sigue siendo aún una enfermedad con un claro estigma ligado a la muerte. Esto aumenta el impacto cuando se transmite el

diagnóstico y requiere de manera urgente la intervención de especialistas que puedan facilitar estrategias e información clara sobre los diferentes escenarios posibles.

Torres et al. (2013) explican que la primera reacción frente al diagnóstico generalmente es de shock e incertidumbre. La mujer con cáncer de mama, en un plazo corto imagina y piensa en su familia, esposo, hijos, amigos y personas dependientes de ella en lo emocional y en lo práctico. Luego una vez entendido y aceptado el proceso que se debe vivir, la mujer entra en las distintas fases del duelo oncológico a raíz de la pérdida no sólo de la salud sino de una pérdida total incluida una pérdida de control. Este duelo se caracteriza por gran pena y tristeza, rabia, ira e irritabilidad, la persona está más vulnerable y sensible por lo que una depresión es frecuente en este proceso emocional que se vive a raíz del diagnóstico de cáncer, depresión que en la mayoría de los casos es totalmente reactiva al momento tan estresante y que se vive y se percibe como algo muy amenazante.

Las preguntas, preocupaciones e interrogantes que las pacientes frecuentemente formulan son: *¿Qué es el cáncer? ¿Por qué a mí? ¿Qué hice mal para que me diera cáncer? ¿Me voy a morir? ¿Qué pasa con mi familia? ¿Qué pasa con mis hijos? ¿Cómo hablo con ellos? ¿Qué pasa con mi marido? ¿Qué hago con mi trabajo? ¿Me apoyarán? ¿Podré trabajar durante el tratamiento? ¿Se me va a caer el pelo?...*

Lo principal es disminuir el sufrimiento y el dolor mediante el control de los síntomas y la adquisición de herramientas para el autocontrol de la situación. Una buena experiencia y conocimiento por parte del profesional es indispensable para dar una respuesta adecuada a las necesidades de cada paciente. Transmitir el concepto de autocuidado tanto a pacientes como a cuidadores es imprescindible en esos momentos concretos luego del diagnóstico, educar en la capacidad para asumir en forma voluntaria y consciente el cuidado y el mantenimiento de su salud, promoviendo hábitos de vida saludables que minimicen los riesgos de las enfermedades. Es muy importante ayudar a sobrellevar los miedos, la tristeza, ira, apatía, la ansiedad, la depresión, el dolor físico, gestionar los efectos secundarios, el insomnio, los pensamientos negativos y preocupaciones, la comunicación y la readaptación familiar y laboral, los duelos, así como el síndrome del quemado en los cuidadores.

Existen diversas reacciones ante el conocimiento de lo que la persona comienza a atravesar. Algunas de ellas resultan esperables, tales como el llanto, la rabia, la tristeza, la búsqueda de información... Lo importante es distinguir si estas expresiones le están ayudando en el momento presente a hacer frente a la situación y cuándo le están dificultando su adaptación. Es esperable que en algún momento la persona sienta cierta desesperanza, desánimo o agotamiento ya que el camino suele ser largo y hay momentos en los que uno se siente más fuerte para superar los obstáculos y momentos en los que flaquean las fuerzas. No existe ni fase ni momento concreto en el que se pueda decir que es absolutamente necesario el apoyo de un psicólogo. Los pacientes pueden estar en cualquier punto de la evolución de la enfermedad, desde la fase de diagnóstico, durante los tratamientos, en espera de las revisiones, hasta tener la enfermedad en remisión, en recaída o en fase avanzada. Lo que va a dar la clave es la intensidad de estas reacciones, su duración y la frecuencia. En este caso, si las reacciones son muy intensas, duraderas y recurrentes, será importante acudir a un profesional. La derivación la puede realizar cualquier experto de la medicina o enfermería que detecte una necesidad, aunque también es asimismo posible ser solicitado por el mismo paciente.

Por consiguiente, los Primeros Auxilios Emocionales en pacientes con cáncer, se llevan a cabo con el propósito de humanizar y generar nuevas estrategias que sean viables y positivas a la hora de enfrentar problemáticas asociadas con la enfermedad, favoreciendo al paciente para mejorar su calidad de vida, tener un bienestar emocional equilibrado, mitigar el dolor y sentir que cuenta con un apoyo psicosocial que favorece su bienestar integral y psicológico. De igual modo, es una propuesta relevante para el programa de psicología ya que vincula el apoyo psicosocial, la intervención psicológica y la conexión emocional para facilitar el proceso de adaptación a la enfermedad y contrarrestar factores negativos que afecten el bienestar integral del paciente. Por tanto, los motivos de investigar la aplicación de los PAE en pacientes oncológicos, se relacionan con el propósito de humanizar la atención que se le brinda al paciente que padece esta enfermedad irreversible en algunos casos y mejorar su calidad de vida, brindándole herramientas para la prevención y el alivio del sufrimiento. Todo ello mediante la rápida identificación y la correcta valoración y tratamiento del dolor y de otros problemas físicos, psicosociales y espirituales.”

Transitar el cáncer, más allá de cuál sea el resultado del tratamiento, implica acercarse a la vida y a la muerte de forma constante. Esta propuesta de intervención implica gestionar, facilitar y brindar herramientas y acompañamiento profesional para poder decidir tanto como vivir como de qué forma morir. La calidad de vida implica siempre poder encontrar desde donde y como una persona, en este caso con enfermedad oncológica, podrá transitar cada día de su vida, de la mejor forma posible.

2.4 Planteo del problema

Atendiendo a lo descrito anteriormente, afrontar el cáncer y los tratamientos de forma adaptativa, ayudar a manejarse emocionalmente, a comunicarse y a expresarse mejor, en definitiva, a tener mejor calidad de vida a lo largo de todo el proceso oncológico sea cual sea la fase en la que se encuentre el paciente, resultan de gran importancia en términos de la salud mental de quién lo atraviesa, así como de su entorno. Desde los aportes de esta disciplina, se trata de disminuir el impacto frente al diagnóstico y aumentar la calidad de vida. A partir de lo desarrollado, surge en este Trabajo Final Integrador la siguiente pregunta de investigación:

¿Cómo intervenir desde los Primeros Auxilios Emocionales con pacientes oncológicos para facilitar la aceptación y el afrontamiento de la enfermedad favoreciendo una mejor calidad de vida?

3. Estado del Arte.

Considerando el objetivo general de esta investigación y las variables asociadas, se detallan a continuación estudios realizados sobre el tema y sus principales aportes.

Pérez Rondón, et al. (2020), en su investigación denominada: “Fundamentos teóricos de la Estrategia de atención psicológica domiciliaria para la prevención y tratamiento del cáncer”, realizada en San Juan de Dios, Cuba, tuvieron como objetivo fundamentar, desde el punto de vista teórico, la estrategia de atención psicológica domiciliaria dirigida a mejorar la prevención y tratamiento del cáncer en el Consejo Popular San Juan de Dios, desde un enfoque biopsicosocial, con énfasis en la atención integral a domicilio al paciente dispensarizado por cáncer y a su familia. Para ello se seleccionó el consultorio médico 29 del área de salud perteneciente al Policlínico Universitario José Martí Pérez, de Camagüey. Se pudo conocer que la estrategia de APD significa una herramienta fundamental para el desarrollo de la Psicooncología en el ámbito comunitario, que reconoce la necesidad de implementar estrategias actualizadas y eficaces para beneficiar al paciente oncológico, a sus familiares y a la población en general. Esto derivó del proyecto de investigación Estrategia de intervención socio psicológica para la prevención y tratamiento del cáncer en la atención primaria de Salud, que gestiona el Centro para el Desarrollo de las Ciencias Sociales y Humanísticas en Salud, de la Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey y cuyo proceso de ejecución corresponde al período 2016-2021.

Vázquez-Llanos, et al. (2019), investigaron sobre el cáncer también en el consultorio 29 del Consejo Popular San Juan de Dios, en la provincia de Camagüey, Cuba desde un enfoque psicosocial, y presentaron su trabajo llamado “Diagnóstico psicosocial para la prevención del cáncer en la atención primaria de salud”, donde su objetivo fue describir los resultados del diagnóstico psicosocial realizado para la prevención del cáncer, ya que el cáncer constituye una de las primeras causas de muerte a nivel mundial, con serias implicaciones psicológicas, familiares y sociales. Este estudio fue del tipo descriptivo, transversal cuanti-cualitativo para el diagnóstico de la prevención del cáncer. El universo estuvo conformado por 18 casos dispensarizados con diagnóstico de cáncer, a los cuales se le sumaron sus familiares, y 27 familias designadas por el Equipo Básico de Salud como familias de riesgo, además se

entrevistaron psicólogos, médicos y especialistas de oncología, por el cual llegaron a obtener resultado en los cuales se mostraron deficiencias en las acciones de prevención que se realizan en la comunidad y en la atención integral al paciente oncológico y su familia, desde un enfoque psicosocial, llegando a la conclusión que el diagnóstico develó la necesidad de la atención psicológica domiciliaria y el impacto que pueden tener las intervenciones psicosociales en el contexto comunitario para la prevención del cáncer.

González-Ling, et al. (2020), en su trabajo: “Terapia de la dignidad en pacientes con cáncer: una revisión sistematizada de la literatura”, realizada en México, tuvieron como objetivo analizar la literatura existente acerca de los efectos de la Terapia de la Dignidad (TD) en ansiedad, depresión, dignidad y calidad de vida (CV) en pacientes con cáncer, donde TD es una intervención diseñada para atender el malestar emocional y existencial de las personas que enfrentan enfermedades que amenazan su vida. Aunque previamente se han realizado revisiones en población clínica, no se ha evaluado su evidencia en pacientes oncológicos. Para esta revisión se realizaron búsqueda PICO en las bases de datos: PubMed, PsycINFO y en la Biblioteca Digital de la Universidad Nacional Autónoma de México de enero del 2002 a diciembre del 2019 con estudios de diseño experimental o cuasiexperimental que incluyeran a pacientes oncológicos que recibieron TD, y como resultado de 281 artículos obtenidos, se incluyen 5 para el análisis, 4 ensayos controlados aleatorizados y un estudio con grupo control con pacientes con cáncer avanzado o terminal. En dos estudios encontraron niveles basales bajos de distrés, lo que dificultó medir el beneficio; en otros dos artículos con niveles basales de distrés se observó beneficio en ansiedad y depresión. La CV es un factor que puede influir sobre los resultados de la terapia, llegando a la conclusión que esta terapia es una intervención benéfica, con alta satisfacción, especialmente en pacientes con malestar emocional inicial. Los autores concluyen que se requiere investigación de mayor calidad para confirmar su efecto en ansiedad y depresión y extender los resultados a otras poblaciones culturales. Se sugiere estudiar su efecto en población latina.

Troncoso, et al. (2019), en su investigación denominada “Psicooncología en cáncer avanzado. Terapia CALM, una intervención canadiense”, tuvieron el objetivo de describir la experiencia canadiense de una terapia psicológica individual breve

denominada "Managing Cancer And Living Meaningfully (CALM)", que ha sido realizada y evaluada durante los últimos 10 años en Toronto, Canadá, con el objetivo de reducir el malestar emocional y promover el bienestar psicológico en pacientes con cáncer avanzado. Este artículo describe sus principales componentes, características y evidencia de su beneficio para esta población. El cáncer avanzado está asociado a numerosos desafíos incluyendo el deterioro físico progresivo que gatilla miedos referentes a la dependencia y pérdida de autonomía, mortalidad y sentido de la vida. El continuo aumento de la supervivencia en los pacientes oncológicos ha llevado a que estos vivan en un proceso de adaptación y cambios continuos, lo que conlleva una gran carga emocional tanto para el paciente como para su familia. Muchos pacientes oncológicos en fase terminal cumplen criterios para un diagnóstico psiquiátrico y signos de distrés, siendo los síntomas depresivos muy frecuentes. Esto hace pensar en la necesidad imperiosa de intervenciones adecuadas para personas en esta situación, en donde las cuestiones existenciales, reestructuración del propósito, relaciones interpersonales, sentido de la vida, proceso de morir y muerte, cumplen un rol fundamental.

Reyes, et al. (2015), también presentaron estudios sobre el cáncer, pero en este caso sobre "El cáncer de colon y recto en cuidados paliativos: una mirada desde los significados del paciente". Los autores tuvieron como objetivo comprender el significado y la manera personal de como tres pacientes que recibían atención en cuidados paliativos afrontaron el cáncer de colon y recto y su proceso de enfermedad, cuando esta se encontraba en un estado avanzado e incurable. La metodología fue cualitativa con aproximación fenomenológica. Mediante entrevistas en profundidad se exploraron las creencias y se obtuvo información de los pacientes acerca del origen de la enfermedad, las expresiones emocionales y los recursos y obstáculos para afrontarla. Los resultados permitieron comprender que el significado construido alrededor del diagnóstico está relacionado con sus experiencias previas, la información que tenían acerca de su condición y la presencia o no de síntomas. Se destaca el hecho de que no percibieron la enfermedad como amenaza, que se sintieron tranquilos frente al diagnóstico y de que no tenían conciencia de la proximidad de la muerte. Las expresiones emocionales variaron desde la tristeza, la sorpresa y la angustia al momento del diagnóstico, hasta la aceptación, la confianza en Dios y en los tratamientos médicos como vía para la curación. El seguimiento de

las recomendaciones médicas y la confianza en Dios se convirtieron en las principales estrategias para afrontar la enfermedad.

