



Nombre de alumno: Kevin David Vazquez Silva.

Nombre del profesor: María del Carmen Cordero Gordillo.

Materia: Taller de elaboración de tesis.

Tema: La contención emocional de los familiares de pacientes con cáncer.

Carrera: Psicología

PASIÓN POR EDUCAR

Grado: 9

Turno: Domingo

Comitán de Domínguez Chiapas a 14 de Mayo de 2020

DEDICATORIA

Esta tesis está dedicada la memoria de mi hermana Mercedes Vazquez Silva, quién me animó en este campo de estudio y, durante varios años me apoyó de todas las maneras posibles. La fuerza y la fe de Merce durante el último año de su vida me dieron una nueva apreciación del significado y la importancia de la amistad. Vivió su vida, actuando concienzudamente sobre sus creencias, ayudando tanto a familiares como a extraños necesitados. Se enfrentó valientemente a su muerte prematura. Su ejemplo me mantuvo soñando cuando quise rendirme.

Agradecimientos

Madre, Hermanos y personas especiales en mi vida, no son nada más y nada menos que un solo conjunto; Seres queridos que suponen benefactores de importancia inimaginable en mis circunstancias de humano. No podría sentirme más ameno con la confianza puesta sobre mi persona, especialmente cuando he contado con su mejor apoyo y amor incondicional, desde que siquiera tengo memoria.

Este nuevo logro es en gran parte gracias a ustedes; he logrado concluir con éxito un proyecto que en un principio podría parecer tarea titánica e interminable.

En segunda instancia agradezco a mis formadores, personas de gran sabiduría quienes se han esforzado por ayudarme a llegar al punto en el que me encuentro. Sencillo no ha sido el proceso, pero gracias a las ganas de transmitirme sus conocimientos y dedicación que los ha regido, he logrado importantes objetivos como culminar cada una de las materias con éxito y obtener una afable titulación profesional.

INDICE

DEDICATORIA	3
INDICE	4
INTRODUCCIÓN	6
CAPITULO I. PROTOCOLO DE INVESTIGACION	9
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	9
1.2. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.....	11
1.3. OBJETIVOS	12
1.3.1. OBJETIVO GENERAL.....	12
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	12
1.4. JUSTIFICACION.....	13
1.5. HIPOTESIS.....	14
1.5.1. VARIABLES	14
1.6. METODOLOGIA (DISEÑO DE LA INVESTIGACION)	15
CAPITULO II. ORIGEN Y EVOLUCION DEL CANCER Y LA CONTENCIÓN EMOCIONAL	20
2.1. PATOLOGÍA DEL CÁNCER.	20
2.1.2. FASES Y ETAPAS	21
2.2. TRATAMIENTO	22
2.3. ETAPA TERMINAL.....	23
2.4. CUIDADOS PALIATIVOS DEL PACIENTE EN ETAPA TERMINAL.....	25
2.4.1 SERVICIOS DE CUIDADOS PALIATIVOS EN MEXICO	26
2.5. MUERTE	27
2.6. DUELO.....	29
2.6.1. ETAPAS Y FASES DEL DUELO.....	30
2.6.2. DUELO PATOLÓGICO.....	32
2.7 CONCEPTO DE FAMILIA	33
2.8 EMOCIONES BÁSICAS	34
2.8.1. PRIMERAS TEORÍAS DE LAS EMOCIONES	34
2.9 CONTENCIÓN EMOCIONAL	35
2.10. LA IMPORTANCIA DE LA VALIDACION EMOCIONAL	37
2.11. CLAVES PARA MEJORAR LA VALIDACIÓN EMOCIONAL	37

2.12. LA CONTENCIÓN EMOCIONAL DE LAS FAMILIAS ANTE LAS NECESIDADES EMOCIONALES DE PACIENTES CON CÁNCER.....	38
CAPITULO III TEORIAS Y AUTORES	41
3.1. EMOCIONES BASICAS O PRIMARIAS.	41
3.1.2. LAS SEIS EMOCIONES BÁSICAS POR PAUL EKMAN.	41
3.1.3. EMOCIONES EN LA ETAPA TERMINAL POR E. KÜBLER- ROSS.....	43
3.2. LA CONTENCIÓN EMOCIONAL.	45
3.2.1. ACCIONES PARA BRINDAR CONTENCIÓN EMOCIONAL.....	46
3.3. INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN CUIDADOS PALIATIVOS	52
3.4. DEFINICIÓN DE ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS EN RELACIÓN FAMILIA-PACIENTE.	53
3.4.1 ENFOQUE HUMANISTA POR ABRAM MASLOW.	53
3.4.2 CARL ROGERS Y EL ENFOQUE CENTRADO EN LA PERSONA.....	53
3.5. DEPRESIÓN Y DUELO ANTICIPATORIO EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO. .	53
3.6. DESPEDIDA DEL PACIENTE EN LA FASE FINAL DE LA VIDA POR DR. CARLOS CAMPS HERRERO.	53
3.7.1. DUELO PATOLÓGICO FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN.	53
3.7.2. MODELOS PSICOLÓGICOS DEL DUELO POR ALONSO, RAMOS, BARRETO & PÉREZ.	53
3.7.3. INTERVENCIÓN FAMILIAR EN DUELO	53
BIBLIOGRAFÍA:.....	57

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia.

El ser humano siempre está en una búsqueda constante de buena salud, el deseo por la supervivencia a llevado a tener modificaciones de ciertos hábitos individuales que han favorecido la supervivencia de la población.

La medicina y los avances científicos también tienen como objetivo que la tasa de mortalidad por enfermedades disminuya, generando una esperanza de una vida más duradera.

Sin embargo no podemos eliminar la presencia de las enfermedades en nuestra vida puesto que el cuerpo tiene una fecha de caducidad y es parte de un ciclo vital de cualquier ser humano a pesar de que todos los seres humanos anhelamos la inmunidad.

La mejora de las condiciones sanitarias y alimentarias de la población y los esfuerzos de supervivencia no han sido del todo suficientes para detener la aparición o el desarrollo de enfermedades, tal como lo es el caso del cáncer.

El cáncer es una enfermedad que se relaciona con el funcionamiento de las células del organismo, la composición de las células es compleja, cada célula crece y se divide de manera coordinada y ordenada, sin embargo puede que haya una alteración en el material genético provocando que el proceso normal de las células se altere y se des controle, adquiriendo la facultad de invadir tejidos y órganos de alrededor o trasladarse y proliferar en otras partes del organismo, cuando esto pasa hablamos de tumor maligno, que es a lo que llamamos cáncer.

Hablar de cáncer tiene una carga muy negativa en la sociedad ya automáticamente se relaciona con muerte, a pesar de que en la actualidad ya se cuenta con equipos y la medicina necesaria para combatir esta enfermedad no se ha logrado alcanzar que el 100% de los pacientes con cáncer puedan recuperarse y sanar de esta enfermedad.

El cáncer es una enfermedad que impacta no solo a las personas afectadas, sino también en el entorno familiar y social más cercano, cuando esta enfermedad llega a su desenlace y el paciente es valorado desahuciado comienza un proceso de transición de vida a muerte, es evidente que este proceso no será nada fácil para el paciente y los familiares, será una lucha física y psicológica desgastante, en este proceso de transición la familia juega un rol muy importante, ya que no solo serán los encargados del cuidado físico del paciente, sino que también serán los encargados de guiarlo a la culminación del ciclo de la vida.

Sin embargo es importante mencionar que los familiares estarán manifestando emociones como la negación, la ira, la depresión, la desesperanza, la ambivalencia afectiva, la pérdida, esto hará más difícil su labor, por eso es importante conocer estrategias terapéuticas que ayuden a tener una mejor contención emocional.

En la presente tesis me interesa dejar en claro que es la contención emocional, y qué papel juega en los familiares de pacientes con cáncer, se pretende estudiar las estrategias terapéuticas que se pueden implementar en la relación familia-paciente para acompañarlo en esta etapa terminal.

Este trabajo se estructura en 4 capítulos los cuales tratan de dar respuesta a las interrogantes y objetivos de la investigación, con la finalidad última de contribuir a la mejora de la calidad de vida de las personas afectadas y sus familiares.

El capítulo primero da cuenta de los objetivos generales y específicos de la investigación, así como las preguntas de investigación y las principales hipótesis a contrastar, justifica la necesidad de utilizar una metodología, también abarca el diseño de la investigación, los métodos y las estrategias de recogida de la información y el enfoque.

El capítulo segundo está dedicado a la explicación patológica del cáncer, la intervención médica, el seguimiento, la etapa terminal y los cuidados paliativos de un paciente en etapa terminal, por otra parte también explicare el rol que juegan los familiares del paciente y por ultimo definiré y explicare conceptos tales

como; muerte, duelo, contención, familia, emociones básicas y emociones reprimidas.

El capítulo tercero aborda diversos autores que han aportado en el tema de la contención emocional y han desarrollado un estudio profundo sobre las emociones, además se desarrollan diversas teorías de estrategias terapéuticas en la relación familia-paciente desde un enfoque humanista, por último se explica el proceso de duelo en el paciente y los familiares.

En el capítulo cuarto se analiza los datos obtenidos durante el proceso de investigación y se describen los resultados en tenor de la información recogida, por último se explican las conclusiones de la investigación.

CAPITULO I. PROTOCOLO DE INVESTIGACION

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En términos generales, a nivel mundial, el cáncer es una enfermedad que va en aumento y es considerada como una de las principales causas de muerte. Tan solo en el 2012, se registraron 14 millones de casos nuevos y 8.2 millones de personas fallecidas, según los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su Informe mundial sobre el cáncer 2014.

La magnitud de los efectos del cáncer en la salud del país nos es muy diferente al resto del panorama mundial, pues es la tercera causa de muerte, después de las enfermedades cardiovasculares y la diabetes. Además, de acuerdo con los cálculos de organismos internacionales; los cánceres que causan un mayor número anual de muertes son; cáncer de pulmón, hígado, estómago, colon y mama.

Ahora bien, en este primer momento es importante brindar un panorama general sobre la enfermedad del cáncer; El organismo está constituido por una gran cantidad de células y cada una de estas son la unidad anatómica fundamental funcional de todo ser vivo, cada célula crece y se divide de manera coordinada y ordenada, sin embargo puede que haya una alteración y el proceso se descontrola, provocando cambios irreversibles que afectan al crecimiento y la división normal de las células, como consecuencia afectando el funcionamiento del ser humano, a esta alteración desmedida de células se reconoce como células cancerosas, cuando las células además de crecer sin control sufren nuevas alteraciones, adquieren la facultad de invadir tejidos y órganos de alrededor, trasladarse y proliferar en otras partes del organismo.

