



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 DEL DUELO | 31 |
| 2.6.2. FASES DEL DUELO | 33 |
| 2.6.3. DUELO PATOLÓGICO..... | 36 |
| 2.7 CONCEPTO DE FAMILIA | 37 |
| 2.8 EMOCIONES BÁSICAS | 38 |
| 2.8.1. PRIMERAS TEORÍAS DE LAS EMOCIONES | 38 |
| 2.9 CONTENCIÓN EMOCIONAL | 39 |
| 2.10. LA IMPORTANCIA DE LA VALIDACION EMOCIONAL | 41 |

| | |
|--|-----------|
| 2.11. CLAVES PARA MEJORAR LA VALIDACIÓN EMOCIONAL | 41 |
| 2.12. LA CONTENCIÓN EMOCIONAL DE LAS FAMILIAS ANTE LAS NECESIDADES EMOCIONALES DE PACIENTES CON CÁNCER..... | 42 |
| CAPITULO III TEORIAS Y AUTORES | 45 |
| 3.1. EMOCIONES BASICAS O PRIMARIAS. | 45 |
| 3.1.2. LAS SEIS EMOCIONES BÁSICAS POR PAUL EKMAN. | 45 |
| 3.1.3. EMOCIONES EN LA ETAPA TERMINAL POR E. KÜBLER- ROSS..... | 47 |
| 3.1.4. SÍNTOMAS EMOCIONALES EN LA FAMILIA POR F. MUÑOZ COBOS | 48 |
| 3.2. LA CONTENCIÓN EMOCIONAL. | 51 |
| 3.2.1. ACCIONES PARA BRINDAR CONTENCIÓN EMOCIONAL POR WILSON ASTUDILLO ALARCÓN..... | 52 |
| 3.4. INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN PACIENTES TERMINALES | 58 |
| 3.5. TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN LOS CUIDADOS EN ONCOLOGÍA POR M. PATRICIA ACINAS | 59 |
| 3.6. TECNICAS DE PSICOEDUCACIÓN POR ELENA PEREZ ESCRIBANO | 61 |
| 3.6.1. TÉCNICA “LA CLAUDICACIÓN EMOCIONAL” | 62 |
| 3.6.2. TECNICA “EL DESEO SECRETO”..... | 68 |
| 3.6.3. TECNICA “LA CONSPIRACIÓN DEL SILENCIO” | 72 |
| 3.6.4. TECNICA “LA OBSTINACION O ENSAÑAMIENTO TERAPÉUTICO”..... | 76 |
| 3.6.5. TECNICA “EL DUELO” | 81 |
| 3.7. TECNICAS DE EXPRESIÓN Y REGULACIÓN EMOCIONAL POR EL INSTITUTO DE PSICÓLOGOS CÓRDOBA..... | 86 |
| 3.7.1. TÉCNICA RESPIRACIÓN PROFUNDA..... | 87 |
| 3.7.2. TÉCNICA AFIRMACIONES POSITIVAS | 87 |
| 3.7.2. TÉCNICA DETENCIÓN DEL PENSAMIENTO | 88 |
| 3.7.3. TECNICA ENSAYO MENTAL..... | 89 |
| 3.7.4. TECNICA FLECHA DESCENDENTE..... | 90 |
| 3.8. LA TERAPIA DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS POR D’ZURILLA Y GOLDFRIED | 91 |
| 3.8.1. HABILIDADES DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS | 92 |
| BIBLIOGRAFÍA:..... | 98 |

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 antólogos 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

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”.

En un sentido más amplio podemos entender el duelo y procesos del duelo como el conjunto de representaciones mentales y conductas vinculadas con una pérdida afectiva, no obstante el término duelo puede también aplicarse a aquellos procesos psicológicos y psicosociales que se ponen en marcha ante cualquier tipo de pérdida (fracasos escolares, divorcio, separación, pérdida de empleo, pérdida de domicilio, etc) y que pueden originar igualmente reacciones desadaptativas junto a manifestaciones de índole depresiva y emocional (pena, desesperanza, rabia, culpa).

Es importante conocer la diferencia conceptual entre los términos duelo, luto y pérdida, ya que todos ellos se refieren a reacciones psicológicas de los que sobreviven a una pérdida.

Duelo: sentimiento subjetivo provocado por la muerte de un ser querido.