Ferreir, et al. (2009), en su trabajo: “Esquemas maladaptativos tempranos en pacientes diagnosticados con cáncer atendidos en tres centros oncológicos de la ciudad de Santa Marta Colombia”, tuvieron como objetivo describir y establecer la prevalencia de Esquemas Maladaptativos Tempranos (EMTs) en pacientes diagnosticados con cáncer, que reciben tratamiento en tres centros de atención oncológica del distrito mencionado. El trabajo se enmarcó en la Psicología de la Salud, desde un enfoque cognitivo. El tipo de investigación fue descriptiva, con un diseño transeccional, que utilizó un tipo de muestreo no probabilístico intencional, seleccionando a las 80 personas diagnosticadas con cáncer, mayores de 39 años de edad. Se aplicó el Cuestionario de Esquemas de Young, YSQ L2, validado en población universitaria de la ciudad de Medellín Colombia. Los resultados muestran como esquema maladaptativo temprano prevaleciente el de autosacrificio, y se encontró similitud con los hallados en estudios realizados en otros contextos que asocian los patrones cognitivos y emocionales que componen el esquema maladaptativo de autosacrificio con la evidencia teórica y/o científica que lo asocian con el llamado estilo de vida carcinógeno.

Murillo Ferreir, et al. (2009), por su parte, pretendieron explicar en su investigación denominada “Tratamientos psicosomáticos en el paciente con cáncer”, los tratamientos psicosomáticos para los pacientes con cáncer basándose en la respuesta psicológica del paciente y sus familiares durante los diferentes estadios de la enfermedad psicosocial y en los aspectos psicológicos, sociales y de comportamiento que influyen la morbilidad y mortalidad del paciente con cáncer (psicobiológico). En el estudio se hace hincapié en tratamientos dirigidos a prevención, psicoterapia, psicofarmacología y terapias alternativas. Virtualmente, todos los pacientes que se diagnostican con cáncer tienen una respuesta inicial de malestar, estrés o perturbación emocional. El diagnóstico de cáncer afecta a los pacientes y sus familiares en múltiples áreas. La palabra cáncer, de por sí, trae temor y produce altos grados de incertidumbre, lo cual genera altas demandas para los pacientes y sus familias. Se ha establecido que entre un 30% y un 50% de las personas con cáncer presentan alguna alteración psicológica que amerita tratamiento. La depresión y la

ansiedad son los trastornos más frecuentes y muchas veces no son atendidos. Los pacientes que tienen dificultad en adaptarse representan un claro reto para el equipo clínico, ya que el mismo equipo se ve en la necesidad de responder a múltiples problemas psicológicos y sociales. El estudio y la necesidad de un mejor entendimiento de los aspectos biopsicosociales del paciente con cáncer favorecieron la aparición de la psicooncología como subespecialidad del área oncológica.

Sobral Fraga de Medeiros, et al.(2021) de Brasil aportan resultados con respecto a los cuidados paliativos en su estudio denominado: “Abordaje del paciente en emergencia en la perspectiva de los cuidados paliativos” en el cual tuvieron como objetivo, conocer el abordaje del equipo de salud de emergencia en la atención de pacientes con enfermedad avanzada en la perspectiva de los cuidados paliativos. El mismo se realizó bajo un estudio exploratorio-descriptivo, de enfoque cualitativo, en el que participaron 29 profesionales del servicio de emergencias en una capital del Noreste de Brasil. Se utilizó el Análisis de Contenido Temático de Bardin. Como resultado surgieron dos categorías temáticas de las unidades de registro, a saber: por un lado, los cuidados paliativos como sinónimo de confort y alivio del dolor, y en segunda instancia: Comunicación y control de los síntomas como núcleo del enfoque paliativo en caso de emergencia. Los profesionales vislumbran importantes retos en el cuidado de las personas en cuidados paliativos basados en una perspectiva interdisciplinaria y empática, a favor de la atención con miras al confort y al alivio del dolor, llegan a la conclusión de que fue posible entender que el abordaje de equipo para el paciente con enfermedad avanzada debe basarse en promover el confort y el control de síntomas, utilizando la comunicación empática e involucrando al paciente y su familia.

Bueno Bejarano Vale de Medeiros, et al. (2020), también proporcionaron información sobre: “Psicoterapia Centrada en el Sentido: Una revisión acerca de estrategias psicoterapéuticas para el tratamiento del paciente con cáncer”, en cuya investigación presentaron como objetivo analizar las estrategias psicoterapéuticas utilizadas en el tratamiento de pacientes con cáncer, cuya finalidad era trabajar el sentido de la vida. Se realizó una revisión sistemática, siguiendo el método PRISMA, en las bases Lilacs, Medline, Scopus y Web of Science, obteniendo diferentes resultados. Entre ellos, incluyeron 11 artículos publicados entre 2014 y 2020. La

Psicoterapia Centrada en el Sentido (PCS) es la estrategia psicoterapéutica más utilizada y efectiva para ayudar al paciente acerca de su sentido de la vida. En su discusión: Se desarrollaron tres categorías: En primer lugar, se ha encontrado que el sentido de la vida por medio de la PCS; en segundo lugar, el bienestar espiritual y psicológico de la PCS y en tercer término, las terapias individuales, grupales y de pareja como estrategias eficaces de la PCS. En conclusión, este estudio señala que la PCS, además de ser beneficioso para los pacientes, puede servir como una alternativa de trabajo para el psicólogo principalmente en regiones de habla portuguesa donde no se encontraron estudios.

Cely-Aranda, et al. (2013), en su trabajo llamado: “Psicooncología pediátrica”, estudian por qué el cáncer, además de ser una enfermedad crónica que amenaza la vida de quien la padece, es una enfermedad que simboliza el sufrimiento de la persona enferma y su familia. El presente trabajo tuvo como objetivo mostrar, por medio de una revisión teórica, el papel de la psicooncología pediátrica y el progreso de sus herramientas de intervención psicológica. Se revisaron las diferentes aportaciones sobre la comprensión de la enfermedad, las reacciones físicas, psicológicas y sociales del niño enfermo, la familia y el personal sanitario. Además, se propusieron los recursos necesarios para la reducción del malestar físico y psicológico del niño y su familia durante la enfermedad. El tratamiento del cáncer infantil implica un régimen médico exigente en el que los niños y sus familias se enfrentan a múltiples factores estresantes, que provocan cambios considerables en las actividades diarias; por ejemplo, alteración de los roles familiares y sociales, temor a la adhesión al tratamiento y una constante amenaza de muerte.

Finalmente, en el ámbito local se han realizado algunas investigaciones y publicaciones del tema, ya sea en el contexto pediátrico como en jóvenes y adultos.

Moreno y Farberman (2022) publicaron recientemente, desde el Instituto Nacional del Cáncer, en su compilación de textos de autores del país, que más de 1300 familias inician cada año en Argentina un tratamiento oncológico por un niño o adolescente. Si bien refieren que el cáncer es una enfermedad con una incidencia muy baja en los niños y las niñas, se diagnostican anualmente en dicha región un promedio de 1.351 casos nuevos en niños y niñas menores de 15 años (2010-2019), siendo las patologías más frecuentes las leucemias y los tumores cerebrales El 80% de los

pacientes se atienden en hospitales públicos, donde los tratamientos son gratuitos. El 20% restante se atiende en centros privados. Según el Registro Oncopediátrico Hospitalario Argentino (ROHA, en Moreno, 2022), son 30 los centros públicos y 20 los privados que tratan pacientes hemato-oncológicos pediátricos, siendo el Hospital Prof. Dr. Juan P. Garrahan, el hospital de referencia nacional, el cual atiende un promedio de 500 pacientes oncológicos complejos por año. En la publicación presentada, se indica que la supervivencia global a 36 meses de cáncer infantil en Argentina ha mejorado en los últimos años, pasando de 64,0% para el período 2000-05 a 72,7% para 2012-16, presentando variaciones según el tipo de tumor y el centro tratante.

Las autoras refieren que los tratamientos médicos demandan a pacientes y familias esfuerzo y compromiso durante períodos prolongados de tiempo. Indican que, en un gran número de casos, los pacientes se curan y pueden desarrollar luego su vida de manera regular. Frente a ello, se hace necesaria la Psicooncología, la cual tiene como propósito, hacer que ese camino sea más llevadero y psicológicamente más rico.

Finalmente en Argentina, las investigadoras Hauché y Pedrón (2020), en su trabajo publicado desde el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) y la Universidades de Buenos Aires y la Universidad Abierta Interamericana, publicaron el artículo: "Capacidad de resiliencia en pacientes oncológicos al principio y al final de la enfermedad". En él se propusieron comparar la capacidad de resiliencia entre los sujetos que se encuentren en fase diagnóstica y en fase de supervivencia, de la evolución de la enfermedad oncológica. Para este estudio se administraron un Cuestionario sociodemográficas ad-hoc y la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young (1993), en su versión argentina de Rodríguez, Pereyra, Gil, Jofre, De Bortoli y Labiano (2009), a una muestra constituida por 60 participantes, adultos de ambos sexos. Un grupo consistió en 30 sujetos en fase de diagnóstico, que asistían a los Servicios Oncológicos ubicados en Ciudad Autónoma de Buenos Aires (C.A.B.A.), y el segundo grupo fue conformado por 30 sujetos en fase de supervivencia. Los resultados arrojaron una diferencia estadísticamente significativa entre la capacidad de resiliencia y la fase de la enfermedad oncológica en la que se encuentre el paciente, lo que indica que la capacidad de resiliencia es mayor en pacientes que han concluido el tratamiento oncológico, fase de supervivencia. Considerando que los pacientes oncológicos que se encuentran en fase de diagnóstico presentan una menor

capacidad de resiliencia, se elucida la importancia de realizar investigaciones en Argentina, centradas en la influencia de factores psicológicos relevantes, como es la resiliencia, en el proceso oncológico, para la optimización del sistema de atención sanitaria.

A partir del recorrido desde los diferentes aportes de la revisión del estado del arte, se evidenció que en pacientes oncológicos se presenta una afectación en el bienestar psicológico, también impactando de forma negativa en el desarrollo personal tanto como la calidad de vida de los pacientes, con los primeros auxilios emocionales se busca fortalecer el bienestar integral y humanizar el trato del cuidado paliativo y manejo del dolor.

4. Marco Teórico

En el presente apartado se realizará una conceptualización y recorrido de las variables implicadas en esta investigación, revisando especialmente aquellos constructos formulados en el título, objetivos y pregunta de investigación.

Se incluye a continuación, una síntesis teórica, producto de la lectura y análisis de un compendio de artículos, libros y otros documentos que describen los conceptos centrales del tema específico: “Primeros Auxilios Emocionales en Pacientes Oncológicos: un Abordaje Integral”.

4.1 Primeros Auxilios Emocionales

Autores como Bodón y Ríos (2020), rescatan los Primeros Auxilios Emocionales como intervenciones de ayuda y soporte emocionales que se implementan durante los primeros momentos de acaecida una situación crítica, ya sea el impacto de una noticia, un accidente, catástrofe etc., donde la persona experimenta una crisis, un desequilibrio psicológico precipitado por un cambio repentino en la vida. El principal objetivo de estas intervenciones es proteger a las personas de sufrir daños mayores, reducir las complicaciones, recuperación más rápida para así obtener más habilidades de afrontamiento y entender lo que les sucedió. Según los autores, los pacientes con enfermedades terminales frecuentemente necesitan más atención que aquellos cuya afección es curable y aclara que un evento no es por sí mismo traumático, que lo sea dependerá de condiciones subjetivas y personales del afectado. Por ende, se puede afirmar que algunas situaciones son “traumatogénicas” (potencialmente traumáticas); es decir, que por sus características pueden provocar efectos adversos permanentes en la salud psicofísica de las personas. Por ello es muy importante la capacitación de los profesionales encargados de la contención en situaciones de crisis.

Para Osorio (2017) los Primeros Auxilios Psicológicos son entendidos como la intervención psicológica que se da en el momento de la crisis, esta es una ayuda breve o de manera inmediata de apoyo a la persona que tiene como propósito restablecer su estabilidad personal a nivel emocional, físico, cognitivo y conductual. La principal meta de los primeros auxilios psicológicos es que la persona salga del shock y active sus recursos para recuperar la capacidad de afrontamiento.

Slaikeu (2000, en Osorio, 2017) manifiesta que los primeros auxilios psicológicos que se aplican en los momentos de crisis son: 1. Realizar el contacto psicológico, 2. Examinar

las dimensiones del problema, 3. Analizar las posibles soluciones, 4. Asistir en la ejecución de una acción correcta, 5. Darle seguimiento. La aplicación de estos primeros auxilios le permitirá a la persona afrontar de manera eficiente y eficaz la situación de emergencia.