A medida que el cáncer crece, comienza a ejercer mayor presión en los órganos cercanos, vasos sanguíneos y los nervios, dependiendo de la zona afectada se podrá definir qué tan perceptible serán los síntomas, cuando hablamos de un tumor en la cavidad cerebral será un área crítica, por lo tanto los signos y

síntomas se hacen más presentes, de lo contrario si el cáncer crece lejos de órganos y tejidos como lo es el cáncer de páncreas usualmente no se manifestara o causara ningún síntoma sino hasta que haya crecido lo suficiente como para presionar los nervios u órganos cercanos.

Actualmente los avances de la medicina han desarrollado diferentes tratamientos para combatir esta enfermedad, cuando se detecta en las primeras etapas de desarrollo del cáncer y se recibe una atención médica oportuna el paciente puede vencer la enfermedad, por otro lado cuando es detectado en las últimas etapas o tratamiento no es favorable el paciente es determinado desahuciado.

Llegar esta etapa del ciclo de la vida sin duda alguna es un paso difícil, los sentimientos de ira, enojo, miedo, desesperanza, cólera, son inevitables en el paciente y en el núcleo familiar, sin embargo la familia recae un peso muy importante pues serán los encargados de los cuidados paliativos del paciente así como también serán los encargados de brindarle contención emocional y guiarlo hacia la etapa final de la vida.

La tarea se vuelve complicada cuando las emociones que presentan los familiares no se pueden controlar y son externadas de una manera incorrecta, poco favorable para el paciente.

La presente investigación tendrá como premisa principal conocer estrategias terapéuticas que se puedan implementar en la relación familia-paciente para guiar de la mejor manera al ser querido en esta etapa final del ciclo de la vida, así mismo conocer estrategias para aceptar la muerte y sobrellevar el duelo.

1.2. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

- 1.- ¿Qué es la contención emocional?
- 2.- ¿Qué papel juega la contención emocional de los familiares del paciente?
- 3.- ¿Qué emociones experimentan los familiares del paciente?
- 4.- ¿Cómo acompañar al paciente en la etapa terminal?
- 5.- ¿Qué estrategias terapéuticas implementar en la relación familia-paciente?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Explicar estrategias terapéuticas en la relación familia-paciente

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Definir la contención emocional

Identificar las emociones que experimentan los familiares del paciente

Identificar el papel que juega la contención emocional de los familiares en el paciente

Indicar el acompañamiento del paciente en la etapa terminal

1.4. JUSTIFICACION

El cáncer a pesar de ser una enfermedad que afecta a millones de personas alrededor del mundo en pleno siglo XXI, no se ha logrado el 100% de diagnósticos favorables, existen muchas personas que no han podido vencer la enfermedad, en ese momento inicia un estrecho camino hacia la muerte, para muchos de los enfermos terminales es un paso que no están dispuestos a dar, el dolor físico y emocional sin duda alguna se puede decir que es desgarrador, el papel que juega la familia en este proceso es muy importante ya que será el sustento y la fortaleza del paciente, además de asegurarse que estos últimos días sean plenos para el enfermo terminal.

La presente investigación surge a raíz de una problemática personal, mi hermana de 34 años fue diagnosticada con cáncer en el páncreas y a pesar de todo el tratamiento médico, la medicina no fue favorable y por lo tanto el diagnóstico tampoco, como familia es desgarrador ver a un ser querido morir lentamente y tener la impotencia de no saber qué hacer ante tal situación, así como el dolor que enfrento mi familia hay muchas que están pasando por la misma situación.

En el pleno siglo XXI muy pocos autores han aportado en este campo de estudio, es por eso que pretendo proporcionar información a familias que atraviesan esta problemática o profesionales en el área de la psicología como a; terapeutas, clínicos y antropólogos así como también personas interesadas en el tema.

Pretendo además proporcionar al lector la información necesaria y detallada sobre las emociones que presentan los familiares y el paciente en la etapa terminal, informar sobre el acompañamiento adecuado del paciente desde un enfoque psicológico, definir y explicar conceptos como; muerte, duelo, emociones reprimidas, contención emocional y por último explicar estrategias terapéuticas en la relación familia-paciente, para que el proceso sea llevado de la mejor manera.

1.5. HIPOTESIS

Es necesario un acompañamiento especializado para implementar estrategias terapéuticas en familiares de pacientes con cáncer

1.5.1. VARIABLES

Variable Independiente: Acompañamiento Especializado.

Variable dependiente: Estrategias terapéuticas de familiares de paciente con cáncer.

1.6. METODOLOGIA (DISEÑO DE LA INVESTIGACION)

En primer lugar, el método científico consiste en un procedimiento para descubrir las condiciones en que se presentan sucesos específicos, caracterizado generalmente por ser tentativo, verificable, de razonamiento riguroso y observación empírica.

Bunge presenta el siguiente planteamiento: "El método científico es un rasgo característico de la ciencia, tanto de la pura como de la aplicada. El método científico es falible: puede perfeccionarse mediante la estimación de los resultados a los que llega por medio del análisis directo."

Pardinas nos dice: "Método de trabajo científico es la sucesión de pasos que debemos dar para descubrir nuevos conocimientos o, en otras palabras, para comprobar o disprobar hipótesis que implican o predicen conductas de fenómenos, desconocidos hasta el momento".

En segundo lugar, La investigación documental es la parte esencial de un proceso de investigación científica, que constituye una estrategia donde se observa y reflexiona sistemáticamente sobre realidades (teóricas o no) usando para ello diferentes tipos de documentos. Indaga, interpreta, presenta datos e informaciones sobre un tema determinado de cualquier ciencia, utilizando para ello, una metódica de análisis; teniendo como finalidad obtener resultados que pudiesen ser base para el desarrollo de la creación científica.

El desarrollo de un proceso de investigación documental completo da como producto diferentes tipos de trabajos documentales entre los que se encuentran compilaciones, ensayos, críticas valorativas, estudios comparativos, memorias, monografías entre otros, con el propósito de diferenciarlos se procederá a dar una breve explicación de cada uno de ellos.

a) **Compilación:** Es un estudio que integra y relaciona materiales dispersos elaborados por diversos autores, sobre una temática determinada, obteniendo como producto una investigación general del tema en cuestión.

b) Ensayos: Son estudios de tipo argumentativo en los que se presentan opiniones, teorías, hipótesis, etc., mediante una actividad analítica y crítica. El ensayo que se enfoca a cuestiones científicas requiere de un proceso que expresa conclusiones que son determinadas por las pruebas, es decir, las pruebas son condiciones necesarias para llegar a concluir algo.

c) Crítica Valorativa: tiene como característica esencial el señalar cualidades y defectos de obras de tipo artístico, científico o filosófico.

d) Estudios Comparativos: Este tipo de estudio se utiliza para evaluar las semejanzas y diferencias de corrientes del pensamiento, autores y teorías.

e) Memorias: Son documentos que presentan una síntesis de las actividades efectuadas en un periodo específico (Baena, 1991). También se les define como la presentación de información acerca de una serie de actividades. Su principal característica "...es que puede eludir la conclusión," (Mendieta, 1982)

f) Monografía: Es el estudio exhaustivo de un tema específico.

Características:

a) Se caracteriza por la utilización de documentos: recolecta, selecciona, analiza y presenta resultados coherentes.

b) Utiliza los procedimientos lógicos y mentales de toda investigación; análisis, síntesis, deducción, inducción, etc.

c) Realiza un proceso de abstracción científica, generalizando sobre la base de lo fundamental.

d) Realiza una recopilación adecuada de datos que permiten redescubrir hechos, sugerir problemas, orientar hacia otras fuentes de investigación, orientar formas para elaborar instrumentos de investigación, elaborar hipótesis, etc.

e) Puede considerarse como parte fundamental de un proceso de investigación científica, mucho más amplio y acabado.

f) Es una investigación que se realiza en forma ordenada y con objetivos precisos, con la finalidad de ser base a la construcción de conocimientos.

g) Se basa en la utilización de diferentes técnicas de: localización y fijación de datos, análisis de documentos y de contenidos.

En tercer lugar, enfoque cualitativo Tiene como objetivo la descripción de las cualidades de un fenómeno. Busca un concepto que pueda abarcar una parte de la realidad. No se trata de probar o de medir en qué grado una cierta cualidad se encuentra en un cierto acontecimiento dado, sino de descubrir tantas cualidades como sea posible.

En cuarto lugar, método inductivo esta metodología se asocia originariamente a los trabajos de Francis Bacon a comienzos del siglo XVII. En términos muy generales, consiste en establecer enunciados universales ciertos a partir de la experiencia, esto es, ascender lógicamente a través del conocimiento científico, desde la observación de los fenómenos o hechos de la realidad a la ley universal que los contiene.

Características:

El pensamiento va de lo particular a lo general. Crea leyes a partir de la observación de los hechos, mediante la generalización del comportamiento observado; en realidad, lo que realiza es una especie de generalización, sin que por medio de la lógica pueda conseguir una demostración de las citadas leyes o conjunto de conclusiones. Necesita una condición adicional, su aplicación se considera válida mientras no se encuentre ningún caso que no cumpla el modelo propuesto.

En quinto lugar, las técnicas de investigación es la recopilación de antecedentes a través de documentos gráficos formales e informales, cualquiera que éstos sean, donde el investigador fundamenta y complementa su investigación con lo aportado por diferentes autores. Los materiales de consulta suelen ser las fuentes bibliográficas, iconográficas, fonográficas y algunos medios magnéticos.

En sexto lugar, la corriente humanista enfatiza la importancia de la tendencia hacia la autorrealización en la formación del autoconcepto. Según Rogers el potencial del individuo humano es único, y se desarrolla de forma única dependiendo de la personalidad de cada uno.

De acuerdo a Carl Rogers (1959), las personas quieren sentir, experimentar y comportarse de formas que son consistentes con la autoimagen. Cuanto más cercana está la autoimagen y el yo ideal, más consistentes y congruentes son las personas y más valor creen que tienen.

Junto a Abraham Maslow, Rogers se centró en el potencial de crecimiento de individuos sanos y contribuyó enormemente a través de la Teoría de humanista la personalidad a la comprensión del self (el "sí mismo" o el "Yo", en español).

Tanto las teorías de Rogers como las de Maslow se centran en las elecciones individuales, y ninguna de las dos sostiene que la biología es determinista. Ambos enfatizaron el libre albedrío y la auto-determinación que tiene cada individuo para convertirse en la mejor persona que puedan llegar a ser.

La psicología humanista enfatizaba el rol activo del individuo en dar forma a su mundo interno y externo. Rogers avanzó en este campo subrayando que los humanos son seres activos y creativos, que viven en el presente y responden de forma subjetiva a las percepciones, relaciones y encuentros que se estén dando actualmente.