Sentimiento de pérdida: sentirse privado de algo muy querido, insustituible definitivamente y para siempre, a consecuencia de la muerte.

Luto: expresión social de la conducta y las prácticas posteriores a la pérdida: llorar, lamentarse, exteriorizar la pena, vestir, comer, acudir a la iglesia, visitar la tumba, etc. Es una necesidad para mantener el dolor abierto y en algunas culturas incluso una exigencia social o religiosa.

El duelo normal se inicia inmediatamente después o en los meses subsiguientes a la muerte de un ser querido. Las manifestaciones clínicas del duelo no son exclusivas del mismo, sino que los síntomas pueden ser muy similares a los de un episodio depresivo. Los signos y síntomas típicos del duelo son: tristeza, pensamientos reiterativos sobre la imagen del fallecido, llanto, irritabilidad, insomnio, disminución de la capacidad intelectual y laboral, pérdida de interés por el mundo exterior, sentimiento de culpa. Es un entramado complejo de sensaciones ajustadas a la personalidad y situación personal de cada doliente.

Las manifestaciones clínicas del duelo en ocasiones se acompañan de síntomas físicos, tales como: pérdida de apetito y peso, sensación de ahogo, opresión precordial, laxitud, migraña, epigastralgias, colitis, palpitaciones, sudoración, disnea. No obstante, aunque todos los duelos suelen tener elementos comunes, cada uno constituye una respuesta adaptativa individual, que dependerá de las circunstancias y personalidad del doliente, probablemente irrepetible, en ocasiones, las manifestaciones clínicas como angustia, ideas de culpa, crisis de pánico, apatía, desesperación y desesperanza pueden llevar a sentir deseos de muerte e incluso tentativas de suicidio.

Tradicionalmente el duelo dura entre seis meses y un año aunque algunos signos y síntomas puedan persistir mucho más. La duración e intensidad del duelo, sobre todo en sus fases más agudas, depende de si la muerte se ha producido de manera inesperada, donde la fase aguda suele durar más tiempo del habitual, o si la muerte se espera durante mucho tiempo, duelo anticipatorio, donde gran parte del proceso ya se ha realizado con anterioridad a la muerte. En términos generales, los síntomas agudos se van suavizando y tras el primer o segundo

mes, el doliente ya es capaz de dormir, comer y realizar algunas de las actividades cotidianas.

El duelo no es un trastorno mental, el DSM-IV lo clasifica en la categoría diagnóstica de trastornos adicionales que pueden requerir atención médica y la CIE 10 lo considera dentro de los trastornos adaptativos, aquellas reacciones de duelo que se consideren anormales por sus manifestaciones. No obstante, es importante tener en cuenta la relación entre el duelo y la psicopatología, dado que los duelos insuficientemente elaborados pueden dar lugar a la aparición de psicopatología.

Existen distintas variables que afectan al curso normal del duelo. Estas variables van a ser:

Antropológicas: Existen pérdidas, como la muerte de una madre, que en todas las personas van a producir procesos de duelo de gran complejidad y sufrimiento. Además el proceso de duelo es más difícil de elaborar cuando las muertes se producen en contra de la secuencia natural (la muerte de un hijo). Existe más dificultad para elaborar un duelo, en la infancia y la senectud.

Circunstancias de la pérdida: Se complica el duelo en aquellas situaciones en las que no se llega a ver el muerto o cuando el cadáver ha sido mutilado. Influye la forma en que se recibe la noticia y sobre todo las pérdidas inesperadas.

Psicosociales: condiciones de vida precarias, aislamiento y problemas sanitarios, afectan a los procesos de duelo.

Interpersonales: el tipo de vínculo con el ser perdido, complica la elaboración del duelo, por ejemplo la dependencia con el fallecido.

2.6.1. ETAPAS 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 pérdida, es un proceso que durará hasta

que se llegue a comprender la pérdida 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. FASES DEL DUELO

Teniendo en cuenta el entorno cultural donde se produce, en función de la respuesta del doliente, el duelo puede considerarse normal o patológico, este último cuando la respuesta es excesiva tanto en intensidad como en duración de los síntomas.

Duelo normal Se denomina duelo normal o duelo no complicado, aquella situación en que la respuesta a la pérdida es considerada proporcional a la misma, con un carácter predecible de sus síntomas y su desarrollo, su duración no suele superar los dos años.