Las situaciones de crisis dependen de la forma como cada individuo las perciba, las interprete, las afronte y les dé un significado, esto influirá en la conceptualización que se haga de la crisis, la cual repercutirá en la forma de ver el mundo de la persona a partir de dicha situación. Toda persona a lo largo de su vida puede vivir alguna situación de crisis y que si no la afronta de manera acertada requerirá una intervención en crisis para que se reestablezca su nivel de funcionamiento y es a través de los primeros auxilios psicológicos que se logra, por tanto, es innegable que proporcionar esta ayuda a las personas en crisis, les permitirá afrontar de mejor manera un diagnóstico de cáncer, e integrarlos de manera funcional a la trama de su vida (Osorio Vigil, 2007)

Existen otros factores que interactúan como son las experiencias anteriores, los valores, las estrategias de afrontamiento, las creencias, las redes de apoyo, la capacidad de resiliencia, entre otros (Datilio y Freeman, 2000). Lo cierto es que ante una crisis hay personas que despliegan estos recursos y las afrontan, y otras van a requerir apoyo del exterior.

Hablando de eventos estresantes para el ser humano, Cano (2005) explica que el diagnóstico de cáncer es considerado como un evento vital estresante que afectará no sólo al individuo que lo recibe, sino también a su entorno familiar y social más directo. Como todo suceso estresante, el cáncer no produce el mismo impacto en todos los individuos. Si bien el proceso más común consiste en que, si se produce la interpretación o valoración del evento como una amenaza, se generará una reacción emocional de ansiedad, que tenderá a ser más intensa en la medida en que el individuo perciba que sus recursos para afrontar esta amenaza no son suficientes para controlar o manejar las consecuencias negativas que se prevén.

El estrés generado por el tratamiento del cáncer puede causar una variedad de problemas crónicos, desde la fobia y la ansiedad a las intervenciones médicas, como la toma de sangre, hasta las crisis de pánico en condiciones difíciles. No obstante, se pueden emplear diversas técnicas operantes que contribuyan a reducir la ansiedad

como controlar el ambiente, al ubicar estímulos agradables como la música y los juguetes y crear un ambiente más familiar, con fotos, dibujos u objetos de casa, para proporcionarle sensación de seguridad y afecto (Cely Aranda et al., 2013).

Pero también es importante, como expresa Galfaso (2019), saber hasta dónde llegan los límites propios del profesional, para que ante la pérdida de un paciente no aparezca el sentimiento de fracaso, ya que asumiendo el compromiso absoluto como profesional va a hacer lo mejor posible, en contexto, con los recursos del momento y todo lo que esté al alcance para poder ayudar, sino aflora la llamada “frustración” que, como esta autora plantea, es el peor sentimiento que puede experimentar un experto. El punto de quiebre de un profesional que trabaja con la muerte es la anestesia emocional. La acumulación de momentos difíciles, imágenes, recuerdos, sensaciones que no se procesan o no se trabajan con técnicas de autocuidado para la carga emocional, derivan en el Enfriamiento emocional, en el cual ya se trataría de una patología, invalidante y que no permite seguir trabajando. Derivando en conductas como el alcoholismo, la hiperactividad, el consumo de música excesiva con auriculares a niveles muy elevados, el consumo de drogas para calmar las imágenes y sentimientos, produciendo algo así como una disociación instrumental que ayude a poder permanecer activo, práctico, técnico, pero no permitiendo que las emociones afloren.

Es importante estar bien para poder atender de la mejor manera a los pacientes, tal como lo indica Galfaso (2020, 30') en su video sobre el autocuidado. Los seres humanos al ser biopsicosociales se integran tres planos, y todo lo que suceda en alguno de esos tres niveles va a afectar a los otros dos, por eso es importante mantenerse en equilibrio, ser asertivo y positivo, cuidar la salud mental y sobre todo entender que los pacientes “*no se nos mueren*” sino que mueren porque es parte de la vida y es parte de la profesión hacer que esos últimos momentos lo pueda transitar de la mejor manera.

A partir de lo descrito, se desprende la importancia en la capacitación en Primeros Auxilios Emocionales (P.A.E). En el caso de trabajar con pacientes oncológicos, y para el logro de los objetivos básicos se procede habitualmente mediante el establecimiento de contacto y presentación, de manera empática y no intrusiva. Se debe brindar alivio, protección y contención (cubriendo las necesidades básicas y proveyendo alivio físico y emocional). Se recoge información, identificando las necesidades inmediatas y

preocupaciones. Se brindará asistencia práctica para paliar las necesidades. Se establece conexión con las redes de apoyo primario y su red comunitaria. También se trabaja mediante la provisión de pautas de afrontamiento, la conexión con servicios externos (si se evalúa la necesidad se debe dejar establecido el enlace con las redes de ayuda disponibles a mediano y largo plazo).

Según Bodón y Ríos (2020) existe consenso sobre una secuencia de reacciones esperables o etapas que se hacen presentes ante la comunicación de noticias y que implican un duelo por hacer. Estas fueron descritas inicialmente por Kubler Ross (1975). Conocerlas permite comprender y acompañar adecuadamente a los asistidos. La reconocida autora menciona como parte del ciclo, las siguientes fases:

- Etapa de Negación, shock: Es una de las respuestas inmediatas a la recepción de la noticia, constituyendo una de las maneras posibles que permiten amortiguar el impacto de la misma. La información es imposible de ser aceptada.
- Etapa de Rabia, explosión: En esta etapa la persona reconoce lo sucedido, pero no lo acepta, presenta un comportamiento hostil con el ambiente, la ira es el sentimiento predominante.
- Etapa de la Negociación: se da una aceptación parcial de lo sucedido, pero necesitando algo a cambio.
- Etapa de Depresión: en esta etapa se comprende y acepta lo sucedido con profundo dolor. Son frecuentes síntomas de desinterés, apatía, desánimo.
- Etapa de Aceptación: la tarea de esta etapa es la resignificación de lo sucedido como parte de la trama de la vida, aprender a vivir con ello, la persona vuelve a conectarse con sus rutinas.

Es muy importante conocer las etapas antedichas, ya que ayudan a abordar las enfermedades crónicas, así como el final de la vida con empatía, contención, escucha, entre profesionales y pacientes, pero además adquieren mayor relevancia y, en ocasiones, constituyen un espacio privilegiado de la atención médica.

4.2 Cáncer

Conceptualización

Según IVO (2022) el cáncer es una alteración biológica y genética de las células que componen los tejidos de nuestros órganos. El crecimiento descontrolado de células puede dar lugar a un tumor o nódulo. Se trata de una masa de tejido no necesario y será benigno si no invade ni destruye otros órganos. Este tipo, en general, suele extirparse sin complicaciones y no se vuelve a reproducir. Si las células que se dividen descontroladamente, además mutan, se produce la carcinogénesis.

Entonces, pueden adquirir la capacidad de invadir tejidos y órganos alrededor o de trasladarse a través de los vasos sanguíneos o el sistema linfático y proliferar en otras partes del organismo, lo que se denomina metástasis. En cualquiera de estos casos, el tumor será maligno y se diagnosticará cáncer.

Se estima que afectará a uno de cada tres hombres y a una de cada cuatro mujeres a lo largo de la vida. Según datos de la Asociación Española Contra el Cáncer, entre el 75 y 80% de las afecciones cancerígenas tienen su causa en agentes externos que alteran el organismo. Suelen ser hábitos de vida que pueden modificarse, como el consumo de tabaco y alcohol o la dieta, para reducir las probabilidades de enfermar.

Etiología:

Hay que tener en cuenta que sólo un 5-10% de las afecciones oncológicas se deben a la predisposición genética. Es decir, a que se hereden genes ya alterados que actuarán sobre las células distorsionando su división. En estos casos, hay más probabilidades y es necesario menos tiempo de exposición a factores de riesgo para que se desarrolle un cáncer.

En torno al 20-25% restante de las enfermedades oncológicas tiene un origen que los expertos investigan todavía. Se cree que son debidas a mutaciones espontáneas de los genes o la acción de agentes carcinógenos. Generalmente, han de estar en contacto durante años con el organismo para que se produzcan las mutaciones celulares necesarias (entre 4 y 6) que derivan en el cáncer. De ahí que, a mayor edad, aumente el porcentaje de enfermos oncológicos.

Pueden ser agentes físicos, químicos o biológicos:

Los agentes físicos pueden venir de accidentes nucleares, radiaciones ionizantes (Rayos X), radiaciones no ionizantes (rayos ultravioletas del sol) y gas radón (emana del uranio que se encuentra en algunos suelos y rocas).

Los agentes químicos pueden entrar en contacto con el individuo en actividades industriales. Dependerá de la dosis y el tiempo de exposición para que pueda propiciarse la enfermedad. Algunas sustancias cancerígenas son el amianto, arsénico, benceno, cadmio, mercurio, níquel, plomo, hidrocarburos clorados y naftilamina.

Respecto a los agentes biológicos, se estima que el 18% de afecciones oncológicas se deben a infecciones persistentes por virus, bacterias y parásitos. Esto ocurre en el caso del virus del papiloma humano y el cáncer del cuello uterino, en el del virus de la hepatitis B y el cáncer de hígado, así como en el del helicobacter pylori y el cáncer de estómago.

Las afecciones oncológicas, en su inicio, no causan dolor. Sin embargo, un diagnóstico a tiempo puede evitar su desarrollo. Los síntomas que se detallan a continuación, pueden deberse a cualquier otra enfermedad, pero también al cáncer, lo cual, en ocasiones, especialmente iniciales, puede confundir el diagnóstico (IVO, 2022):

- Engrosamiento o bulto en cualquier parte del cuerpo.
- Lunar nuevo o cambio en el aspecto de alguno preexistente.
- Una llaga que no sana.
- Ronquera o tos que no cesa.
- Cambios en los hábitos urinarios o intestinales.
- Malestar después de comer.
- Dificultad para tragar los alimentos.
- Aumento o pérdida de peso sin razón conocida.
- Sangrado o secreción inusual.
- Debilidad o cansancio.
- La importancia del diagnóstico precoz.

Otra manera de clasificar las afecciones oncológicas es atendiendo a la localización en que se desarrollan. Si bien pueden producirse tumores a distancia, en otros órganos, esta tipología nombra a los cánceres en función de la zona donde se ha generado la

enfermedad. En esta línea, existen diferentes tipos de cáncer según su localización (IVO, 2022).

- Aparato locomotor
- Osteosarcoma
- Sarcoma de partes blandas
- Aparato respiratorio y tórax
- Cáncer de pulmón
- Mesotelioma
- Cabeza y cuello
- Cáncer de laringe
- Cáncer de tiroides
- Cerebro y sistema nervioso
- Tumores del Sistema Nervioso Central
- Digestivo y gastrointestinal
- Cáncer de colon
- Cáncer de esófago
- Cáncer de estómago
- Cáncer de hígado
- Cáncer de páncreas
- Cáncer de vías biliares
- Cáncer vesícula biliar
- Piel
- Cáncer de Piel (Melanoma)
- Cáncer de Piel (No Melanoma)
- Riñones y aparato genitourinario
- Cáncer de riñón
- Cáncer de próstata
- Cáncer de vejiga
- Cáncer de testículo
- Cáncer de pene
- Sangre y sistema hematológico
- Leucemia
- Linfoma
- Mieloma múltiple

- Seno y Sistema reproductor femenino
- Cáncer de mama
- Cáncer de cuello uterino
- Cáncer de vagina
- Cáncer de ovario

Existen en las instituciones, Comités para abordar la enfermedad de forma interdisciplinaria. Implican un conjunto de profesionales que integran un equipo multidisciplinar de facultativos, con reuniones periódicas que se regulan bajo unos protocolos establecidos. Por ejemplo, existen equipos de expertos de las principales especialidades según el tipo de tumor: oncología médica, oncología radioterápica, cirugía, urología, dermatología, radiodiagnóstico, medicina nuclear, anatomía patológica, biología molecular, psicología, enfermería, etc.

El proceso oncológico es muy complejo y como la respuesta no es única, la solución tampoco puede ser única. Cada paciente requiere respuestas y estrategias terapéuticas individuales. Será el equipo médico y los diferentes Comités quienes estudien las distintas estrategias terapéuticas y decidan entre todos los tratamientos el óptimo o la combinación más eficaz, de una forma personalizada para cada paciente.

Los tipos de cánceres más frecuentemente en adultos atendidos en guardias hospitalarias de Navarra según Fortun, (2004), fueron pacientes con carcinoma de próstata, en los otros dos años se mantiene la tendencia de ser los pacientes con tumores de pulmón, mama y colon los que más se han visto, datos que parecen estar en relación con la incidencia de las diversas neoplasias en nuestro medio.

Para algunos autores como León et al.(2012), a pesar de que la prevalencia de malestar emocional entre los pacientes oncológicos puede darse en un tercio de ellos (o ser incluso superior en determinadas fases de la enfermedad), sólo una pequeña parte de los mismos desea solicitar atención psicooncológica.

El cuidado de los pacientes con cáncer debe integrar los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales con la finalidad de mejorar la calidad de vida (CV) del paciente y su familia. Estos pueden experimentar sufrimiento existencial a raíz de pérdidas

importantes generadas por la enfermedad y de la confrontación con la inevitabilidad de la muerte. El malestar existencial se manifiesta al cuestionar el significado y el valor de su vida y si merece la pena continuar con el tratamiento. Otras expresiones del malestar existencial incluyen la desmoralización, sentir que dependen o que son una carga para los demás, cambios en las metas de la vida, incertidumbre, sentir que la vida no tiene sentido o propósito, pérdida del sentido de dignidad, deseo de adelantar la muerte, angustia de muerte, miedo al proceso de morir, ansiedad y depresión, disminución en los niveles de CV y malestar al final de la vida (Gonzalez et al. 2020).