Acuñó el término "tendencia a la actualización", que se refiere al instinto básico que tienen las personas a llegar a su capacidad máxima. A través del asesoramiento o terapia centrada en la persona y de investigaciones científicas, Rogers formó su teoría del desarrollo de la personalidad.

El Hombre es por naturaleza bueno, además cada hombre, posee una naturaleza específica que le permite elegir mientras adquiere conciencia sobre la bifurcación entre lo "bueno y lo malo"; además de la naturaleza como raza o sea como a otros hombres, posee una naturaleza individual, que es única e irrepetible.

Por ser cada hombre distinto a los demás, como tal debe ser tratado y estudiado de forma particular. Se debe evitar, el uso de esquemas o conceptos preestablecidos, a través de los cuales se puede explicar o interpretar la conducta coincidente de un colectivo, pero en modo alguno, la del individuo como ser diferente que recibe y asimila cada experiencia de una manera típica y personal, porque aunque exista una naturaleza racial como seres humanos, uno es autónomo y aprende según sus patrones.

Hay dos aspectos importantes que se transmitieron a través de la filosofía existencial y que retoma la psicología humanista: La aceptación de la parte dolorosa de la existencia (la pelea con el dolor conlleva a la angustia, con lo que se produce una reafirmación de que el dolor es malo). Las estructuras sociales son generadoras de enfermedad (la primera de estas estructuras es la familia). Uno de los exponentes de esta escuela el señor Rogers, se centra en el drama de la díada terapéutica (psicólogo-paciente) y parte de la idea de que el individuo tiene dentro de sí mismo recursos suficientes que pueden ser movilizados, con tal que el psicólogo consiga crear un clima adecuado.

Para Maslow la persona progresa al ir superando una serie de necesidades ordenadas jerárquicamente de mayor a menor importancia biológica y de menor a mayor importancia psicológica (la pirámide de Maslow). El hombre se realiza cuando sus necesidades prioritarias llegan a ser las de autorrealización (como son la contemplación de la belleza, la búsqueda de la verdad y el encuentro religioso).

Ubicación; esta investigación será realizada por medio del análisis de caso, en familia que ha tenido una pérdida o tengan pacientes con Cáncer en etapa terminal, en una etapa de 6 meses.

CAPITULO II. ORIGEN Y EVOLUCION DEL CANCER Y LA CONTENCION EMOCIONAL

2.1. PATOLOGÍA DEL CÁNCER.

El organismo está constituido por un gran número de células y que cada una de éstas son la unidad anatómica fundamental funcional de todos los seres vivos, las células de nuestro organismo son entidades dinámicas con una multitud de reacciones químicas en su interior, a las que en conjunto se denomina metabolismo celular, lo que les permite mantener y perpetuar su composición frente a los cambios ambientales y además reproducirse.

Cada célula crece y se divide de manera coordinada y ordenada, sin embargo, algunas veces este proceso se descontrola, el material genético contenido en el ADN de una célula se daña o se altera provocando cambios irreversibles que afectan el crecimiento y la división normal de las células.

Cuando esto ocurre, las células no mueren cuando deberían morir y células nuevas se forman cuando el cuerpo no las necesita; estas “nuevas” células pueden o no parecerse a la célula de la que derivan, las células que se forman y multiplican de manera acelerada y sin patrón estructural, generan una masa de tejido, que es lo que se llama tumor.

La mayoría de los cánceres forman una masa referida como tumor o crecimiento, sin embargo, no todas las masas (tumores) son cancerosas, las masas que no son cancerosas se denominan tumores benignos, y las cancerosas se denominan tumores malignos.

La diferenciación entre cánceres benignos y malignos se basa en criterios histológicos y biológicos, no obstante es importante mencionar no es una conclusión final, también hay que tomar en cuenta la capacidad de invasión de los tejidos circundantes al tumor y la posibilidad de producción de metástasis.

2.1.2. FASES Y ETAPAS

Las fases del cáncer van desde que se producen las primeras mutaciones de las células hasta que la enfermedad llega a su etapa final. Esto se conoce como historia natural.

La duración de este proceso en adultos depende del tipo de cáncer y oscila entre meses y décadas, en el caso de los niños, todo este proceso se produce con mucha mayor rapidez, pudiendo incluso durar sólo unos meses, esto es debido a que las células que constituyen los tumores en la infancia son células más inmaduras, que se dividen y multiplican con mayor rapidez.

Etapa 0: Lo primero que ocurre son los cambios celulares que dotan a las células de las características de malignidad, es decir, de multiplicación descontrolada y capacidad de invasión, es la etapa más larga de la enfermedad y se denomina fase de inducción, en ningún caso es diagnosticable ni produce sintomatología.

Etapa IA: La segunda etapa se denomina fase “in situ”, se caracteriza por la existencia de la lesión cancerosa microscópica localizada en el tejido donde se ha originado, en ella, tampoco aparecen síntomas o molestias en el paciente.

Etapa IIA: Posteriormente, la lesión comienza a extenderse fuera de su localización de origen e invade tejidos u órganos vecinos, esta es la fase de invasión local. La aparición de síntomas de la enfermedad depende del tipo de cáncer, de su crecimiento y de su localización.

Metástasis: Por último, la enfermedad se esparce fuera de su lugar de origen, apareciendo lesiones tumorales a distancia denominadas metástasis, se le denomina etapa de invasión a distancia, la sintomatología que presenta el paciente suele ser compleja, depende del tipo de tumor, de la localización y extensión de las metástasis.

Etapa IV; Fase Terminal: Esta fase se caracteriza por la existencia de enfermedad oncológica avanzada, progresiva e irreversible (incurable), también se conoce cómo cáncer terminal, no responde a los tratamientos empleados

habitualmente, se acompaña de múltiples síntomas que provocan gran malestar en el enfermo disminuyendo su calidad de vida y la de la familia.

2.2. TRATAMIENTO

El cáncer debe ser tratado por un equipo de profesionales médicos y dirigido por un médico especialista en oncología que además será el encargado de diseñar la estrategia de ataque contra el cáncer, tomando en cuenta los de diversos factores, como el tipo y estadio del cáncer y la salud general del paciente, el tratamiento oncológico incluyen los siguientes;

Cirugía: Consiste en extirpar el cáncer por completo o en la mayor medida posible, la cirugía no es útil para todos los tipos de cáncer. Por ejemplo, los tipos de cáncer de la sangre son mejor tratados con medicamentos.

Quimioterapia: Es el uso de medicamentos para matar las células cancerosas o para reducir su crecimiento, algunos tipos de quimioterapia se pueden administrar por vía intravenosa y otros consisten en píldoras de administración oral.

Radioterapia: Utiliza rayos de energía de alta potencia, como los rayos X, para destruir las células cancerosas, la radioterapia puede provenir de una máquina que se encuentra afuera del cuerpo (radioterapia con haz externo) o se puede colocar dentro del cuerpo (braquiterapia).

Trasplante de médula ósea: También se conoce como trasplante de células madre, la médula ósea es el material dentro de los huesos que genera glóbulos, un trasplante de médula ósea puede usar las propias células o células de un donante.

Un trasplante de médula ósea permite al médico utilizar dosis más altas de quimioterapia para tratar el cáncer, también se puede utilizar para reemplazar la médula ósea enferma.

Inmunoterapia: También conocida como terapia biológica, usa el sistema inmunitario del organismo para combatir el cáncer, el cáncer puede sobrevivir sin ser detectado en el cuerpo debido a que el sistema inmunitario no lo reconoce como un intruso, la inmunoterapia puede ayudar al sistema inmunitario a detectar el cáncer y atacarlo.

Tratamiento hormonal: Consiste en eliminar hormonas del cuerpo o anular sus efectos para detener el crecimiento de las células cancerosas.

Tratamiento farmacológico dirigido: Se enfocan en las anomalías específicas presentes en las células cancerosas que les permiten sobrevivir.

2.3. ETAPA TERMINAL

Una enfermedad en fase terminal es aquella que se encuentra en una etapa avanzada y ya no responde a los tratamientos, esperándose la muerte en un corto espacio de tiempo, esta etapa corresponde al último apartado del ciclo de la vida, en esta etapa el enfermo experimenta diversos cambios físicos y emocionales, es importante mencionar que cada persona vive esta etapa de diferente manera, sin embargo hay síntomas y emociones que son compartidas, tales como;

Cansancio: es la sensación de estar agotado y no poder hacer las cosas a su ritmo habitual. Este agotamiento puede afectar física, mental y emocionalmente. El cansancio relacionado con el cáncer a menudo se define como una sensación de agotamiento extremo que no se alivia con el descanso.

Dolor: Las personas con cáncer a menudo sienten dolor y con frecuencia temen que este empeore. El dolor relacionado con el cáncer se considera dolor crónico porque por lo general dura más que el dolor causado por otros problemas.

El tener dolor puede hacer sentirse irritable, dormir mal, reducir su apetito y perder su concentración, entre otros. Si bien el dolor no siempre puede aliviarse por completo, el dolor se puede controlar y sobrellevar. El dolor no tiene que

formar parte del proceso de morir. Si siente dolor, es muy importante mantener un registro de este, reportarlo, y pedir ayuda para controlarlo.

Cambios En El Apetito: A medida que transcurre el tiempo, el cuerpo pareciera que se desacelera, el cuerpo está experimentando cambios que tienen un efecto directo en su apetito. Los cambios en el gusto y el olfato, sequedad de la boca, cambios en el estómago y los intestinos, falta de aliento, náuseas, vómitos, diarrea y estreñimiento son solo algunas de las cosas que dificultan la capacidad de comer. Los efectos secundarios de los medicamentos, el estrés y la angustia espiritual también son factores que pueden generar falta de apetito.

Delirium: El delirium terminal se presenta antes de la muerte en 50 a 90 % de los pacientes, la mayoría de los pacientes presentan delirium hipoactivo con disminución de la consciencia, en los moribundos, hay un fenómeno poco entendido que aparenta ser distinto del delirium, es la presencia de alucinaciones auditivas o visuales que incluyen seres queridos que ya han muerto.

Fatiga: Es uno de los síntomas más comunes de la etapa final de la vida y por lo general aumenta su prevalencia e intensidad según el paciente se acerca a los días finales de vida, podría estar relacionada con el letargo, la debilidad y los trastornos de sueño.

Disnea: Describe una respiración dificultosa o jadeante, es uno de los síntomas que mayor aflicción causa entre los pacientes y con frecuencia aumenta en la medida en que se acercan las últimas semanas y días de vida.

Tos: Es un síntoma relativamente común en los pacientes de cáncer avanzado cercanos a la etapa final de la vida.

Disfagia: La disfagia funcional y la estructural se presentan en una proporción grande de pacientes de cáncer en los últimos días de vida, por lo general, los pacientes presentan específicamente dificultad para deglutir tanto sólidos como líquidos, que a menudo se relaciona con anorexia y caquexia.

2.4. CUIDADOS PALIATIVOS DEL PACIENTE EN ETAPA TERMINAL

Los cuidados paliativos son aquellos que intentan mejorar la calidad de vida de los pacientes afectados de una enfermedad en fase terminal, son un planteamiento de los cuidados que responde a la persona en su totalidad, no solo a su enfermedad.

La OMS los define como “el cuidado activo y total de los enfermos que no tienen respuesta al tratamiento curativo, con el objetivo de conseguir la mejor calidad de vida posible controlando los síntomas físicos, psíquicos, las necesidades espirituales y sociales de los pacientes”.

Cuando se administra un tratamiento paliativo en la etapa final de la vida, se debe asegurar que se respeten los deseos del paciente acerca de los tratamientos que desea recibir.

El objetivo de los cuidados paliativos es evitar o tratar, lo más pronto posible, los síntomas y los efectos secundarios de una enfermedad y de su tratamiento, y los problemas psicológicos, sociales y espirituales correspondientes.

Los pacientes pueden recibir cuidados paliativos en el hospital, en una clínica ambulatoria, en un establecimiento de cuidados a largo plazo o en casa bajo la dirección de un médico.

Los cuidados paliativos los proporcionan generalmente especialistas en cuidados paliativos, practicantes de cuidados médicos que han recibido capacitación especial o un certificado en cuidados paliativos, ellos proveen cuidados integrales al paciente y a la familia o a quien se encarga del enfermo.

Los efectos físicos, emocionales del cáncer y su tratamiento pueden ser muy diferentes de una persona a otra, un especialista en cuidados paliativos tendrá en cuenta los asuntos siguientes para cada paciente:

Físicos: Los síntomas físicos comunes incluyen el dolor, el cansancio, falta de apetito, náuseas, vómitos, falta de respiración e insomnio.

Emocionales y de superación: Los especialistas en cuidados paliativos pueden proveer recursos para ayudar a los pacientes y a las familias a manejar las emociones que se presentan con un diagnóstico y tratamiento de cáncer, la depresión, la ansiedad y el temor son solo algunas de las preocupaciones que pueden tratarse por medio de cuidados paliativos.

Espirituales: Con un diagnóstico de cáncer, los pacientes y las familias buscan con frecuencia más profundamente un significado a sus vidas, algunas personas se dan cuenta de que la enfermedad les acerca más a sus creencias espirituales o de fe, mientras que otras batallan en entender por qué ocurre el cáncer a ellas. Un experto en cuidados paliativos puede ayudar a la gente a explorar sus creencias y valores para que puedan encontrar un sentido de paz o lleguen al punto de aceptación que sea apropiado para su situación.

2.4.1 SERVICIOS DE CUIDADOS PALIATIVOS EN MEXICO

En México, el acceso a los servicios de cuidados paliativos y de medicamentos esenciales para el tratamiento del dolor en la etapa terminal del paciente es muy limitado, Human Rights Watch en su informe “cuidar cuando no es posible curar” en el 2014, nos muestra un panorama general sobre las carencias en cuidados paliativos en los hospitales del sector público del país, así como las carencias en el ámbito educativo.

México está constituido por 32 estados de los cuales actualmente en 7 estados del país, los hospitales públicos no tienen ningún tipo de servicio de cuidados paliativos y en otros 17 estados solo disponen de un servicio de cuidados paliativos en el hospital de la capital.

La mayoría del personal sanitario no ha recibido capacitación en la disciplina y pocos médicos tienen licencia para prescribir analgésicos fuertes, esenciales en los cuidados paliativos.

El hecho de que en algunos lugares haya disponibilidad de cuidados paliativos se debe, a menudo, más bien a los esfuerzos de los propios médicos o defensores de la causa que a la existencia de una política deliberada del gobierno, el sistema de salud o las compañías de seguros.

Hablando en términos de formación también se carece de preparación, sólo seis de las 102 facultades de medicina en México ofertan cursos sobre cuidados paliativos para estudiantes de medicina de pregrado y estos cursos son obligatorios en sólo dos de ellas. Como consecuencia, muchos médicos y otros trabajadores de la salud carecen incluso de la preparación más básica en el cuidado de los pacientes que requieren atención paliativa.

Debido a la falta de este servicio en el sector público muchos pacientes que no tienen recursos económicos para pagar estos cuidados en sectores privados son cuidados desde casa por familiares y amigos que no tienen la capacitación necesaria para acompañarlos en esta etapa final.

2.5. MUERTE

La muerte es universal y nadie escapa de ella, sin embargo cada cultura la ha vivido y la ha asumido de diferentes formas, puede sobrevenir de manera repentina o gradual, es decir, su llegada puede preverse o ser en un momento determinado, “proceso que generalmente comienza con la disminución del aporte de oxígeno hacia el cerebro y que continúa con la muerte neuronal y posteriormente la muerte somática, es decir el cese total e irreversible de todos los órganos y sistemas del organismo, que son consecuencia de daño en la membrana celular y que facilitan la necrosis y la putrefacción”. Jaramillo-Magaña (1993)

El concepto de muerte, ha variado a lo largo de la historia, en la antigüedad se consideraba que la muerte, tenía lugar cuando el corazón dejaba de latir y el ser vivo ya no respiraba, con el avance de la ciencia, la muerte pasó a entenderse como un proceso que, a partir de un cierto momento, se vuelve irreversible, “la

muerte es concebida como el término y el límite de la vida, en donde el organismo es incapaz de sostener su homeostasis, sobreviniendo así el daño definitivo y el cese de todas las funciones vitales” (García-Rillo, García-Pérez y Duarte, 2012).

En el pensamiento médico del siglo XVIII, la muerte era a la vez el hecho absoluto y el más relativo de los fenómenos; era el término de la vida y, asimismo, el de la enfermedad si estaba en su naturaleza ser fatal a partir de ella el límite se alcanzaba, la verdad se cumplía y por ello mismo se tranqueaba: en la muerte, la enfermedad llegaba al fin de su carrera, callaba y se convertía en algo de memoria, este pensamiento se admite aún en nuestros días donde se considera que la muerte viene a ser el hecho que apacigua el sufrimiento que padecen las personas con enfermedades que causan dolores intensos e intolerables.

Pasaron miles de años para que surgiera una ideología acerca de la muerte biológica y social, se entiende por muerte biológica, el cese irreversible del metabolismo de todas las células del cuerpo; el principal criterio diagnóstico sería la putrefacción del cuerpo; se iguala la muerte del hombre con la muerte de las células del organismo, hecho para el que Morin refiere que tras los trabajos de Weissman y Metchnikoff y de las más recientes experiencias de Woodruff, Carrel, Metalnikov.

Ahora bien la muerte social, encierra otros elementos que tienen relación con el trabajo social realizado por el ser humano en el seno de la sociedad; cuando el ser social no es capaz de incorporarse a un proceso de producción de bienes o tareas fundamentales para la supervivencia del grupo, ese hombre está muerto socialmente aunque se encuentre vivo biológicamente. Por lo tanto, el significado social de la muerte se presenta en la propia vida, es cuando estando vivos no somos útiles ni a nuestro grupo social o familiar ni a la sociedad a la cual pertenecemos.

Desde una concepción religiosa sobre la muerte, se suele considerar a la muerte como la separación del cuerpo y el alma, por lo tanto, la muerte implicaría el final de la vida física pero no de la existencia, la creencia en la reencarnación también

es bastante común, “En el pensamiento tradicional, la muerte es la separación del cuerpo y el alma”. Real Academia de la lengua española 2019.

Como vimos la muerte posee numerosos significados, y esto depende de la cultura y las creencias que tengan los familiares, sin embargo podemos decir que es un proceso fundamental en el ciclo de la vida de cada individuo y tiene un lugar biológico, social y religioso, y que con el paso del tiempo se han venido modificando los conceptos, pero todos llegan al punto del término o culminación de una vida.

2.6. DUELO

La palabra “duelo” proviene del término latino “dolus” que significa dolor, el duelo no es un trastorno mental, es un proceso doloroso e inesperado en respuesta a la muerte de un ser querido o de una pérdida significativa, es el proceso de adaptación emocional que sigue a cualquier pérdida, también tiene una dimensión física, cognitiva, filosófica y de la conducta que es vital en el comportamiento humano y que ha sido muy estudiado a lo largo de la historia.

Desde Freud en 1917, han sido muchos los autores clásicos que han ofrecido interpretaciones que han ayudado en el conocimiento de la reacción del duelo y las sensaciones que lo acompañan. Freud definió el término duelo como afecto anormal de los seres humanos provocado como “reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc”.

Podemos decir que el duelo es un proceso complejo que afecta profundamente el bienestar, la salud y la vida del pariente en todos los niveles físico, psicológico y social, modifica su identidad, su visión de sí mismo, del mundo, de sus relaciones, personales, sociales y laborales, implica el esfuerzo de aceptar que ha habido un cambio, que su vida ha sido sacudida, que ya no es la misma y que por ende se ve obligado a adaptarse y enfrentar una realidad indeseada, que preferiría olvidar, negar. “La pérdida es una de las experiencias más dolorosas

que un ser humano puede sufrir. Y no sólo es dolorosa de experimentar pero también es doloroso ser testigo de ésta, especialmente porque nos sentimos impotentes para ayudar. Al pariente nada excepto el retorno de la persona perdida puede traerle verdadero consuelo, por ende lo que le proveemos es sentido como un insulto” (Bowlby, 1980).

En un intento por comprender mejor este proceso y facilitar la comunicación entre los profesionales y con la sociedad en general, los expertos han ido desarrollando diversos modelos explicativos, que ofrecen un guion y sirven de linterna cuando el proceso se torna demasiado oscuro.

2.6.1. ETAPAS Y FASES DEL DUELO

Elisabeth Kubler- Ross fue una de las mayores expertas en esta materia, elaboró las cinco etapas del duelo, es importante mencionar que no se presentan en un orden predeterminado, sino que más bien se pasa de una a otra indistintamente hasta que se logre aceptar la muerte o la perdida, es un proceso que durará hasta que se llegue a comprender la perdida y se instaure el sentimiento de poder seguir adelante con la vida sin el ser ausente.

La negación: Rechazar la realidad de la situación y negarla es bastante frecuente en el momento en que la noticia de la pérdida impacta sobre nosotros. A pesar de lo corriente que es esta fase, es importante que la persona no perdure en ella durante mucho tiempo, pues si no será incapaz de iniciar su duelo. En este momento la persona no está preparada para soportar todo ese dolor y por ello debe negar cierta información hasta que poco a poco pueda ir canalizándola.