Según Troncoso (2019) el cáncer es considerado actualmente una pandemia, con una tendencia de 16 millones de casos nuevos para el año 2030, según la Organización Mundial de la Salud. En Canadá 2 de cada 5 personas desarrollan cáncer en su vida, estimándose una supervivencia a 5 años de un 63% en todos los tipos de cáncer. En el año 2015 la comparación de calidad y disponibilidad de cuidados paliativos en 80 países, denominado como el Índice de Calidad de Vida, Canadá se ubicó dentro de los mejores índices de calidad del morir en el mundo.

Este enfoque oncológico canadiense, biopsicosocial y espiritual para el paciente, la familia y su entorno, se ha realizado con el objetivo de preservar la mejor calidad de vida posible durante el periodo de supervivencia y muerte. El proceso de ir muriendo y la muerte, es un tema abierto y conocido por la sociedad donde la preparación y calidad del proceso de morir cobra gran importancia en la medicina en general. Las condiciones necesarias para una muerte apropiada en las diferentes culturas incluyen la ausencia de dolor, reconocer y resolver conflictos residuales, satisfacer conflictos insatisfechos, delegar el control, mantener continuidad en las relaciones significativas y operar a un nivel lo más eficaz posible dentro de los límites de la incapacidad. Sin embargo, la limitación de recursos en países en vías de desarrollo hace que esto sea más difícil de lograr.

Otras autoras como Signorelli (2022) explican que la enfermedad del cáncer tiene varias etapas y cada una de ellas tiene sus propias características las cuales son fijas y consecutivas. Entre ellas se encuentran:

- Etapa prediagnóstica es cuando el paciente sospecha que “algo raro” está pasando, pueden ser síntomas reiterados al cabo de un tiempo y que luego de

intentos de cura caseros no desaparezcan. Hay sentimientos de preocupación, inseguridad, miedo, esperanza o negación. Ante esto puede asumirse una conducta auténtica con una consulta al médico y haciendo los estudios pertinentes o una conducta inauténtica demorando la consulta al médico o ignorando los síntomas.

- Etapa diagnóstica, comienza con el resultado de los estudios realizados y la confirmación del diagnóstico de cáncer. Este momento puede ser muy abrupto porque no había síntomas previos y no había sospecha de ningún tipo, sino que viene como consecuencia de un estudio de rutina. Esto produce un gran desconcierto. Entre la etapa del resultado y la certeza ocurren una serie de sentimientos que van desde la angustia, la extrañeza, el desconcierto, el sufrimiento, hasta el enfrentamiento con la muerte.

Las reacciones frente al diagnóstico pueden ser de lo más variadas, pero el común denominador es la angustia. Estas variaciones dependen de la historia particular de cada paciente y cada miembro de la familia, de las circunstancias actuales, de las enfermedades y muerte de los antepasados y de cómo hayan sido vividas, de la edad de las personas enfermas, ya que no es lo mismo ser sostén de familia que ser niño o anciano, dependerá también de la cultura, de las posibilidades económicas, etc.

Frente al diagnóstico todo se detiene y este pasa a ser el único tema del cual ni el paciente ni la familia pueden apartarse un momento, ya que cáncer, sufrimiento y muerte son sinónimos. Se produce un gran shock, paralizante o ansioso, se desea volver el tiempo atrás, el tiempo y el espacio vivencial se transforman, la vida empieza a transcurrir en otra dimensión, es así que las familias y pacientes empiezan a contar el tiempo a partir del diagnóstico de cáncer, seis meses, un año, diez años. Es un momento de caos y aturdimiento, confusión y conmoción, terremoto de emociones, a veces la salida de esta situación es el aislamiento y el silencio. Si antes la familia tenía problemas de comunicación ahora se acentúan y si antes no lo tenían puede ser que ahora los tengan, ya que el silencio ocurre por el temor a dañar al otro, por no poder enfrentar juntos el sufrimiento y el afrontamiento con la muerte.

Hay sufrimiento por el propio familiar que sufre, mezcla de lástima, pena, tristeza, miedo, incertidumbre por si vivirá o morirá, puede haber egoísmo pensando en el propio dolor y no en el dolor del otro, bronca, rabia por no poder continuar con la

vida anterior, angustia por el posible deterioro, temor a dañar con los propios sentimientos, envidia porque todo gira alrededor de la persona enferma, culpa por sentir envidia, culpa por desear que todo acabe rápido y desear la muerte, culpa por estar sano y no ser él o ella quien tenga la enfermedad, alivio por concluir una agonía. Estas vivencias pueden darse simultáneamente, o algún miembro de la familia puede sentir algunas y otros miembros otras.

- En la etapa de tratamiento pueden aparecer diferentes modalidades de afrontamiento. El primero es el compromiso con la enfermedad y con el tratamiento. En este caso, la familia y el paciente se apropian de un mundo nuevo, lenguaje nuevo y una cotidianidad nueva, que estará dado por una cirugía, por una medicación, turnos de radioterapia o quimioterapia, que alteran la vida de lo hasta ahora vivido. Se llama en este caso un estilo auténtico frente al tratamiento. En la otra modalidad, el afrontamiento con inautenticidad, se manifiesta con conductas como olvidos en la toma de medicación, demoras en pedir los turnos e iniciar el tratamiento, postergar y hasta no buscar los resultados de los exámenes médicos.
- La siguiente etapa puede ser de “cura”, concluyó el tratamiento y comienza un periodo de ambigüedad con miedo a una recidiva, con miedo ante cualquier síntoma, que de ahí en más asocia al cáncer, hay una adaptación al mundo libre de enfermedad, o a un permanecer ligado al tiempo de la enfermedad, en el tratamiento sabía lo que tenía que hacer, ahora el no hacer nada puede ser vivido con gran temor hasta recuperar una sensación de libertad.

Pero cuando el tratamiento no dio los resultados esperados, viene la etapa ante la “finitud” y el asumir la muerte, la actitud puede ser de resignación, de desesperación, de tristeza, y en algunos casos de serenidad.

Dentro de estas etapas durante el curso de la enfermedad, aparecen periodos o sentimientos confluyentes o divergentes, que pueden tener los pacientes o familiares como shock, duelo, negación, olvidos, duda, bronca, aceptación, despedida del paciente, despedida de la familia, que se encuentran alineados con la teoría de Kübler-Ross y los propuestos por UNICEF (2022):

- Periodo de shock: Frente al diagnóstico puede ocurrir una gran angustia, desesperación, confusión, aturdimiento, parálisis, que luego también pueden aparecer si los tratamientos no fueron efectivos. Comienza un periodo de duelo, aquí no se entenderá sólo el duelo por la muerte anticipada, sino por la salud perdida, por los cambios corporales, los afectos que se transforman, por las personas que se alejan por no poder soportar el sufrimiento, por la pérdida temporal o definitiva del trabajo, por la pérdida de status social, por la discriminación social.
- Durante el periodo de negación, los pacientes no hacen los controles o los demoran, no buscan los resultados, minimizan las posibles consecuencias, dicen *“no es nada, me operan y ya está”*, se abandonan al destino o la voluntad de Dios.
- El periodo de olvidos tiene variadas formas de presentarse, saltean tomas de medicamentos, olvidan las instrucciones o consejos médicos, cuando van a consulta del médico no saben qué preguntar o se inhiben, no mencionan algunos síntomas, la habilidad del médico es muy importante en este periodo para que el paciente y su familia de apoyo puedan expresarse como personas y no como recopilación de síntomas, no es un cáncer quien consulta sino una persona, a quien a partir de ese momento se transformó su ser y es parte del tratamiento el saber contenerlo afectivamente por parte del equipo médico. Para evitar las situaciones de olvido es recomendable que el paciente acuda acompañado de un familiar. El cáncer es una enfermedad en la que la familia tiene mucha participación.
- El periodo de duda es un periodo donde se cuestiona todo *“¿estarán bien los resultados?, ¿no se habrá equivocado el médico?”*, puede haber una búsqueda ansiosa de posibles tratamientos, y sus pronósticos, ya sea por internet u otros medios, buscan explicaciones psicologistas como si esto remediara algo.
- Periodo de rebelión o bronca, se caracteriza por preguntas tales como *¿por qué a mí?, ¿porque a mi hijo/esposo/padre/madre?, ¿porque a nosotros?* Esta bronca puede manifestarse en peleas familiares por cualquier motivo con los amigos que no entienden, contra el médico, *¿porque me dijo esto o aquello, porque no me lo descubrieron antes?*, contra Dios, contra la humanidad, quejas por la atención recibida, etc.

- Periodo de aceptación, es un repliegue sobre sí mismo, que va dando lugar a mayor comunicación, con una actitud de reflexión y cooperación, con un compromiso consigo mismo y con los demás, si bien el fondo anímico de tristeza perdura, hay nuevos permisos para gozar, y muchos pacientes encuentran nuevos sentidos a sus vidas, realizan sueños truncados, y nuevas alternativas hasta el momento impensadas. Para este periodo se recomiendan proyectos cortos y realizables.
- Periodo de despedida, tanto para el paciente como para la familia, aquí ha llegado la faz de agotamiento, se asemeja al autismo, denominado autismo oncológico para diferenciarlo del autismo psicopatológico, este autismo puede cursarse durante toda la enfermedad. Es un periodo en el que el paciente tiene la oportunidad de dejar un legado tanto para la familia como para la humanidad.
- El periodo de duelo, es en el que la familia duela a ese ser amado que se está yendo, y que finalmente se va, y según las circunstancias podrán hacerlo con tristeza, como un sentimiento normal, con negación de esa tristeza, que es como estar anestesiado, no sentir nada, no poder llorar, con desesperación por una vida truncada antes de tiempo, con serenidad por una vida vivida y cumplida en proyectos realizados. Posteriormente hay una nueva redistribución de roles en la familia.

Es tarea del terapeuta, ofrecerle esta posibilidad de mutación, rescatar su ser en tanto existente y coexistente, fortaleciendo la red de contención que tenga el paciente, trabajando sus emociones para que se permita extraer de la adversidad elementos de fortaleza, dándole un nuevo valor a su vida. Recordemos que la vida humana cesa recién en la muerte, y es vida hasta el último aliento, y como tal debe ser respetado el ser humano en su último tramo. Cuando el paciente no tenga una red de contención apropiada o suficiente, el terapeuta, lo puede alentar a que busque grupos de apoyo, grupos de expresión ya sea corporal, plástico, literario o musical. Esto deparará verdaderas sorpresas en el descubrimiento de capacidades olvidadas o escondidas y que ahora se vuelven reveladoras de su propio ser. Es una segunda oportunidad para desplegar potencialidades, recuperar la libertad como ser humano sano o enfermo, cumplir lo no cumplido o faltante, darse tiempo para el disfrute, adueñarse de su ser, darle nuevo valor a la vida hasta afrontar la forma de morir. A través del sufrimiento la persona se puede volver más auténtica. Sus deseos se hacen más claros y puede

llevarlos a cabo. Puede elegir incluso cómo afrontar el sufrimiento y descubrir nuevos sentidos (Signorelli, 2022).

4.3 Cuidados Paliativos

Según el Ministerio de Salud y Protección Social, (2015) los Cuidados Paliativos son entendidos como los cuidados apropiados para el paciente que tenga una enfermedad terminal, crónica, degenerativa e irreversible donde es necesario el acompañamiento médico, psicológico, social, familiar y espiritual para darle control al dolor y a la sintomatología, durante el tiempo de enfermedad o duelo, cabe resaltar que los cuidados paliativos son importantes ya que ayudan a mejorar la calidad de vida y el bienestar de los pacientes y sus familiares ya que se enfrentan a enfermedades amenazantes que desencadenan múltiples complicaciones biológicas, afectivas y socio familiares que generan situaciones de sufrimiento, mitigando el dolor y la sintomatología por medio de apoyo psicológico y espiritual desde el momento del diagnóstico hasta la etapa del duelo.

La Organización Mundial de la Salud (2022) define al Cuidado Paliativo como una estrategia de salud que mejora la calidad de vida de los pacientes y sus familias, dirigida a problemas de salud que amenazan la vida. Sin embargo, cada vez se evidencia más la importancia de implementar tempranamente los cuidados paliativos (CP) y no solo ante diagnósticos terminales. En pacientes con enfermedades crónicas (EC) los CP mejoran la calidad de vida, no obstante, el inicio tardío incrementa el gasto sanitario. Por ello, se deben poner en marcha mecanismos para identificar oportunamente a los pacientes con la necesidad de estos cuidados. (Pinedo Torres et al., 2021).

Según el Ministerio de Salud y Protección Social (2015), los cuidados paliativos son entendidos como los cuidados apropiados para el paciente que tenga una enfermedad terminal, crónica, degenerativa e irreversible donde es necesario el acompañamiento médico, psicológico, social, familiar y espiritual para darle control al dolor y a la sintomatología, durante el tiempo de enfermedad o duelo, cabe resaltar que los cuidados paliativos son importantes ya que ayudan a mejorar la calidad de vida y el bienestar de los pacientes y sus familiares ya que se enfrentan a enfermedades amenazantes que desencadenan múltiples complicaciones biológicas, afectivas y socio familiares que

generan situaciones de sufrimiento, mitigando el dolor y la sintomatología por medio de apoyo psicológico y espiritual desde el momento del diagnóstico hasta la etapa del duelo.