El sentimiento extraño de no poder volver a ver o a estar junto a su ser querido hace que se encuentre en un estado grande de desconcierto e incredulidad tal, que incluso pueda llegar a sentir que se trata de una pesadilla o que es algo temporal.

La ira: Esta etapa comienza cuando la negación hacia la pérdida del ser ya no es posible pues es evidente y una realidad, el sentimiento de rabia o ira puede ir dirigido hacia el ser que ha fallecido, familiar, amigo e incluso hacia uno mismo,

el dolor es tan grande que uno se plantea la injusticia de esa situación e incluso puede llegar a cuestionarse el porqué de la existencia, la religión, sus creencias, esta ira es necesaria que se manifieste porque ayudará al proceso de superación.

La negociación: Esta etapa se puede dar antes de la pérdida, pues la persona afectada busca todos los medios necesarios para que no se produzca, hacer un “trato” con algún poder superior para que la persona que se encuentra en fase crítica no fallezca a cambio de algún tipo de sus actos, conductas o estilo de vida, es uno de los mecanismos de defensa que se pueden activar, el deseo o la ilusión es volver al tipo de vida de antes, donde los pensamientos giran en torno a qué se podría haber hecho para que la situación que se está viviendo no se produjese, y por ende, evitar nuestro dolor.

La depresión: Es la etapa donde los sentimientos de tristeza, incertidumbre, vacío, dolor, impotencia, irritabilidad y miedo ante la situación venidera invaden a la persona pues está comenzando a aceptar la situación, además, quien la padece, cree que esto durará para siempre, y a pesar de que este hecho no es cierto, es imprescindible pasar por esta etapa.

La aceptación: El doliente comienza a aceptar esa pérdida, comprendiéndola y entendiéndola como parte de la vida. Reflexiones sobre el sentido de la vida y la aceptación de una vida sin la persona fallecida, permiten poco a poco comprender y activar nuevos mecanismos para encontrarse bien en el mundo sin esa persona.

El proceso de duelo debe vivirse dignamente, lo que implica enfrentar el dolor y el sufrimiento, permitiendo asimilar cada una de las emociones que van apareciendo durante el proceso de duelo, la muerte de un ser querido y su impacto, dependerá del grado de intimidad de la relación, pero también de la capacidad de desprendimiento.

Después de una pérdida, las cogniciones toman otro rumbo y el entorno de vida del adulto es apreciado de un modo distinto, ahora bien, el adulto puede no llegar a una resolución saludable si las tareas del duelo no se cumplen, afectando, así,

su personalidad y con ésta, la rutina diaria de actividades, pasando así a un duelo patológico.

2.6.2. DUELO PATOLÓGICO

Horowitz (1980) define el duelo complicado como aquel cuya intensificación llega al nivel en el que “la persona está desbordada, recurre a conductas desadaptativas, o permanece inacabablemente en este estado sin avanzar en el proceso de duelo hacia su resolución”.

Podemos definir el duelo complicado o patológico en cuatro apartados:

Duelo crónico: Aquel que tiene una duración excesiva, nunca llega a una conclusión satisfactoria, y la persona que lo sufre es muy consciente de que no consigue acabarlo.

Duelo retrasado: También llamado inhibido, suprimido o pospuesto, la persona tiene una reacción emocional insuficiente en el momento de la pérdida, que se puede deber a la falta de apoyo social, a la necesidad de ser fuerte por alguien más o por algo, o a sentirse abrumado por la cantidad de pérdidas, en un momento del futuro la persona puede experimentar los síntomas del duelo, a veces por una pérdida posterior; y los síntomas pueden ser desproporcionados con respecto a la pérdida.

Duelo exagerado: La persona experimenta la intensificación de un duelo normal, se siente desbordada y recurre a una conducta desadaptativa, la persona es consciente de que sus síntomas están relacionados con una pérdida, incluyen trastornos psiquiátricos mayores que surgen después de una pérdida, algunos ejemplos pueden ser la depresión clínica posterior a una pérdida, la ansiedad en forma de ataques de pánico o conductas fóbicas, el abuso de alcohol u otras sustancias y el trastorno de estrés postraumático.

Duelo enmascarado: La persona experimenta síntomas y conductas que les causan dificultades pero no se dan cuenta ni reconocen que están relacionados

con la pérdida, pueden aparecer como síntomas físicos (enfermedades psicosomáticas), o conductas desadaptativas (depresión, hiperactividad).

2.7 CONCEPTO DE FAMILIA

La familia es un grupo de personas unidas por el parentesco, es la organización más importante de las que puede pertenecer el hombre, esta unión se puede conformar por vínculos consanguíneos o por un vínculo constituido y reconocido legal y socialmente, como es el matrimonio o la adopción.

El diccionario etimológico afirma que la etimología de “Familia” surge de la palabra famas, cuyo significado es “hambre”; y por otro lado, Pokorny menciona que “se origina de la palabra famulus, es decir sirvientes”, por eso, muchos creen que la idea de familia surge a raíz de los grupos de esclavos y sirvientes que respondían a un mismo amo. Sin embargo, el origen de la palabra familia aún no se determina precisamente.

La familia es la organización social más general, pero asimismo la más importante para el hombre, ya sea por vínculos sociales, legalmente consagrados o por vínculos sanguíneos, el pertenecer a una agrupación de este tipo es sumamente importante en el desarrollo psicológico y social del individuo.

La función social de la familia es la responsabilidad de promover la educación y el buen comportamiento ante el medio social, asimismo, educar a sus miembros bajo los valores morales y sociales, esenciales para el proceso de socialización del niño.

En un escenario ideal, en la familia debe prevalecer la armonía, confianza, seguridad, respeto, afectos, protección y el apoyo necesario ante la resolución de problemas.

En este sentido, la familia tiene al menos dos funciones, una referida a los niños y otra a los adultos:

En cuanto a los niños, la familia tiene por función formarlos para que estos aprendan a salir de sí mismos y a relacionarse con las demás personas en igualdad, respeto a las necesidades y diversidad.

En cuanto a los adultos, brindar espacios para superar la instalación en sus rutinas y crear actitudes de apertura, flexibilidad, solidaridad y encuentro mutuo.

2.8 EMOCIONES BÁSICAS

Las emociones básicas o primarias aparecen durante el desarrollo natural de cualquier persona, con independencia del contexto en el que se desarrolle, y tienen como propósito ayudarnos a sobrevivir, dirigir nuestra conducta y favorecer la relación de los unos con los otros.

Las emociones básicas nos sirven para defendernos o alejarnos de estímulos nocivos o aproximarnos a estímulos placenteros o recompensas y tienen como función mantener la supervivencia, tanto personal como de la especie.

2.8.1. PRIMERAS TEORÍAS DE LAS EMOCIONES

Las teorías más importantes de la emoción se pueden agrupar en tres categorías: fisiológicas, neurológicas y cognitivas; Las teorías fisiológicas sugieren que las respuestas intracorporales son las responsables de las emociones, las teorías neurológicas proponen que la actividad en el cerebro llevan a respuestas emocionales y las teorías cognitivas argumentan que los pensamientos y otras actividades mentales juegan un papel esencial en la formación de las emociones, a continuación se describen las teorías según sus autores.

Teoría evolutiva de la emoción (Charles Darwin)

La teoría evolutiva de la emoción tiene su origen en las ideas de Charles Darwin, que afirmaba que las emociones evolucionaron porque eran adaptativas y permitían a los seres humanos sobrevivir y reproducirse, por tanto de acuerdo con la teoría evolutiva de la emoción, nuestras emociones existen porque nos

sirven para sobrevivir, las emociones motivan a las personas a responder de forma rápida ante un estímulo del ambiente, lo que aumenta las probabilidades de supervivencia.

Teoría de la emoción de James-Lange

Ésta es una de las teorías fisiológicas de la emoción más conocidas, propuesta de manera independiente por William James y Carl Lange, dicha teoría sugiere que las emociones ocurren como consecuencia de las reacciones fisiológicas a los eventos, además, esta reacción emocional es dependiente de la manera como interpretamos esas reacciones físicas.

Teoría de Schachter-Singer

Esta teoría forma parte de las teorías cognitivas de la emoción, y sugiere que la activación fisiológica ocurre primero, después, el individuo debe identificar las razones de esta activación para experimentar la etiqueta de la emoción, un estímulo provoca una respuesta fisiológica que entonces es interpretada y etiquetada de forma cognitiva, lo que se convierte en la experiencia emocional. La teoría de Schachter y Singer está inspirada también en la teoría de James-Lange, propone que las personas infieren sus emociones a partir de las respuestas fisiológicas.

Teoría de la evaluación cognitiva

Según esta teoría, el pensamiento debe ocurrir antes que la experiencia de la emoción. Richard Lazarus fue el pionero en esta teoría, por lo que ésta suele recibir el nombre de la teoría de la emoción de Lazarus. En resumen, este artefacto teórico afirma que la secuencia de eventos primero implica un estímulo, seguido de una emoción.

2.9 CONTENCIÓN EMOCIONAL

La contención emocional se relaciona con el término comprender que se define como abarcar, incluir. “Tener una cosa dentro de sí y/o algo que se está integrado en otra cosa y forma parte de ella”.

Cuando hablamos de contención psicológica o emocional recogemos el significado común y nos referimos a “La acción de contener o moderar los propios impulsos, instintos, pasiones, etc”. Tizón J (1996)

La idea de la contención emocional se ha utilizado especialmente en aquellas ocasiones en las que la persona que se encuentra afectada por una fuerte crisis emocional, que incluso puede derivar en conductas perturbadoras, en esas circunstancias la contención emocional se refieren a todas las acciones que tienen como objetivo tranquilizar y estimular la confianza del afectado.

De este modo la contención psicológica consiste en la creación de las condiciones y el espacio que facilite la elaboración, el desarrollo de las capacidades mentales, para que los impulsos, instintos o pasiones, sean contrastados con la realidad y puestos en acción de una forma saludable.

En la práctica estaría relacionada principalmente a dos mecanismos: la actitud empática, que es la habilidad de colocarse momentáneamente en el lugar de la otra persona; y la escucha activa, que es la capacidad de poner atención al mensaje emitido por otra persona, utilizando diferentes vías o canales para comprender lo que se quiere decir y poder reaccionar ante el mensaje dado.

En la vida cotidiana no es necesario que seamos psicólogos, orientadores ni terapeutas para dar contención emocional a las personas que nos rodean, el simple hecho de estar en la disposición de escuchar con atención lo que el otro nos quiere transmitir, sin ningún tipo de prejuicios o ideas preconcebidas, y situarnos con el corazón abierto frente a él/ella, ya es contener emocionalmente.