Los pacientes paliativos con enfermedades crónicas perciben el entorno de enfermedad como un círculo hostil o de amenaza directa ya que actualmente las condiciones sanitarias son precarias, el paciente tiende a tener problemas de ansiedad y su patología tiende a empeorar ya que se siente aislado por estar lejos de sus familiares y tener que abandonar su vida cotidiana para afrontar una enfermedad que le generara desgaste físico, psicológico y emocional (Hernández et al. 2005.).

Plumed (2013) explica que el carácter total del dolor y los demás síntomas de la situación terminal fue descrito en 1967 por Saunders, enfatizando los distintos componentes de la experiencia de dolor de los enfermos. Otra manera de expresar el dolor de la enfermedad terminal es con el concepto de multidimensionalidad en la experiencia dolorosa.

El carácter multidimensional del dolor incluye aspectos fisiológicos, sensoriales, afectivos, cognitivos, conductuales, socioculturales y espirituales. Un componente del malestar es la percepción de los síntomas. Ante el dolor total surgen los Cuidados Paliativos. La situación de enfermedad terminal va generando, a medida que evoluciona, un estado progresivo de vulnerabilidad. En este proceso es conveniente mantener la actitud de respeto hacia la autonomía en las decisiones del enfermo teniendo en cuenta que en el trance de la propia muerte el enfermo consciente de encontrarse ante esta etapa crucial de su existencia debería ejercer una responsabilidad especial sobre su vida y su salud. Se trata de la necesidad antropológica de dejar su vida en orden. Esto puede incluir aspectos psicológicos, espirituales, religiosos y sociales que los que cuidan del enfermo deberían ayudarle a completar.

De esta manera, una de las principales consecuencias es el impacto negativo en el bienestar psicológico debido a que los pacientes que se encuentran en cuidados paliativos han pasado por cambios abruptos que han impactado su salud física, emocional, psicológica y diversos entornos que le generan malestar y no han tenido un acompañamiento oportuno ya que en los centros médicos se cuenta con poco personal capacitado para abordar la conexión emocional del dolor y no se cuenta con el apoyo

psicosocial todos estos factores han desencadenado alteración del sueño, pérdida de apetito, cuadros de depresión, ansiedad, aislamiento, miedo, sentimientos de inutilidad y tristeza, afectando de manera directa su salud y el bienestar psicológico (Ortega y López, 2005).

“...los cuidados paliativos suponen la expansión de la esfera del control médico a áreas que exceden lo puramente fisiológico. Desde esta óptica, el abordaje “integral” de los cuidados paliativos, centrado en la totalidad “bio-psico-social”, supone un nuevo horizonte de intervención por parte de la medicina, en que la esfera privada e íntima de la persona, su historia, sus emociones, las relaciones familiares y su relación con la enfermedad y la muerte se configuran como objeto de intervención profesional” (Alonso 2013, pág. 2542).

La Organización Mundial de la Salud incluyó la espiritualidad en el concepto de salud en 1998, como la dimensión que va más allá de la religiosidad, abordando la búsqueda y construcción del sentido y el propósito de la vida. Esta dimensión existencial también se incluyó en el concepto de cuidados paliativos como parte del tratamiento integral del paciente y su familia. Actualmente más del 40% de los pacientes con cáncer informan que desean ayuda de naturaleza espiritual para vencer los miedos, encontrar esperanza y especialmente encontrar el sentido de la vida. El sentido de la vida (SV) se considera el motor de la existencia humana, y es posible atribuir sentido en cada situación e incluso en el sufrimiento” (Bueno Bejarano Vale de Medeiros 2020, p 313).

El alivio del sufrimiento psíquico y espiritual exige que el equipo terapéutico reconozca como primer paso que el dolor psicoespiritual se encuentra presente en todo proceso terminal. El sentido de la existencia es el gran problema espiritual. La respuesta a este problema no puede ser dada, sino que tiene que llegar a respondérsela el propio paciente. Se trata de la búsqueda existencial de un sentido en la que una persona concreta vive una situación biopsicosocial y espiritual, única e irrepetible. Esa persona necesita apoyo y ayuda para atribuir un significado a la crisis del sufrimiento y de la muerte. El símbolo de la esperanza es el ancla. Infundir esperanza no es otra cosa que ofrecer a quien se encuentra movido por el temporal del sufrimiento, un lugar donde apoyarse, un agarradero, ser para él ancla que

mantiene firme, y no a la deriva, la barca de la vida. Ofrecerse para ser alguien con quien compartir los propios temores y las propias ilusiones, eso es infundir esperanza. Ayudar a morir en paz Es importante tener claro que el objetivo más importante de los Cuidados Paliativos es facilitar un proceso de muerte en paz o al menos tolerable (Plumed, 2013, pág.- 27)

Pero para hablar de Cuidados Paliativos también se debe abordar el tema de las Estrategias de Afrontamiento. El concepto remite a cómo la gente se maneja ante las demandas de los sucesos estresantes. Son aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. Este modelo se denomina modelo transaccional del estrés en tanto que el afrontamiento no es simplemente una respuesta a un hecho que ha sucedido, sino que es un proceso activo de modelado de lo que ha sucedido y de lo que sucederá (Lazarus y Folkman, 1986).

Las principales consecuencias es el impacto negativo en el bienestar psicológico debido a que los pacientes que se encuentran en cuidados paliativos han pasado por cambios abruptos que han impactado su salud física, emocional, psicológica y diversos entornos que le generan malestar y no han tenido un acompañamiento oportuno ya que en los centros médicos se cuenta con poco personal capacitado para abordar la conexión emocional del dolor y no se cuenta con el apoyo psicosocial todos estos factores han desencadenado alteración del sueño, pérdida de apetito, cuadros de depresión, ansiedad, aislamiento, miedo, sentimientos de inutilidad y tristeza, afectando de manera directa su salud y el bienestar psicológico (Ortega y López, 2005.)

4.4 Psicooncología

En este sentido juega un papel importante la Psicooncología. Barreto y Cruzado (en Matalobos et al., 2007) proporcionaron una visión de la evolución y el estado actual de la Psicooncología. Barreto destacó la eficacia de la intervención psicológica (técnicas de relajación, terapia cognitiva, procedimientos de imaginación, técnicas grupales y manejo de estrategias de afrontamiento) en el campo de la Oncología, desde que en

los años 80 los investigadores volvieron sus ojos hacia el funcionamiento psicológico de las personas con cáncer. En la actualidad, señaló, se ha producido un giro en el área de interés, resultado del papel activo que los enfermos han adoptado a través de sus demandas. Así, la influencia del tipo de cirugía en la calidad de vida, el consejo genético, los estudios de seguimiento, la importancia de la toma de decisiones, el uso de terapias complementarias, el Trastorno por Estrés Postraumático y el problema de la fatiga post-quimioterapia se han convertido en temas relevantes. Cruzado, por su parte, apuntó de manera más específica las distintas líneas de actuación que contribuyen a la consolidación de la aplicación de la Psicología al cáncer:

- Aplicación de programas multicomponente de prevención, especialmente dirigidos al tratamiento del tabaquismo, por su probada eficacia en la reducción de los cánceres de pulmón.
- Incorporación de psicólogos a Unidades de Consejo Genético Oncológico, sobre la estimación de que un 25% de los participantes en consejo genético requieren este tipo de atención.
- Formación del personal médico y de enfermería en competencias y habilidades que optimicen la comunicación con el enfermo y permitan un afrontamiento adecuado del estrés profesional previniendo el burnout.
- Uso y difusión de instrumentos de screening o detección precoz del estrés o malestar emocional del enfermo o sus familiares que redunde en el bienestar del paciente, una mejor adherencia al tratamiento y una actividad del sistema inmune y parámetros neurohormonales que posiblemente aumenten la supervivencia.
- Aplicación de la Neuropsicología especialmente a los tratamientos quimioterápicos, dado el riesgo de daño neurocognitivo resultado de la neurotoxicidad, respuestas inflamatorias inmunológicas o lesiones microvasculares que pueden provocar.
- Estudio de la trayectoria y adaptación de las personas que sobreviven al cáncer, reivindicando así el papel de la intervención psicológica. Los tiempos de espera y el dolor son aspectos relevantes en la enfermedad oncológica que también fueron planteados y analizados en las jornadas (Matalobos et al., 2007).

Según Cabrera Macías (2017), la intervención de la psicología como especialidad que permite esclarecer, mediar y aliviar el dolor de pacientes y familiares, se hace imprescindible, la cual está considerada una subespecialidad de la Oncología, que se

ocupa de las respuestas emocionales de los pacientes, sus familias y el equipo médico. Incluye además el estudio de las variables psicológicas, sociales y conductuales que influyen en la prevención, riesgo y sobrevida de quienes sufren este padecimiento. Su propósito final es aliviar síntomas psíquicos y tratar de alcanzar la humanización de los tratamientos.

Pero como dice Malca Scharf (2009), a lo largo de esta enfermedad se presentan situaciones y vivencias nuevas; por lo tanto, la intervención del psicooncólogo varía, dependiendo de la fase de la enfermedad en la que se encuentre el paciente. Según esta autora la intervención desde esta área comprende principalmente tres fases: prevención, intervención terapéutica y rehabilitación y cuidados paliativos. Sin embargo, la fase de la intervención difiere, dependiendo de la evolución de la enfermedad. A continuación, se detallarán las fases:

- Fase de diagnóstico: se caracteriza por un período de mucha incertidumbre, tanto el paciente como la familia se encuentran en un estado de impacto psicológico intenso o choque. Se presentan diferentes emociones, como ira, negación, culpa, desesperación, etc. La intervención del psicooncólogo en esta fase consiste en detectar las necesidades emocionales, psicológicas, sociales y espirituales que puedan estar presentando el paciente y su familia, con el objetivo de orientarlos, ofrecer apoyo emocional al enfermo y a su familia (Malca Scharf, 2009).
- Fase de tratamiento. La calidad de vida del paciente se puede ver comprometida, por los efectos secundarios de los diversos tratamientos a los que esté sometido. Los resultados de los mismos varían, dependiendo de la clase de tratamiento, del tipo de cáncer, de la evolución de la enfermedad y de las características individuales del sujeto. La intervención del psicooncólogo en esta fase radica principalmente en potenciar estrategias de afrontamiento, que permitan ayudar a la adaptación del paciente y su familia (Malca Scharf, 2009).
- Fase de intervalo libre de la enfermedad. La amenaza de volver a presentar la enfermedad aumenta, debido a los controles médicos que suelen realizarse en esta etapa. Se incrementan los niveles de angustia, tanto del paciente como de los familiares, lo cual desencadena un mar de dudas y temores. La intervención del

psicooncólogo en esta fase se basa en facilitar la expresión de miedos y preocupaciones, establecer empatía y una buena comunicación, abordar las alteraciones emocionales que se estén dando y, de esta forma, proporcionar las estrategias para promover e incentivar la realización de diversos planes y actividades (Malca Scharf, 2009).

- Fase de supervivencia. Mediante el apoyo psicológico, se procura facilitar la adaptación del paciente a las secuelas físicas, sociales y psicológicas que la enfermedad haya podido generar. A su vez, se trabaja en la reincorporación a la vida cotidiana, y se brinda ayuda para la reinserción laboral u otras actividades e intereses del paciente.

- Ya al pasar al periodo crítico se habla de otras fases como la Fase de recidiva: Se caracteriza por un estado de choque aún más intenso que el que suele experimentarse en la fase de diagnóstico. Esto se debe al regreso de la enfermedad; por lo tanto, son muy comunes los estados de ansiedad y depresión del paciente, de los familiares e incluso de los profesionales de la salud. La intervención del psicooncólogo en este periodo consiste en abordar y tratar los estados depresivos que puedan generarse. De igual forma, es esencial trabajar en la adaptación al nuevo estado patológico (Malca Scharf 2009).

- Fase final de la vida: En esta etapa se aborda al paciente mediante tratamiento paliativo, es decir, el objetivo de la terapia cambia de curar a cuidar. Con la llegada de este cambio, las reacciones emocionales, tanto en el enfermo como en los familiares, suelen ser muy intensas, aparece negación, rabia, depresión, aislamiento, agresividad y miedo a la muerte que son algunas de las muchas emociones que suelen aflorar en esta fase (Malca Scharf, 2009).

Las emociones juegan un papel muy importante en lo que respecta al sistema inmunológico y el estrés. Autoras como Maruso (2017) nos explica que el estrés anula la resistencia inmunológica, esto significa que lo hace transitoriamente en un intento de conservación de energía que da prioridad a la emergencia más inmediata que es la supervivencia. Pero si estamos hablando de cronicidad manteniendo un estrés constante e intenso, esta anulación puede ser duradera.

4.5 Estrategias de Afrontamiento

Bellver Pérez (2015) en su tesis doctoral, expresa que es difícil abordar el proceso de afrontamiento de cualquier trastorno orgánico sin hacer referencia a las reflexiones de Lipowski (1970). Este autor define afrontamiento como toda actividad cognitiva y motora que utiliza una persona enferma para preservar su integridad física y psíquica, para recuperar las funciones deterioradas de un modo reversible y para compensar en lo posible cualquier deterioro irreversible. Lipowski considera que las estrategias de afrontamiento están directamente relacionadas con el significado personal de la enfermedad, que en nuestra cultura puede tomar las siguientes formas: la enfermedad como un reto, la enfermedad como un castigo, la enfermedad como debilidad, como una liberación, como una estrategia, la enfermedad como daño o pérdida irreparable, y, la enfermedad como un valor. Lipowski distingue también entre estrategias y estilos de afrontamiento.

Las estrategias, en tanto que conductas o actividades cognitivas específicas, son extremadamente variadas y es imposible pues elaborar una lista exhaustiva. Tal como se exponía líneas arriba, sí se pueden listar, sin embargo, los patrones de estrategias de afrontamiento en función del significado subjetivo de la enfermedad.

Los estilos de afrontamiento, a los que se les atribuye perdurabilidad intraindividual, pueden ser cognitivos o conductuales; para Lipowski, los más relevantes en el campo de la salud son los siguientes:

- Estilos de afrontamiento cognitivos:
 - Minimización: la tendencia a ignorar, negar o racionalizar el significado personal de la información relativa a la enfermedad y sus consecuencias.
 - Vigilancia: tendencia a responder activamente a las señales de peligro percibidas y a intentar persistentemente reducir la incertidumbre y la ambigüedad en todos los aspectos relacionados con la enfermedad.

- Estilos de afrontamiento conductuales:
 - Aproximación: disposición a adoptar una actitud activa hacia la enfermedad o la incapacidad.

- Capitulación: tendencia a la pasividad y o bien a rechazar a los demás o bien a la dependencia respecto de los demás.
- Evitación: tendencia a intentar activamente escapar de las exigencias de la enfermedad, actuando como si se estuviera sano. Suele acompañar a la minimización.

Las propuestas realizadas por Weisman (1979, en Bellver Pérez 1984), en relación con el afrontamiento y el cáncer es una aportación un tanto asistemática, que más que tratar de perfilar un modelo general pretende instruir sobre lo que se constituye como un buen afrontamiento del cáncer. El autor define el afrontamiento como lo que una persona hace respecto a un problema para obtener alivio, recompensa, tranquilidad y equilibrio. El afrontamiento se entiende como proceso y no como un conjunto de acciones aisladas, combinando percepción, ejecución, evaluación y corrección de la ejecución, seguidas de actividad adicional y conducta dirigida a la meta. El afrontamiento es distinto de la defensa, en palabras del autor, mientras que el afrontamiento es un esfuerzo estratégico por dominar un problema, salvar un obstáculo, responder a una cuestión o disipar un dilema, por otra parte, la defensa busca primordialmente desviar el problema (Weisman, 1984). Llegado a este punto se podría plantear que Weisman llama “afrontamiento” a aquel dirigido al problema, y “defensa” al afrontamiento dirigido a la emoción.

Según Weisman (1979), el modo en que una persona afronta la enfermedad maligna es una extensión del modo en que afronta otros eventos anteriores a la enfermedad. Señala que la CV del paciente oncológico dependerá de hasta qué punto ha afrontado adecuadamente la enfermedad, aunque también ejercerán un efecto sobre el bienestar variables propias de la enfermedad (tipo, estadio, síntomas, etc.), personales (creencias, inteligencia, rasgos, experiencias previas, etc.) y del contexto social (situación económica, empleo, religión, familia, relaciones claves, etc.). El autor da unas pinceladas de lo que es el mejor modo de afrontar la enfermedad del cáncer. Ante todo, señala que mantener la esperanza es un prerrequisito para un buen afrontamiento. Además sugiere prescindir de la evitación, enfrentarse a la realidad y llevar todas las acciones adecuadamente, atender a las soluciones, o redefinir el problema en términos solucionables; considerar siempre alternativas, mantener la comunicación abierta con las personas próximas, buscar y utilizar la ayuda constructiva, incluido los tratamientos médicos, aceptar el apoyo que se ofrezca; ser asertivo, si es necesario, y mantener alta la moral mediante la confianza en uno mismo; tener en cuenta que el autoconcepto es

tan importante como la reducción de síntomas y por último mantener la esperanza sin engañarse a uno mismo (Weisman, 1979, 1984).

Plumed (2013) explica que como la enfermedad y la muerte suponen momentos en los que la dignidad personal queda más fácilmente cuestionada, es necesario poner los medios para humanizar estos momentos en la vida de las personas. Esta recuperación de la humanización se plasma en actitudes opuestas a la obstinación terapéutica y a ocultar o aislar al enfermo en su proceso de morir impidiendo mantener sus relaciones familiares, de amistad, etc., haciéndole partícipe, mediante la información veraz, de su papel protagonista en esta etapa de su vida. Igualmente se debe promover una asistencia espiritual acorde con los valores y creencias de la persona. Además, la muerte no es ni antinatural, ni un mal que haya que evitarse por todos los medios. La aceptación de la muerte como parte del proceso de la vida humana es una tarea inevitable para el paciente, para quienes le acompañan y para el equipo asistencial. Cuando se rechaza mirar cara a cara a la muerte, se pueden dar dos reacciones: el tratamiento médico desproporcionado, en un extremo; y, en el otro, el adelanto irresponsable de la muerte contra la voluntad del paciente. Conviene tener presente que la dignidad humana es el atributo de cualquier persona incluido el momento de morir. Al rehusar un tratamiento médico o limitarse a un uso razonable y responsable de cuidados paliativos, “no estamos escogiendo la muerte, sino cómo vivir mientras vamos muriendo”. Cuando se habla del “derecho a morir” debería, expresarse más bien en términos de “el derecho intransferible de escoger cómo vivir incluso el momento de la propia muerte”.

Existen dos clasificaciones predominantes del afrontamiento. En una primera, se divide entre las formas centradas en el problema dirigidas a manipular o alterar el problema, las centradas en la emoción dirigidas a regular la respuesta emocional que genera el problema y las centradas en la evaluación. Una segunda clasificación, según el foco, es la efectuada entre formas de afrontamiento activas (o de aproximación) versus formas de evitación. Las primeras, se refieren a aquellos esfuerzos cognitivos o conductuales para manejarse directamente con el evento estresante. Las formas evitativas consisten en el no enfrentamiento con el problema o en la reducción de la tensión a través de conductas de escape (Llull et al. 2003).

4.6 Abordaje Integral

Alonso (2013) explica que cuando se habla de abordaje “integral” u “holista” de la disciplina, hay que tener en cuenta lo expresado por el autor en tanto “dolor total”, el cual propone integrar a las dimensiones físicas los aspectos familiares, sociales y espirituales. Es un abordaje que comporta asimismo una “transformación profesional de la experiencia”, en tanto esa mirada “integral” está orientada a diagnosticar otros “síntomas” que también requieren de las intervenciones del equipo. Las respuestas afectivas de los pacientes ante esta situación, las relaciones familiares, entre otras cuestiones, son traducidas como recursos, capacidades, obstáculos y vulnerabilidades del paciente y su entorno, cuya evaluación orientará el tratamiento por parte de los profesionales.

Un ejemplo de estas intervenciones se desarrolla desde la Unidad de Psicología de la Fundación Instituto Valenciano de Oncología (IVO, 2022). La misma, tiene como misión detectar las alteraciones emocionales que puedan estar dificultando la adaptación al proceso de la enfermedad oncológica, tanto del paciente como de su entorno familiar. Para ello se proponen intervenciones individualizadas, así como en grupo, para abordar las secuelas psicológicas derivadas tanto del diagnóstico como de los tratamientos médicos. Los psicólogos de la Unidad acompañan al paciente oncológico y a su familia durante todo el proceso de su enfermedad. Ayudar al paciente oncológico a normalizar su vida. Se plantean pautas para integrar la enfermedad en la vida de la persona, aumentando su percepción de control y su confianza, con el objetivo de ayudar al paciente oncológico a normalizar su vida. En la primera visita, inicialmente, cuando la persona acude a la consulta planteando su problema, se le dedican unas sesiones de forma individual, a abordarlo. Parte de este primer acercamiento está dirigido también a reducir los síntomas de ansiedad, preocupación y confusión. El denominador común es el miedo a la incertidumbre, a que las cosas no vayan bien o a recaer, en el caso de que ya se haya superado la enfermedad. Una vez la persona se siente más aliviada y capaz de hacer frente a la situación, se le invita a participar en sesiones grupales.

Como intervenciones desde esta línea, se sugiere que el paciente:

- Aprenda a expresar emociones, no las reprima.
- Comparta su experiencia con su entorno más cercano.
- Confíe, en el equipo médico, en la vida, en sí mismo.

- Reconocer y solicitar lo que necesita.
- Cuide su mente y su cuerpo, incorporando ejercicio y alimentación saludable.
- Acepte, lo que está atravesando.
- Vivir el presente sin anticipar el futuro.

En ellas se utilizan terapias mediante las cuales el paciente aprende a redirigir la vida desde los propios valores y fortalezas. Revisando las habilidades y virtudes que hasta ahora había utilizado, se aprende a vivir más en el presente sin anticipar un futuro, muchas veces considerado, incierto.

Estos grupos suponen una oportunidad para apoyarse, reducir los sentimientos de soledad y aprender habilidades sociales y personales que mejorarán la calidad de vida de los participantes.

Así mismo, contribuyen al tratamiento las intervenciones basadas en la meditación en movimiento, la conciencia corporal y técnicas saludables.

Se presta especial atención en la comunicación del enfermo por un lado con su familia y también con el profesional que le trata, facilitando una interrelación fluida, abierta y sincera con su entorno más cercano.

Como se abordó anteriormente, los P.A.E. son una herramienta muy importante para abordar estas situaciones difíciles.

Metodología

El presente Trabajo Final Integrador tuvo como objetivo analizar las intervenciones basadas en los Primeros Auxilios Emocionales con pacientes oncológicos, de manera que ayuden en el proceso de aceptación y el afrontamiento de la enfermedad y favorezcan a una mejor calidad de vida. Para llevar adelante la investigación, se trabajó con un diseño teórico de revisión bibliográfica.

Se utilizaron fuentes de acceso a la información primaria, secundaria y terciaria. La información recogida de fuentes primarias se obtuvo de libros, investigaciones y tesis inéditas, documentos oficiales publicados de organismos gubernamentales, trabajos originales y publicados; de las fuentes secundarias se tuvieron en cuenta las bases de

datos como: Scielo, Dialnet, Redalyc, PubMed, Research Gate y otras bases disponibles en Biblioteca Digital UFLO y Google Académico; como fuentes terciarias se recurrió a la Biblioteca de la Universidad de UFLO Universidad.

En atención a los criterios de inclusión, se seleccionaron artículos en español de los últimos diez años, entre el 2012 y 2022. Los criterios de exclusión para la búsqueda fueron artículos que hayan sido publicados en años anteriores, o bien que no correspondan al enfoque de la Psicooncología.

Palabras clave: Cáncer - Cuidados Paliativos - Pacientes oncológicos - Primeros Auxilios Emocionales - Psicooncología - Estrategias de Afrontamiento.

5. Síntesis y conclusiones.

Con esta propuesta de investigación se puede concluir que los Primeros Auxilios Emocionales en pacientes con cáncer requieren de intervención psicosocial, acompañamiento médico, acompañamiento espiritual y redes de apoyo ya que a través de los diversos estudios se ha evidenciado que este acompañamiento ayuda a mejorar la calidad de vida del paciente y mejorar su bienestar integral. Por otra parte, esta investigación aporta múltiples variables que se pueden trabajar desde la psicología clínica, ya que su línea de investigación está centrada en mejorar la calidad de vida de las personas y les brinda mayores posibilidades de sobrevivir a enfermedades graves.

Se ha dado respuesta a su vez, a los distintos objetivos específicos propuestos, así como a la pregunta de investigación.

6. Reflexión

Como dice Esteves et al., (2015) desde el Existencialismo, se defiende que la consideración de la muerte no sólo genera angustia y ansiedad, sino que enfrentarse a ella, no evitarla, puede ser un hecho positivo para la persona ya que enriquece su existencia. La vida y la muerte son interdependientes, pensar en la muerte nos ayuda a pensar sobre nuestra vida.

6.1 Aportes y contribuciones de la investigación.

El estudio de primeros auxilios emocionales en pacientes oncológicos ha representado un gran desafío para el campo de la psicología ya que dentro de su modelo multidimensional hay una variedad de indicadores que impactan sobre el bienestar psicológico y la calidad de vida de estos pacientes.

El propósito de esta investigación está enmarcado en identificar y conocer intervenciones desde los primeros auxilios emocionales y que sirvan como guía de mejoramiento y humanización en la atención impactando de manera positiva en la vida de la persona que padece la enfermedad.

Es un trabajo original ya que se han encontrado muy pocas investigaciones que traten el tema específicamente. Es una propuesta novedosa, ya que pretende definir y caracterizar las intervenciones desde los PAE en pacientes con cáncer con el propósito de humanizar y conocer nuevas estrategias que sean viables y positivas a la hora de enfrentar problemáticas asociadas con esta enfermedad, favoreciendo el bienestar emocional, equilibrando, mitigando el dolor, propiciando el apoyo psicosocial que tanto favorece el bienestar integral y psicológico.

De igual modo, es una propuesta muy interesante para la psicología ya que vincula el apoyo psicosocial, la intervención psicológica y la conexión emocional para facilitar el proceso de adaptación a la enfermedad y contrarrestar factores negativos que afecten el bienestar integral del paciente.