En la mayoría de los casos las personas simplemente quieren ser escuchados, puesto que al verbalizar lo que sienten, sin saberlo, su cerebro debe organizar la mezcla de pensamientos y sentimientos que posee para poder expresarlos de manera coherente, y eso ya es de gran ayuda para esa persona.

La contención emocional no es: regañar/retar, invalidar la emoción con frases como: “Pero si la vida es bella”, “No te pongas triste”, “No llores”, “No es para tanto”, “Debes acostumbrarte, la vida es dura”, esto eliminaría por completo el

espacio para la empatía, es decir, si el otro llora por eso, se enoja por eso, se preocupa, es porque así lo siente, porque para ese otro es importante y válido que se sienta así; de allí surge el término “validación emocional”.

2.10. LA IMPORTANCIA DE LA VALIDACION EMOCIONAL

La validación emocional es la aceptación de la experiencia emocional del otro y es un proceso de aprendizaje, entendimiento y expresión, por el contrario, la invalidación emocional hace referencia al rechazo, ignorancia o juicio de la experiencia emocional de la otra persona.

La capacidad de empatía y escucha mejora las relaciones personales ya que la otra persona se siente comprendida y reconocida, esto aumenta la confianza entre dos personas y favorece el aumento de la verbalización de lo que el otro piensa y siente.

La validación emocional también es una forma de comunicar al otro la aceptación por ejemplo a la hora de resolver conflictos, esto no significa que estemos siempre de acuerdo con la opinión del otro ni que compartamos su forma de pensar, sino que aceptamos y damos por válido aquello que la otra persona siente desde su punto de vista.

En muchas ocasiones jugamos o criticamos lo que otras personas piensan, sin embargo, no mostramos que estemos en desacuerdo, esto no es validación emocional ya que la aceptación ofrece la oportunidad a la expresión emocional y a la comunicación.

2.11. CLAVES PARA MEJORAR LA VALIDACIÓN EMOCIONAL

Interiorizar la habilidad de validar las emociones de manera correcta requiere práctica y se aprende, validar una emoción consiste en dar reflejo a su sentimiento y hacerlo explícito.

Estar Presente: Hay diferentes formas de estar presente, pero en el estilo de vida que llevamos muchas veces no lo estamos, una forma de estar consciente y con atención plena es el primer paso para la validación emocional.

Reflexión Objetiva: Escuchar prestando atención a las reacciones y emociones de la otra persona y la reflexión te permite comprender las situaciones desde diferentes puntos de vista. La reflexión objetiva se refiere a realizar un resumen objetivo de lo que la otra persona ha dicho, es necesario tener conocimiento sobre Inteligencia Emocional ya que puede ayudarte a entender y regular las emociones y a tolerar diferentes formas de sentir.

Entender Las Reacciones: No podemos leer la mente, pero podemos intentar averiguar qué ha llevado a una persona a actuar de esa manera, es básico entender lo que el otro puede estar sintiendo o pensando y en muchas ocasiones no nos paramos a pensar en la causa de la reacción, para entenderlo podemos animarle a que nos hable mostrando nuestra disposición a escuchar.

Entender La Situación: Comprender las emociones del otro implica que con pocos elementos se puede formular una hipótesis sobre su reacción emocional, para ello es importante conocer su contexto, esta hipótesis se debe comunicar al otro para que nos exprese si estamos en lo cierto.

Normalizar Las Emociones: Normalizar las reacciones emocionales ayuda a las personas a saber que la mayoría en su situación se sentiría igual.

Mente Abierta: Tener la mente abierta y aceptar la experiencia emocional del otro es importante en todas las relaciones interpersonales. Todas las emociones tienen un sentido e independientemente de la emoción que la otra persona esté sintiendo, es su emoción y hay que respetarla.

2.12. LA CONTENCION EMOCIONAL DE LAS FAMILIAS ANTE LAS NECESIDADES EMOCIONALES DE PACIENTES CON CÁNCER.

Diversos autores han planteado el análisis de las necesidades del ser humano, el paciente de cáncer tiene, como cualquier persona, un conjunto de necesidades

físicas y psicosociales por satisfacer, y cuya detección temprana y cobertura puede mejorar su calidad de vida.

Maslow plantea dentro de su teoría de la motivación humana, una serie de necesidades que atañen a toda persona y que se encuentran organizadas de forma estructural, su teoría fundamenta, en mucho, el desarrollo de la escuela humanista y permite adentrarse en las causas que mueven al ser humano, la jerarquía se describe como una pirámide que consta de cinco niveles.

En la base estarían las necesidades fisiológicas básicas para mantener la homeostasis (respirar, alimentarse, dormir, evitar el dolor), a continuación y en un orden superior, estarían las de carácter psicoemocional, social y espiritual que le confieren seguridad y protección (física, de salud, de trabajo), en otro nivel se colocan las de tipo social, de afiliación y afecto (amistad, amor, asociación, aceptación), de autoestima y reconocimiento (autovalía, confianza, respeto, independencia, prestigio) y finalmente, en el nivel más elevado estarían las de autorrealización (de ser, de crecimiento, de lo que uno es capaz).

La Organización Mundial de Salud, basándose en dicha pirámide, plantea que los enfermos de cáncer, además del alivio y control de sus síntomas (necesidades fisiológicas) necesitan de: seguridad, la sensación de pertenencia (demostrar que no es una carga, que son útiles y que forman parte de un grupo).

Requieren sentirse queridos, recibir afecto y contacto humano más que otros enfermos (necesidad de amor), agradecen comprensión y aceptación de los demás a pesar de los cambios físicos y psíquicos que sufren, precisan saber que son importantes a pesar de su enfermedad (autoestima) y que el entorno (familia, amigos y profesionales que le atienden) va a estar con ellos (confianza).

Debemos tener en cuenta estas necesidades si queremos ayudar de un modo eficiente y efectivo al enfermo por lo que será objetivo de los profesionales sanitarios tratar de descubrir las necesidades del paciente y ayudarle en los procesos de adaptación con el menor coste emocional posible, de la forma cómo se aborden o satisfagan dichas necesidades dependerá la calidad de vida del

paciente, su bienestar, la adherencia al tratamiento y la respuesta a la intervención.

La familia del paciente y su entorno más cercano serán los principales precursores del apoyo emocional y social, ellos tratarán de cubrir a lo largo de todas las fases de la enfermedad, las necesidades de afecto, de amor y de pertenencia del paciente.

La respuesta de la pareja, padres, hermanos o hijos ante la enfermedad es fundamental para la adaptación del paciente, por lo que la estructura familiar ha de ser evaluada como un predictor de la calidad de vida y del afrontamiento a la enfermedad.

El impacto del cáncer puede ser tan devastador para cada uno de los miembros de la familia como para la persona afectada directamente por la enfermedad y por ende, para la relación entre ellos.

Para potenciar el bienestar de los pacientes, será necesario cubrir las necesidades emocionales que presenten a lo largo de este proceso, necesitarán tener seguridad y confianza en el equipo que le atiende, aceptar y entender sus emociones será otro de los pasos para ayudar al paciente que necesita básicamente sentirse escuchado y comprendido y que se facilite la expresión emocional y se manejen bien los tiempos de silencio para que pueda ir elaborando la situación.

La empatía de quienes le atienden será la herramienta fundamental que permitirá comprender sus necesidades Todo ello nos lleva a que la verdadera necesidad primaria de un paciente oncológico es la comunicación, ya que con ella aumentamos la seguridad, la confianza y la esperanza. Permite además evitar la terrible soledad, no percibida como falta de compañía física sino como aislamiento interior.

CAPITULO III TEORIAS Y AUTORES

3.1. EMOCIONES BASICAS O PRIMARIAS.

Durante muchos siglos no se hablaba de emociones básicas sino de pasiones, un término derivado del latín patere que significa “sufrir”, una pasión era algo que simplemente nos sucedía, sobre lo que no teníamos ningún control, el término moderno emoción procede también del latín emovere que significa “agitar, remover, movilizar, pero tiene la connotación de algo que nos impulsa a la acción.

Don y Sandra Hockenbury describen las emociones básicas como “estados psicológicos complejos con tres componentes claramente diferenciados: una experiencia subjetiva como un pensamiento o una situación externa, que nos afecta subjetivamente, continuación se produce una reacción fisiológica, es decir, sentimos una opresión en el pecho o en el estómago, nuestras manos se cierran, nos ruborizamos o parpadeamos más de lo normal, y por último, la emoción nos impulsa a un comportamiento externo, a hacer o a evitar algo.

Las emociones básicas o primarias aparecen durante el desarrollo natural de cualquier persona, con independencia del contexto en el que se desarrolle, y tienen como propósito ayudarnos a sobrevivir, dirigir nuestra conducta y favorecer la relación de los unos con los otros.

3.1.2. LAS SEIS EMOCIONES BÁSICAS POR PAUL EKMAN.

En los años 70 del pasado siglo XX, el psicólogo norteamericano Paul Ekman, estudiando las expresiones faciales de grupos de población de distintos lugares y razas del mundo, identificó las 6 emociones básicas del ser humano que según él era comunes a todas las culturas, aunque en la década de los 90 él mismo identificó otras emociones complejas, resultado de combinar las anteriores, su clasificación nos permite aún hoy entender mejor las emociones.

Alegría: Puede definirse como un estado emocional placentero caracterizado por sensaciones de contento, satisfacción, bienestar y energía, suele manifestarse a

través de señales externas como la sonrisa, una actitud corporal relajada y expansiva, y un tono de voz más alto y animado de lo habitual.

Tristeza: Podemos definir la tristeza como un abatimiento espiritual que, según la causa y la situación, puede estar teñido de sensaciones de pérdida, fracaso, duelo, soledad, desinterés o necesidad de aislarse de los demás.

Asco: Es una de las emociones básicas más inmediatas y viscerales. Normalmente sentimos asco y la necesidad de alejarnos de objetos o criaturas que pueden ser nocivos o transmitir enfermedades, como la comida en mal estado, las cucarachas o las ratas, el asco se manifiesta por una expresión de disgusto en nuestra cara, por un movimiento de alejamiento o evitación, o por reacciones físicas como los escalofríos, la náusea o el vómito.

Ira: Es un estado emocional que se produce cuando experimentamos una situación de injusticia, amenaza o agresión, y se caracteriza por sentimientos intensos de agitación y hostilidad, la ira, por definición, nos impulsa a la acción automática, a decir o a hacer algo antes de pensarlo siquiera.

Sorpresa: Se puede describir como la sensación de sobresalto o perplejidad que experimentamos justo después de un acontecimiento completamente inesperado, suele venir acompañada de reacciones físicas incontrolables como saltar hacia atrás, exclamar, abrir la boca o quedarse paralizado por un segundo.

Miedo: Es una de las emociones básicas más poderosas, que desde nuestros orígenes nos ha ayudado a sobrevivir, cuando sentimos un peligro inminente, el miedo detona la reacción automática de huida o ataque para enfrentarnos a lo que ocurre. En una fracción de segundo, una descarga de adrenalina hace que nuestra respiración se acelere para recibir más oxígeno, nuestros músculos se tensan, preparados para la acción, y nuestras pupilas se dilatan para recibir más luz.

3.1.3. EMOCIONES EN LA ETAPA TERMINAL POR E. KÜBLER-ROSS

La psiquiatra estadounidense Kübler-Ross en su libro "On Death and Dying" ("Sobre la muerte y el morir") expone por primera vez las cinco etapas por las que pasa una persona cuando es diagnosticada de una enfermedad terminal. Estas fases son las siguientes:

Negación: Esta etapa es habitual en todos los pacientes, y no aparece solo en las primeras fases, si no que se puede repetir en el transcurso de la enfermedad. Aparece una sensación de incredulidad. Es considerada como un proceso de protección ante la situación real que le permite procesar y asimilar ésta. En ocasiones esta fase se compagina con una negación en la familia, lo que producirá soledad y aislamiento en el paciente, y que puede llevar a una mala adherencia terapéutica, un retraso en la búsqueda de tratamiento médico.

Ira: Tras la fase de negación, aparece un sentimiento de ira, enfado, envidia y resentimiento. La ira de la que se habla en esta fase está volcada en los acompañantes del paciente.

Pacto o Negociación: Esta etapa tiene como fin posponer la muerte mediante un proceso de negociación. El pacto está basado en la posibilidad de alcanzar metas futuras, lo que produce motivación y ambición, que repercutirán positivamente. Esta negociación representa una asimilación y conocimiento de que el tiempo es limitado.

Depresión: Aparecerá una sensación de pérdida y dolor previo a la muerte plasmada en una gran tristeza, necesidad de llorar y desesperanza. Con acompañamiento y facilitando al enfermo la expresión de las emociones, esta etapa será más llevadera.

Aceptación El paciente, ya cansado y débil, asumirá la situación. No es una etapa feliz, pero aparece un sentimiento de paz.

3.1.4. NECESIDADES EMOCIONALES DEL PACIENTE CON CÁNCER.

Las necesidades psicológicas del paciente variarán según el tipo de cáncer, el pronóstico, así como de las pruebas y tratamientos médicos que esté recibiendo y la fase de enfermedad que esté viviendo. No se limitan únicamente al momento del diagnóstico, sino que surgirán a lo largo de todo el proceso. Si queremos garantizar la mejor adaptación posible del paciente a la enfermedad, será preciso que intervengan en su apoyo todos los profesionales implicados en la relación terapéutica.

El paciente de cáncer tiene, como cualquier persona, un conjunto de necesidades físicas y psicosociales por satisfacer, y cuya detección temprana y cobertura puede mejorar su calidad de vida.

Maslow plantea dentro de su teoría de la motivación humana, una serie de necesidades que atañen a toda persona y que se encuentran organizadas de forma estructural, su teoría fundamenta, en mucho, el desarrollo de la escuela humanista y permite adentrarse en las causas que mueven al ser humano.

La jerarquía se describe como una pirámide que consta de cinco niveles, en la base están las necesidades fisiológicas básicas para mantener la homeostasis, a continuación y en un orden superior, están las de carácter psicoemocional, social y espiritual que le confieren seguridad, en el tercer y cuarto nivel se colocan las de tipo social, de afiliación y afecto, de autoestima y reconocimiento y finalmente, en el nivel más elevado estarían las de autorrealización.

La OMS, basándose en dicha pirámide, plantea que los enfermos de cáncer, además del alivio y control de sus síntomas necesitan de: seguridad, la sensación de pertenencia, requieren sentirse queridos, recibir afecto y contacto humano más que otros enfermos.

Agradecen comprensión y aceptación de los demás a pesar de los cambios físicos y psíquicos que sufren. Precisan saber que son importantes a pesar de su enfermedad y que el entorno va a estar con ellos.

Debemos tener en cuenta estas necesidades si queremos ayudar de un modo eficiente y efectivo al enfermo, tratar de descubrir las necesidades del paciente y ayudarlo en los procesos de adaptación con el menor coste emocional posible.

De la forma cómo se aborden o satisfagan dichas necesidades dependerá la calidad de vida del paciente, su bienestar, la adherencia al tratamiento y la respuesta a la intervención.

3.2. LA CONTENCIÓN EMOCIONAL.

La contención emocional es un conjunto de procedimientos básicos que tienen como objetivo tranquilizar y estimular la confianza de una persona que se encuentra afectada por una fuerte crisis emocional.

Es una intervención de apoyo primario que se realiza en un momento de crisis para asistir a la persona y animarla para restablecer su estabilidad emocional y facilitarle las condiciones de un continuo equilibrio personal.

Por ejemplo, una palabra de ánimo puede ser una buena forma de contener a una persona que está sintiendo una fuerte emoción.

Contención emocional no significa no permitir que las personas expresen sus emociones o negarlas, significa ayudar a liberar sus emociones y llevarlas hacia una ruta que la ayude. Para esto es importante lograr que la otra persona entienda que nos gustaría ayudarlo a sacar afuera lo que siente.

La contención Tiene dos vías importantes: la actitud empática, que es la habilidad de colocarse momentáneamente en el lugar de la otra persona; y la escucha activa, que es la capacidad de poner atención al mensaje emitido por otra persona.

En la vida cotidiana no es necesario que seamos psicólogos, orientadores ni terapeutas para dar contención emocional a las personas que nos rodean, el simple hecho de estar en la disposición de escuchar con atención lo que el otro

nos quiere transmitir, sin ningún tipo de prejuicios o ideas preconcebidas, y situarnos con el corazón abierto frente a él/ella, ya es contener emocionalmente.

En la mayoría de los casos las personas simplemente quieren ser escuchados, puesto que al verbalizar lo que sienten, sin saberlo, su cerebro debe organizar la mezcla de pensamientos y sentimientos que posee para poder expresarlos de manera coherente, y eso ya es de gran ayuda para esa persona.

3.2.1. ACCIONES PARA BRINDAR CONTENCIÓN EMOCIONAL

Ofrecerle Compañía: La fase final de la existencia en las enfermedades incurables es una etapa muy vulnerable para el moribundo, que, por lo general, se introvierte y se siente aislado tanto física como emocionalmente, presiente que va a morir y su pensamiento, según sean sus momentos de lucidez y optimismo, oscila entre la dura realidad de su muerte próxima y la esperanza en su curación. A veces se tiende a evitar al paciente por no saber qué decirle o cómo conversar con él, pero en esta situación, éste requiere que se le dedique más tiempo para conocer lo que le preocupa y apoyo para poner en orden sus pensamientos y su vida, así, lo mejor que se puede hacer por él o ella es estar a su lado y escucharle para procurar establecer un diálogo que le sea más positivo y visitarle con frecuencia, un acompañamiento respetuoso y comprensivo le indicará que estamos dispuestos a apoyarle ante lo que se pueda encontrar, es necesario, sin embargo, respetar sus deseos de estar a solas y aceptar que su deterioro progresivo le irá dejando cada vez con menos energía como para mantener una conversación de forma activa.

Escucharle Con Atención: En esta etapa terminal es común que los pacientes experimenten marcados sentimientos de regresión con intensas demandas de protección, afecto y deseos de compartir los secretos de su vida, presente y futuro con alguien que les sea cercano, que les preste una sincera atención y que trate de percibir los sentimientos que encierran sus palabras, una buena comunicación favorece el control del dolor, ansiedad, depresión y otros síntomas físicos, tiene formas verbales y no verbales y, si bien cada una transmite un mensaje

determinado, las dos son necesarias para dar el mensaje total, para tener éxito en la comunicación, el que atiende a un enfermo procurará desarrollar tres factores: saber escuchar, empatía y aceptación.

La escucha atenta y activa, además de mostrarle interés, respeto y apoyo para enfrentarse mejor con este tiempo difícil, permite al cuidador apreciar la actitud del paciente ante su enfermedad, cómo ésta le ha afectado y reconocer y responder a sus necesidades, hacerlo en forma adecuada es un arte que requiere paz interior e invertir energía y tiempo, muchas veces más importante que saber qué decirle es saber cómo hacerlo, una buena estrategia consiste en adaptarse a la intensidad y forma de hablar del interlocutor con expresiones faciales y signos de asentimiento para sugerirle que continúe y parafrasear o repetir algunas de sus palabras o hacerle preguntas para lograr que profundice en algunos aspectos y exprese mejor sus pensamientos.

En ocasiones, “estar con” o “saber estar”, en silencio, en una especie de atención casi devocional, en un vacío acogedor, puede ser todo lo que el paciente necesita. Por lo general, basta un silencio de 2-3 segundos para decidir si ha terminado y se puede proseguir con la conversación. Se procurará no cambiar de tema a menos que el enfermo lo haga y no darle consejos demasiado temprano, pues éstos son detalles que demuestran desinterés y un deseo de concluir la conversación que distancian al paciente, la relación será más satisfactoria si se le facilita que llegue por sí mismo a sus propias conclusiones.

Los pacientes en la fase terminal suelen tener algunos problemas para comunicarse, en parte debido a que los procesos de razonamiento en la enfermedad no son los mismos que en la salud, diversos sentimientos como el temor o la ansiedad hacen al pensamiento más emocional y a momentos irracional e influyen intensamente en la forma como se da y se recibe una nueva información, lo que se tendrá en cuenta para ser comprensivos con sus reacciones muchas veces ambivalentes y cambiantes.

La empatía consiste en ponerse en el lugar del que sufre para buscar su mayor confort físico, mental y espiritual y es la base de un buen cuidado paliativo.

Incluye la simpatía que favorece el diálogo y una relación de confianza. Tiene tres componentes esenciales: 1) identificar la emoción que el enfermo está experimentando; 2) evaluar el origen de esa emoción y, 3) responder de una forma que le indique al paciente que se ha conectado, quizás la manera más útil de experimentar sus sentimientos sería ponernos en su lugar por unos momentos y preguntarnos “¿cómo me sentiría yo en sus circunstancias? ¿Qué querría que me dijeran u ofrecieran?”. Con toda seguridad, deseamos tener a alguien que nos escuche, que no tenga miedo a coger nuestra mano y acompañarnos.