Por tanto los motivos que me llevaron a investigar los PAE en pacientes con cáncer, se relaciona con el propósito de hacer más afable la atención que se le brinda al paciente que atraviesa por estas instancias tan críticas, es necesario ser más empáticos, atentos, afectuosos, accesibles y a veces es irreversible el cuadro pero está en manos del profesional y en la del paciente trabajar con los recursos o estrategias para mejorar su calidad de vida tanto como la de sus familiares, brindando herramientas para la prevención y el alivio del sufrimiento. Todo para la rápida identificación y la correcta

valoración y tratamiento del dolor y de otros problemas físicos, psicosociales y espirituales.

6.2 Limitaciones de la investigación.

Uno de los mayores obstáculos o limitaciones de la investigación fue la ausencia de investigaciones relacionadas con los Primeros Auxilios Emocionales en pacientes oncológicos, así como cuestiones relacionadas con el idioma ya que hay muchas publicaciones en inglés o portugués, tanto como las publicaciones anteriores a los diez años de publicación, obstáculos que permitieron luego de un arduo trabajo poder relacionar, adaptar, entrelazar la información para obtener un buen resultado que puede ser tenido en cuenta en un futuro como profesional Psicooncólogo.

6.3 Propuesta de Proyecto de intervención.

Título: “Taller de Primeros Auxilios Emocionales en pacientes Oncológicos: Mejorando la calidad de vida”

Directora del proyecto: Sabrina Lage.

Fundamentación:

Osorio (2017) refiere que los PAE son intervenciones psicológicas que se dan en el momento de la crisis, entendiéndose como una ayuda inmediata de apoyo a la persona para restablecer su estabilidad personal a nivel emocional, físico, cognitivo y conductual. Entre los objetivos de los Primeros Auxilios Emocionales está el intentar que la persona salga del shock y active sus recursos para recuperar la capacidad de afrontamiento.

La persona al recibir la noticia sobre su enfermedad experimenta un shock, algo que no puede manejar, es una crisis que lo desestabiliza, lo saca del eje. Afrontar el cáncer y los tratamientos de forma adaptativa es siempre con ayuda, son muy importantes los vínculos, la red social que rodea al enfermo, resultan de gran importancia en términos de la salud mental de quién lo atraviesa, así como de su entorno manejarse emocionalmente, comunicarse y expresarse mejor, en definitiva, la Psicooncología y de

los Cuidados Paliativos aportar herramientas desde para acompañar al paciente en una mejora de su calidad de vida, a pesar de la enfermedad.

Esta mejora en la calidad de vida a lo largo de todo el proceso oncológico es algo que se puede aprender, sea cual sea la fase en la que se encuentre el paciente. Es así que, desde los aportes de esta disciplina, se trata de disminuir el impacto frente al diagnóstico y aumentar la calidad de vida, adquiriendo recursos o estrategias para mejorar su calidad de vida tanto como la de sus familiares, brindando herramientas para la prevención y el alivio del sufrimiento. Todo para la rápida identificación y la correcta valoración y tratamiento del dolor y de otros problemas físicos, psicosociales y espirituales.

Las intervenciones psicoterapéuticas en este proceso que conlleva el cáncer tienen como objetivo disminuir el malestar emocional de la persona enferma, facilitando la adaptación hacia el proceso final de la vida. En aquellos pacientes con cáncer avanzado y síntomas depresivos, se ha demostrado, que éstos prefieren las intervenciones psicoterapéuticas por sobre el tratamiento farmacológico, ya que con las primeras se promueven estrategias de afrontamiento de la enfermedad centradas en la comunicación, el entendimiento de la experiencia emocional y la búsqueda de un significado para la vida actual (Troncoso 2019, pág. 240).

El planteamiento y gestión de estos Talleres tiene por objetivo potenciar lo sano y creativo de cada persona, aunque no de manera pasiva sino como protagonista de su propio proceso de sanación y reconstrucción a partir de un diagnóstico que muchas veces puede ser terminal. Por este motivo, y en relación a los beneficios personales y sociales que promueve el desarrollo de las intervenciones terapéuticas en pacientes oncológicos es que se presenta el siguiente proyecto de intervención, destinado a profundizar en algunas dimensiones de la salud mental con base en los Primeros Auxilios Emocionales y sus estrategias.

Síntesis.

Se presenta a continuación una propuesta de intervención clínica, que tiene como objetivo disminuir el malestar emocional de la persona enferma de cáncer, aportando herramientas, facilitando la adaptación hacia el proceso final de la vida, basado en los Primeros Auxilios Emocionales. Es importante en este proceso la contención afectiva

que apunta al fortalecimiento de actitudes resilientes. Se desarrolla un modelo de Taller previsto, para dar respuesta a los objetivos enunciados y se analiza la viabilidad del proyecto, describiendo los recursos necesarios, así como los principales resultados esperados.

Objetivos

- Objetivo General:

Aportar herramientas dentro del protocolo de los PAE con la finalidad de mitigar el dolor en pacientes oncológicos, disminuyendo el impacto psicológico negativo de la enfermedad y los tratamientos agresivos así como también para personas que ya transitaron la enfermedad.

- Objetivos específicos

- Promover la expresión de las emociones en un espacio de confianza y seguridad.
- Propiciar un espacio donde puedan compartir sus experiencias, preocupaciones, dudas y temores a lo largo del tratamiento para reforzar los recursos internos con que cuentan y facilitar el afrontamiento del cáncer.
- Facilitar un espacio para que tanto el paciente, el cuidador principal y todos a su alrededor elaboren de la mejor manera este proceso que afrontan.
- Motivar la incorporación de estrategias de afrontamiento funcionales que ayuden a hacer frente a las demandas de la nueva condición.

Destinatarios

La propuesta está destinada a toda la comunidad pero en especial a pacientes, familiares y amigos oncológicos interesados en la temática, así como a personas que han transitado la enfermedad y pudieron recuperarse.

Modalidad

Los Talleres serán dictados de manera presencial en el Salón del Rotary Club, sito en calle Eva Perón 231 de la ciudad de Allen, Río Negro. Este Club está compuesto por personas dedicadas a solucionar problemas que aquejan a la comunidad, los cuales se unen y toman acción para generar un cambio perdurable en el mundo, sus comunidades y en sí mismos. Es una Institución familiar en la que cualquier vecino puede concurrir, por este motivo se considera un espacio propicio para la realización de los talleres.

Dinámica

La propuesta consta de tres talleres a realizar en el mes de marzo del 2023, a los cuales puede acudir el paciente, un Taller de Arteterapia y un Taller de Narración, con una duración de un mes, dividido cada uno en 4 encuentros, cada uno de dos horas semanales, realizándose los días Lunes el taller de Arteterapia de 18 a 20 hs y los días miércoles el taller de Narración de 18 a 20 horas en el espacio ofrecido por el club. El último día del mes, viernes 31 de marzo se realizará un taller de cierre llamado taller de Debriefing, que tendrá una duración de tres horas ya que se realizara de forma individual para trabajar con el impacto de haber recibido el diagnostico, no es una técnica para trabajar procesos sino para trabajar con algo que comenzó y termino, es para darle un cierre y seguir adelante.

Diseño y esquema de la actividad

Taller de arteterapia

Modalidad / Sólo pacientes oncológicos.

Horario de 18 a 20 horas.

Encuentros de los días lunes: 06/03, 13/03, 20/03, 27/03 del 2023.

Este taller invita a los pacientes a un espacio de confianza y seguridad, en el que puedan expresar emociones a través de las diversas manifestaciones artísticas.

En arteterapia citamos como antecedente científico las presentaciones de experiencias en pacientes con cáncer hechas en VII Congreso Europeo de Arteterapia, celebrado en Madrid, en el que responsables del servicio de arteterapia del Memorial Sloan-Kettering Cáncer Center en EEUU describieron a la creación artística como vehículo, como facilitador de cambios de actitud frente a la enfermedad. Esta técnica en sus diferentes

modalidades, se emplea desde hace más de 50 años y ha tomado impulso académico en más de 30 universidades europeas. (Daniel 2022)

Taller de narración

Modalidad / Pacientes oncológicos.

Horario de 18 a 20 horas.

Encuentros de los días miércoles: 08/03, 15/03, 22/03, 29/03 del 2023.

El desarrollo del potencial creativo, presente en toda persona, conduce progresivamente a la identificación de los propios recursos que han de permitir indagar y descubrir recursos alternativos a sus dificultades. Este trabajo terapéutico abre el camino al autoconocimiento, la libre expresión, la intuición, la imaginación y el lenguaje verbal y no verbal. Los antecedentes de la terapia narrativa incluyen las ideas de Jerome Bruner. El citado autor señala que la experiencia vivida es más rica que el discurso. Las personas organizan su experiencia y le dan sentido por medio del relato y en la construcción de estos relatos expresan aspectos escogidos de su experiencia vivida. Estos relatos son constitutivos: modelan las vidas y las relaciones. Por lo tanto, se propone al cuento como una herramienta esencial para la elaboración de temas irresueltos y conflictos vitales, al favorecer la expresión emocional y evocación de etapas anteriores de su vida, situaciones o personas que en una doble función, faciliten el acercamiento hacia la propia historia de vida y demás, teniendo efecto liberador.

Taller de Debriefing

Modalidad / Pacientes oncológicos en proceso, personas que han padecido la enfermedad y sanaron y personas que han perdido familiares y/o amigos por cáncer.

Horario de 18 a 21 horas.

Un único encuentro al final del mes el día viernes 31/03 del 2023.

El debriefing psicológico es una intervención o técnica de procesamiento emocional, para superar una situación difícil, noticia o trauma, reduciendo las reacciones de dolor al elaborar un recuerdo traumático o vivencia, se realiza en los primeros días tras un evento traumático. El debriefing se trabaja de forma individual, en los planos Biopsicosocial, se puede trabajar el impacto de la noticia, se puede trabajar también con personas que hayan sanado y quieran darle un

cierre a ese proceso, y se puede trabajar también con personas que hayan perdido familiares o amigos por la enfermedad. El objetivo es generar un espacio donde se puedan expresar de forma segura todos aquellos sentimientos, pensamientos y reacciones relacionadas con lo vivido. Amplía la capacidad de autocuidado. Esto ayudará a prevenir futuros trastornos mentales. Ayuda a ventilar la carga emocional acumulada tras la vivencia. Dirigido por un psicólogo, que actúa como mediador, siendo un instrumento humano entre lo que siente el otro como impotencia, frustración, bronca, angustia, manejando mitos, el encuentro busca la exposición verbal de lo experimentado (como técnica preventiva) por aquellos que han estado presentes en el acontecimiento traumático, en este caso la noticia de padecer una enfermedad que en muchas ocasiones es terminal.

Por lo tanto, el debriefing es una técnica destinada a cerrar e integrar acontecimientos potencialmente traumáticos, introduciendo a su vez aprendizajes emocionales y técnicos. Esta herramienta se considera de gran ayuda para evitar la exacerbación de los síntomas, ya que se le da un comienzo y un cierre.

Cuando alguien que queremos se enferma, todos en su entorno, en especial su familia se ven afectadas. Este taller busca facilitar que tanto el paciente, el cuidador principal y todos a su alrededor elaboren de la mejor manera este proceso que afrontan. Claro, siempre en un marco de confidencialidad.

Hechos: Primero se le pide al paciente que cuente, ponga los hechos en un relato breve, aquí se establecen dos pilares de seguridad que es un momento seguro o feliz para el paciente antes de recibir la noticia y otro pilar después de recibir la noticia, se realiza esto para que capte la persona los momentos seguros de los hechos, aquí la persona debe entender que ese hecho viene de afuera, hay que tratar de retirarle lo emocional, la persona va a guardar por primera vez los registros cognitivos y detalles, se necesita la mayor cantidad de detalles entre los dos pilares, luego se le devuelve ese relato resumido, en secuencia lógica y cronológica en voz alta ya que la persona escucha su relato en el otro y el cerebro debe poder escuchar de forma ordenada, lo procesa en tercera persona de forma más aceptable que en primera.

Pensamiento: Cuando recibe la noticia del cáncer, o cuando fallece su amigo/familiar ¿Que pensó y qué piensa ahora? Diferenciando el pasado y el presente.

Emociones: (La emoción ligada al cuerpo), se le dice que ubique ESO que siente, que le hace daño, que lo ubique en que parte el cuerpo está, que lo cosifique, que lo imagine, de qué color es, forma, tamaño, peso, ¿cómo es, es frío, es rugoso, es caliente, luego debe y qué nombre le pondría? Porque una vez que le dé nombre la persona ya se debe hacer cargo de ello, y puede liberarlo.

Información: Aquí con toda la información a flor de piel se le dice que hay que normalizar las emociones, es normal, natural, habitual y necesario sentir lo que siente, ya sea miedo, dolor, terror, resignación, angustia, soledad.

Aquí el cerebro va a ir procesando todo lo sucedido.

Ritual: Se le dice que debe realizar un ritual único para dejar ir ese sentimiento para dejarlo en el pasado, es como pasar la página, enfrentar y aceptar, se realiza por única vez.

Conclusión: La persona debe reconocer que no pudo hacer nada más de lo que hizo. Esto se realiza para que la persona se confronte con la situación real. Insistir en la importancia del manejo del estrés y de una vida más sana como parte de la técnica.

Cierre del Taller: Se solicita a quienes quieran, compartir la experiencia de la realización del mismo incluidos los talleres de arteterapia y narración, contando el aprendizaje que lograron, expectativas, limitaciones, y futuras líneas de interés de trabajos en temas sobre oncología. Finalmente, se les enviará a cada participante vía mail una encuesta de satisfacción anónima y se les consultará qué temáticas consideran que podrían ser útiles para nuevos talleres.

Recursos necesarios

- **Materiales:** Espacio físico del Club, sillas, mesa para dibujar/escribir, útiles de trabajo (tijeras, papel, pinturas, pinceles, lapiceras, lápices, gomas, etc).
- **Humanos:** Pacientes y psicólogo a cargo del Taller. Personal administrativo del club que colabore en la organización

- Económicos: La actividad es gratuita pero posee límite de inscripción de acuerdo al espacio concedido por el Club.

Principales resultados esperados:

Se espera a partir de esta propuesta dar lugar a la palabra, aliviar, dignificar, aportar paz, valorar al paciente, escuchar. La palabra y la escucha por sí solas no logran cambios de posición subjetiva, pero no podemos prescindir de ellas si queremos lograrlo. Con la palabra, aunque no solamente. La enfermedad cáncer es silente y quien la porta hay algo que calla, que tiene alcance, que es insustituible y que hay que recuperar. Ayudando a mitigar el dolor en pacientes oncológicos, disminuyendo el impacto psicológico negativo de la enfermedad y los tratamientos agresivos.

La presencia del psicooncólogo es un factor revitalizante y clave. Necesitamos de este tipo de prácticas, de la acción que haga poner en palabras los sentimientos y emociones que no encuentran rumbo, este tipo de talleres buscan ese objetivo, bogar por la escucha activa, facilitar el viraje de la acción a la palabra. La enfermedad oncológica acerca al sujeto a su propia muerte, al mismo tiempo que le brinda una oportunidad para elaborar su historia. Ayudar al sujeto a liberarse, reintegrando a la propia historia esas escenas de las que por no tener nombre el sujeto ha quedado prisionero. Llegar a los vacíos de palabras, agujeros de tejido, amputaciones en muchos casos, descargas que no pudieron ser asimiladas ni representadas. Descubriendo el sentido, la verdad subjetiva. Desplazar la verdad que enferma para dar lugar a la verdad que cura. Guiar y acompañar al paciente a descubrir las situaciones críticas, vitales, disruptivas, que ocurrieron antes de la enfermedad. Brindando información que requiera el paciente, que quizá en espacios como son los talleres, desaparezcan los miedos a preguntar. La información no es una obligación, es un derecho y este conocimiento de la verdad, gradual y soportable le va a permitir al paciente tomar decisiones de todo tipo, religiosas, económicas, de relaciones humanas, así como decidir sobre sus tratamientos. Darle un nombre, ponerlo en palabras al dolor, cosificar, sacarlo de la imaginación, permite poder elaborarlo y esto es posible por medio del

Debriefing, por eso lo trabajamos el último encuentro, técnica que permite trabajar con algo que no se ve pero que daña, castiga y da mucho dolor. Dar palabras al dolor permite la representación de la enfermedad para que no duela tanto.

7. Referencias

- Alonso, J (2013). Cuidados paliativos: entre la humanización y la medicalización del final de la vida; *Asociación Brasileira de Saude Colectiva*; 18(9) 25412548,2013 <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000900008>
- Bellver Pérez A. (2015). Evaluación de las alteraciones psicológicas y de la calidad de vida en pacientes con cáncer colorrectal localizado. [Tesis Doctoral]. Universidad de Valencia. <https://core.ac.uk/download/pdf/84748214.pdf>
- Bodon, M.C. (2020). Intervenciones de primera respuesta en situaciones de emergencias y catástrofes: “primeros auxilios psicológicos / emocionales”. XII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVII Jornadas de Investigación. XVI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. II Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. II Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. <https://www.academica.org/000-007/8>
- Bueno Bejarano Vale de Medeiros, A.Y.; Ramos Pereira, E., Andrade Silva, R. M., y Nencetti Pereira Rocha, R.C. (2020). Psicoterapia Centrada en el Sentido: Una revisión acerca de estrategias psicoterapéuticas para el tratamiento del paciente con cáncer. *Psicooncología*, 17(2), 311-333.
- Cabrera Macías, Y., López González, E, López Cabrera, E., y Arredondo Aldama, B. (2017). La psicología y la oncología: en una unidad imprescindible. *Revista Finlay*, 7(2), 115-127.
- Cano, A. (2005). Control emocional, estilo represivo de afrontamiento y cáncer: ansiedad y cáncer. *Psicooncología*, 2(1), 71 - 80. <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0505120071A>
- Cely-Aranda, J., Duque Aristizabal, C. y Capafons, A. (2013). Psicooncología pediátrica. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 9(2), 289-304,

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-99982013000200005&lng=en&tlng=es.

Daniel, E. (2022). Counseling y Psicoterapia en cáncer. Seminario intensivo Internacional. Introducción a la Psicooncología Integral. Modelo Interdisciplinari, en *Quehacer del Psicooncólogo* Editorial Elsevier.

Datillio, F. y Freman, A. (2000). *Cognitive behavioral strategies in crisis intervention*. The Guilford Press.

Esteves Paranhos, M. Guevara Werlang, B. (2015), Psicología nas Emergências: Uma Nova Prática a Ser Discutida. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 35, (2), 2015, 557-571.

Ferreí, R., Peña, A., Gómez, N., y Pérez, K.. (2009). Esquemas maladaptativos tempranos en pacientes diagnosticados con cáncer atendidos en tres centros oncológicos de la ciudad de Santa Marta (Colombia): *Psicología desde el Caribe*, (24), 180-204. Retrieved August 31, 2022, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-417X2009000200009&lng=en&tlng=es.

Fortún, M.T., Encina, Y., Etxebarria, M.J., Escudero, J.M., Bardón, A.I., y Martínez, S. (2004). Enfoque global del enfermo oncológico en urgencias: Datos epidemiológicos. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 2709-16.

Galfaso, A. (2019) ¿Héroes o profesionales? Video You Tube. https://youtu.be/3_DbEWTCL8

Galfaso, A. (2020) N-Autocuidado-2020. BA Desde Adentro. You Tube. <https://youtu.be/hvLZD-vSV2I>

González Ling, A. y Galindo Vázquez, Ó. (2020). Terapia de la dignidad en pacientes con cáncer: una revisión sistematizada de la literatura. *Gaceta mexicana de oncología*, 19(3), 99-106. <https://doi.org/10.24875/j.gamo.20000020>

- Hauché, R. y Pedrón, V. T. (2020). Capacidad de resiliencia en pacientes oncológicos al principio y al final de la enfermedad. *XII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVII Jornadas de Investigación. XVI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. II Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. II Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires*. <https://www.academica.org/000-007/68.pdf>
- Hernández, G., Orellana, G., Kimelaman, M., Nuñez, C y Ibañez, C. (2005). Trastornos de ansiedad en pacientes hospitalizados en medicina interna. *Rev Médica de Chile*. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872005000800005>
- Hernández, M., y Cruzado, J. (2013). La atención psicológica a pacientes con cáncer: de la evaluación al tratamiento. *Clínica y Salud*, 24(1), 1-9
- Fundación Instituto Valenciano de Oncología (2022) ¿Qué es el cáncer? IVO.ES <https://www.ivo.es/el-cancer/que-es-el-cancer/>
- León, C., Jovell, E., Mirapeix, R., Arcusa, y Blasco, T. (2012). Factores predictores de solicitud de ayuda psicológica en los meses inmediatos al diagnóstico oncológico. *Psicooncología*, 9(2-3), 289-298.
- Llauradó Sanz, G. (2014). Cuidados paliativos, la perspectiva de la muerte como parte del proceso de vida. *Ene*, 8(1) [yhttps://dx.doi.org/10.4321/S1988-348X2014000100006](https://dx.doi.org/10.4321/S1988-348X2014000100006)
- Llull, D., Zanier, J. y García F. (2003). Afrontamiento y calidad de vida. Un estudio de pacientes con cáncer. *Psico-USF* 8 (2) <https://doi.org/10.1590/S1413-82712003000200009>
- Malca Scharf, B. (2009). Psicooncología: abordaje emocional en oncología. *Persona Y Bioética*, 9(2).

<https://personaybioetica.unisabana.edu.co/index.php/personaybioetica/article/view/918>

Maruso, S.M. (2017). *El Laboratorio del alma*. Editorial Planeta.

Matalobos, B, Montesinos, F, Yélamos, C, y Clavero, P. J. (2007). I Jornadas de Psicooncología Integradora: una nueva perspectiva. *Clínica y Salud*, 18(2) 247250 <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sciarttext&pid=S1130>

Ministerio de Salud de la Nación Argentina.
<https://www.argentina.gob.ar/salud/instituto-nacional-del-cancer/estadisticas/incidencia>

Ministerio de Salud y Protección Social, Pro familia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud, (2015). <https://3profamilia.org.co/docs/ENDS%20%20tomo%201.pdf>.

Moreno, F. y Farberman, D. (2022). *Manual de Psicooncología Pediátrica; Instituto Nacional del Cáncer*. <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2022-10/2022-10-psiconcologia-pediatrica.pdf#page=9>

Murillo, M., y Alarcón Prada, A. (2006). Tratamientos psicósomáticos en el paciente con cáncer. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 35 (1), 92-111. Retrieved http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502006000500007&lng=en&tlng=es.

Ortega, C y López, F. (2005). Intervención psicológica en cuidados paliativos: revisión y perspectivas. *Clínica y salud*.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180616104002>.

Osorio, A. (2017). Primeros Auxilios Psicológicos. Integración académica en psicología. <https://integracion-cademica.org/attachments/article/173/01%20Primeros%20Auxilios%20Psicologicos%20-%20AOsorio.pdf>

- Osorio Vigil, A. (2007) Primeros Auxilios Psicológicos, Desarrollo Humano Integral Ágape. Puebla, México. *Revista de la Asociación Latinoamericana para la Formación y Enseñanza de la Psicología*.
- Pérez Rondón, Y., Vázquez Llanos, A, Hernández Figaredo, P., & Díaz Campos, N. (2020). Fundamentos teóricos de la Estrategia de atención psicológica domiciliaria para la prevención y tratamiento del cáncer. *Humanidades Médicas*, 20(3), 567-581. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202020000300567&lng=es&tlng=es.
- Pinedo-Torres, I, Intimayta-Escalante, C, Jara-Cuadros, D, Yañez-Camacho, W, Zegarra-Lizana, P, y Saire-Huamán, R. (2021). Asociación entre la necesidad de cuidados paliativos y enfermedades crónicas en pacientes atendidos en un hospital peruano. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 38(4), 569-576. <https://dx.doi.org/10.17843/rpmpesp.2021.384.9288>
- Plumed Moreno C. (2013). Humanización del proceso de morir. Los Cuidados Paliativos en la orden hospitalaria de San Juan de Dios en España. *IntraMed* <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=68544&pagina=2>
- Reyes, C. E., Saldarriaga, M. y Davalos, D. M. (2015). El cáncer de colon y recto en cuidados paliativos: una mirada desde los significados del paciente. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 33(3), 439-454. dx.doi.org/10.12804/apl33.03.2015.06.
- Signorelli, S. (2022). Escenarios posibles para intervenciones desde la fenomenología existencial. Centro de Actividades Psicológicas Asistenciales Comunitarias – Fundacion CAPAC. *Aoristo - International Journal of Phenomenology, Hermeneutics and Metaphysics*, 5, (2) 43–56, <https://e-revista.unioeste.br/index.php/aoristo/article/view/29822>. Acesso em: 8 dez. 2022.

- Slaikau, K. (2000). *Intervención en crisis: Manual para práctica e investigación*. Manual Moderno.
- Sobral Fraga de Medeiros, M. y Souza da Silva, R. (2021). Abordaje del paciente en emergencia en la perspectiva de los cuidados paliativos. *Index de Enfermería*, 30(4), 297-301. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962021000300005&lng=es&tlng=es.
- Torres, S.; Acevedo, J.; Aguirre, B; Aliaga, N., Cereceda, L.; Dagnino, B.; Gutiérrez, J. Ibarra, A. Paredes H, Reyes J., Robert, V., Sola, A. y Schwartz R. (2013). Estado del arte el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama, *Revista Médica Clínica Las Condes*, 24 (4), 588-609, [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(13\)70199-8](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(13)70199-8).(<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864013701998>)
- Troncoso G., Rydall, A. y Rodin, G. (2019). Psicooncología en cáncer avanzado. Terapia CALM, una intervención canadiense. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 57(3), 238-246.
- UNICEF (2022). *Duelo Manual de Capacitación para Acompañamiento y Abordaje de Duelo*. FUNDACIÓN SILENCIO – UNICEF <https://www.unicef.org/elsalvador/media/3191/file/Manual%20sobre%20Duelo.pdf>
- Vázquez-Llanos, A., Díaz-Campos, N., y Pérez-Rondón, Y. (2019). Diagnóstico psicosocial para la prevención del cáncer en la atención primaria de salud. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 23(5), 592-603. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552019000500592&lng=es&tlng=es.
- Vidal, M. y Benito, M.D.C. (2022). La Psicooncología como Psicología/Psiquiatría de Enlace en *Manual de Psicooncología Pediátrica*. Instituto Nacional del Cáncer <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2022-10/2022-10-psiconcologia-pediatica.pdf#page=9>