La aceptación se manifiesta a través del interés que se demuestre por lo que dice, en permitirle expresar sus sentimientos sobre la enfermedad o su vida, sin forzarle a resignarse ante una situación si él se resiste y acoger sus respuestas sin reaccionar de una forma que lo interprete como un rechazo. Todos deseamos ser comprendidos por lo que somos, no por lo que la gente quiere que seamos. Son muchas las veces que indicamos a los enfermos cómo deben comportarse, hacer o cambiar para que todo vaya bien, pero en la situación terminal éstos se sentirán mejor si saben que son aceptados por lo que son, unas personas únicas y singulares, con un valor en sí mismas y si no se les juzga.

Si bien las palabras usadas correctamente pueden ser terapéuticas, transmitimos muchos más mensajes con nuestra actitud y silencios y cuando combinamos una respuesta verbal con un gesto táctil. En esta etapa las formas no verbales representan hasta el 80% de toda la comunicación y son capaces de expresar afecto y apoyo de manera más intensa y directa que las palabras.

La Importancia Del Contacto Físico: El tacto es uno de los primeros sentidos en desarrollarse y uno de los últimos que se pierden, es una forma básica de comunicación que transmite al enfermo calor, apoyo y solidaridad, particularmente en caso de un padecimiento grave, donde la necesidad del contacto físico es muy grande y sirve para satisfacer lo que se ha llamado el “hambre de piel”, común a todos los mamíferos.

En la fase final de su vida, el paciente no desea estar solo y parece apreciar enormemente la compañía de sus seres queridos, así como participar en

expresiones físicas de afecto tales como abrazos o besos, no se puede valorar en toda su extensión el bien que se le hace al sujetar su mano, tocar su hombro, colocar mejor su almohada, secar su frente y tratarle con amabilidad, nuestros pensamientos más profundos y temores utilizan generalmente el tacto como vía de comunicación en especial en situaciones de ansiedad, estrés y cuando fallan las palabras, el tacto actúa en estos casos como un antídoto contra el temor y la ansiedad, le confiere seguridad, facilita el compartir y, a la vez que parece liberar su poder natural de curación, trae la paz.

Ser Sensible A Sus Problemas: A menudo los pacientes parecen resignarse en forma progresiva al advenimiento de la muerte, pero tienen diversas necesidades por satisfacer de tipo biológico, psicológico, espiritual y familiar.

Los enfermos se introvierten más fácilmente por la suma de los numerosos trastornos emocionales y la dura realidad de saberse próximos a fallecer, siendo importante que se les dedique tiempo para conocer lo que les preocupa y ofrecerles nuestro apoyo.

Por lo general, requieren una asistencia integral donde se combinen una atención sanitaria correcta con la presencia de personas que les escuchen, les permitan expresar su afecto, sentirse amados, comprendidos y respetados en sus decisiones, así como conocer que se les asistirá regularmente, si bien son útiles los consejos, el paciente agradece mucho más las ayudas prácticas, la atención a los pequeños detalles y que se intenten solucionar sus necesidades tan pronto como se detecten.

Estas pueden ser: preparar el alimento, el lavado de ropa, darle de comer, la limpieza de la casa, su traslado al hospital, realizar un arreglo en la vivienda o conseguirle una subvención económica, en particular si era él quien se ocupaba de las finanzas. La presencia de voluntarios en casa, una silla de ruedas, una rampa, una nueva puerta, etc., pueden hacer posible un mayor confort y una vida más normal.

Procurarle El Mayor Bienestar Posible: El control del dolor y de otros síntomas molestos es un derecho de todo enfermo terminal y es un elemento clave para conseguir una muerte tranquila, mientras que su persistencia por falta de tratamiento no tiene justificación alguna e impide elaborar adecuadamente el proceso de fin de vida.

Una buena higiene corporal y el cuidado de su apariencia externa para que se presente ante los demás en la mejor forma posible, son muy eficaces para evitar el aislamiento y aumentar su equilibrio emocional y autoestima, en particular cuando ya no sea capaz de controlar sus secreciones corporales o desarrolle otras características socialmente ofensivas.

Los cuidados físicos se realizarán de manera delicada y gradual y estarán precedidos por una explicación a los enfermos sobre lo que se les va hacer (higiene, cambio de ropa o de postura) para obtener su consentimiento. Una vez vencido el pudor inicial para el contacto físico, muchos pacientes comparten más libremente con el cuidador sus sentimientos y preocupaciones y aprovechan para hacerle preguntas como: “lo que tengo, ¿no parece que es bueno, verdad?”, por lo que es interesante estar preparado para responderle.

Después del baño o cambio postural se aprovechará para darles un masaje con alguna crema hidratante en las zonas sensibles a la formación de úlceras por presión como son la región sacra, los talones, el dorso de los brazos, los codos y realizar algunos movimientos pasivos de las articulaciones para evitar la aparición de dolor, deformidades y distorsiones, especialmente si los miembros están paralizados o afectados por una atrofia muscular, el masaje delicado produce relajación y es un medio poderoso para mejorar la comunicación y la comodidad física y psicológica del paciente porque reduce su ansiedad y modifica la respuesta al estrés, pero no se hará en zonas de tejido edematoso que son más frágiles.

Es de interés evitar que las sábanas de la cama estén húmedas o tengan pliegues y que soporten mantas pesadas, porque éstas pueden dificultar la regeneración y facilitar el desarrollo de las escaras por la presión que no siempre puede

evitarse a pesar de los cambios posturales, particularmente en la fase final. En estos casos es necesario adoptar una actitud más generosa para permitirles que permanezcan acostados y quietos si el cambio de postura es demasiado molesto. Es básico respetar las preferencias del enfermo y establecer con cierta flexibilidad una rutina de cuidados diarios de higiene, alimentación, información, ejercicios y cambios de postura que se alternen con periodos de descanso.

Ayudarle A Mantener Su Autoestima: La fase terminal es un proceso de pérdidas progresivas donde el enfermo va experimentando cambios en su identidad social, habilidades físicas, atractivo y autonomía y ve cómo se difuminan sus puntos de referencia habituales, lo que le produce desasosiego, falta de sentido de su existencia y desesperanza, para fomentar su autoestima y que acepte sus limitaciones, los cuidadores debemos procurar evitar la sobreprotección o su excesiva dependencia y permitirle que siga haciendo por sí mismo las actividades que sea capaz y participando en su cuidado personal o en lo que desee aunque le tome más tiempo. Es así importante: a) que se enfoque su atención a lo que todavía puede hacer, antes que a las funciones que se han perdido; b) darle mensajes congruentes de comprensión y ayuda; c) permitirle expresar libremente sus emociones y empatizar con ellas y, d) atender aún a los pequeños detalles.

En las fases más tempranas de la enfermedad tiene mucho sentido programar algunas actividades de entretenimiento o de terapia ocupacional para ayudarle a utilizar mejor el tiempo libre y contrarrestar el aburrimiento que aumenta su deterioro emocional y físico. Su situación será más soportable si tiene un motivo por el que vivir para no entrar en desesperanza y depresión, por lo que es de interés que pueda desarrollar unas pocas metas realizables que pueden cambiar conforme evoluciona su enfermedad. Las tareas que el paciente asuma en esta etapa de la vida serán elegidas con sumo cuidado si se quiere dar sentido y significado a su propia existencia.

Los enfermos necesitan sentir que siguen siendo importantes para sus seres queridos o amigos, es esencial hacerles partícipes de las decisiones que se toman sobre sus tratamientos y en la familia para que no se sientan espectadores

de lo que sucede y que el mundo puede funcionar sin ellos. Nos hará bien recordar que muchas de las mayores creaciones y logros de la humanidad se han originado en la adversidad, del sufrimiento y de lo que hoy describimos como un desastre.

3.3. INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN CUIDADOS PALIATIVOS

La aportación de la psicología en este contexto incluye aspectos relativos a la atención tanto a pacientes con enfermedad terminal y a sus familiares como a los diferentes miembros del equipo multidisciplinar (Bayés y Barreto, 1990).

La actuación psicológica puede llevarse a cabo en al menos cuatro periodos tanto con los pacientes como con familiares: antes del impacto ocasionado por la aparición de la enfermedad, tras el diagnóstico de la enfermedad y el comienzo de la intervención, durante el avance de la enfermedad y el proceso de muerte y por último tras la muerte del paciente.

En relación con el paciente, el quehacer desde el punto de vista psicológico, se centra en la evaluación del bienestar, dolor y sufrimiento como consecuencia de la situación en la que se encuentra, además de síntomas psicopatológicos como ansiedad, miedo ante la muerte, depresión, o pérdida de control de la situación.

Como señala Mateos (2003) puede dirigirse a la paliación del impacto emocional al tiempo que facilita el proceso de adaptación a la enfermedad, esta evaluación debe llevarse a cabo de manera continua y flexible, ya que se producen cambios rápidos en la evolución de la enfermedad, adaptándose a las características y necesidades del paciente.

En relación con los familiares, la evaluación e intervención se centran en la sobrecarga de trabajo e impacto emocional que se produce como consecuencia de la cercanía de la enfermedad y sus posibles consecuencias, la intervención psicológica tendrá como objetivo disminuir los problemas psicosociales que esta situación provoca en el funcionamiento familiar así como ayudar a la familia en la anticipación del duelo.

3.4. DEFINICIÓN DE ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS EN RELACIÓN FAMILIA-PACIENTE.

3.4.1 ENFOQUE HUMANISTA POR ABRAM MASLOW.

3.4.2 CARL ROGERS Y EL ENFOQUE CENTRADO EN LA PERSONA.

3.5. DEPRESIÓN Y DUELO ANTICIPATORIO EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO.

3.6. DESPEDIDA DEL PACIENTE EN LA FASE FINAL DE LA VIDA POR DR. CARLOS CAMPS HERRERO.

3.7.1. DUELO PATOLÓGICO FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN.

3.7.2. MODELOS PSICOLÓGICOS DEL DUELO POR ALONSO, RAMOS, BARRETO & PÉREZ.

3.7.3. INTERVENCIÓN FAMILIAR EN DUELO

BIBLIOGRAFÍA:

De la Garza S. J. (2014). *El Cáncer*. Monterrey Nuevo León, México. Universidad Autónoma de Nuevo León.

J. L. y Prieto, J. L. *Fundamentos de Psicología*, Ed. C. A. Ramón Areces, Madrid, 2008

Tamayo T.M. *El proceso de la investigación científica*, Editorial Limusa S.A. de C.V., México DF, 2003.

Jalal, J.C., Ramos M.R., Ajcuc O.A., Lorenty C.R., Dieguez H.P. (2015), *Métodos de Investigación*, Universidad San Carlos de Guatemala, Guatemala.