Las manifestaciones clínicas presentes en el duelo normal son:

Sentimientos de culpabilidad, síntomas somáticos depresivos y/o ansiosos, irritabilidad y reacciones hostiles, identificación a rasgos o actitudes del difunto, temores hipocondriacos a padecer igual enfermedad.

Al principio suele manifestarse como estado de “shock” caracterizado por aturdimiento, sensación de perplejidad y dificultad para alcanzar el alcance de lo ocurrido. Suele ser breve y seguido de expresiones de dolor, malestar, llanto, pérdida de apetito y peso, dificultad para respirar y hablar e insomnio.

Los síntomas depresivos se consideran normales en las primeras semanas e incluso en los primeros dos meses. Las ideas de muerte pueden aparecer como deseo de “haber muerto en lugar de” y es frecuente la sensación de presencia del fallecido con trastornos sensoriales como oír la voz del difunto, suelen ser episodios de corta duración y el doliente reconoce que la percepción no es real.

También es común el autorreproche, la culpabilidad del superviviente (personas que se sienten aliviados de que se haya producido la muerte del otro y no la suya) y la aparición de algunas formas de negación (comportarse como si la muerte no se hubiera producido y seguir comprando objetos que le gustaban al difunto, ordenar la habitación).

Fases del duelo normal; existe unanimidad entre todos los autores para distinguir tres fases bien diferenciadas en el duelo normal, que se pueden clasificar según el momento de aparición y cada una de ellas viene determinada por un sentimiento que sobresale por encima de los demás. El sujeto puede repetir alguna etapa una y otra vez pero lo importante es, que al finalizar termine con éxito el proceso de duelo permitiendo a los afectados reintegrarse a su vida normal.

- FASE 1: INMEDIATA O DE “SHOCK”: Desde horas hasta una semana de duración. Definida por los sentimientos de “negación o incredulidad, rechazo y autorreproche”. Incapacidad para comprender qué ha ocurrido. El individuo parece un autómatas al que todo le da igual. Las principales manifestaciones clínicas son: sorpresa, incredulidad, negación, comportamiento obsesivo,

repetición obsesiva de interpretaciones, depuración de los valores del fallecido, depuración de los momentos vitales en común, bloqueo psicológico, somatización, insomnio, llanto fácil, soledad, ideas negras, sensación de vacío y deseo solidario de morir. En cuanto se producen los ritos familiares, sociales y religiosos en torno a la muerte y el difunto, que facilitan la resolución de esta fase, en la que existe una baja percepción de la realidad que aísla de la dureza inicial del trauma, nos encontraríamos en la fase siguiente.

- FASE 2: INTERMEDIA O DE PREOCUPACIÓN: Duración desde varias semanas hasta un año. Fase donde predomina la depresión primero inhibida y luego con expresión de rabia o ira.

Las manifestaciones son reiterativas y se caracterizan porque se desarrolla entre la aceptación y la invasión de los recuerdos. Las principales manifestaciones clínicas son: ideas delirantes, rabia, tristeza, insomnio, anorexia, debilidad, agotamiento, culpabilidad, sueños y pensamientos sobre el difunto, anhedonia e introversión. Son frecuentes los autorreproches por lo no realizado, las visitas al cementerio o a la iglesia, las cosas que antes provocaban interés son indiferentes, el vivir diario pesa como una losa y lo cotidiano produce displacer. El doliente se recluye en casa y tiene necesidad de vivir sólo para el recuerdo de la persona querida y de aquello que lo representa. Algunos autores dividen esta fase en dos: fase de anhelo y búsqueda (periodo de intensa añoranza y búsqueda de la persona fallecida) y la fase de desorganización y desesperanza (el doliente parece desarraigado, apático e indiferente. Aparece insomnio, pérdida de peso y sensación de que la vida ha perdido sentido).

- FASE 3: TARDÍA O DE RESOLUCIÓN: suele aparecer desde el segundo año y hasta la resolución del proceso de duelo. Es la fase de adaptación a la nueva situación, comienza la aceptación. La persona en duelo puede recordar el pasado con placer, recupera el interés por otras actividades y se establecen nuevas relaciones. El doliente puede experimentar un estado temporal de narcisismo pero posteriormente sus capacidades mentales vuelven a un estado normal.

2.6.3. 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 psicósomáticas,...), o conductas desadaptativas, (depresión inexplicable, 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 famēs, 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 CONTENCIÓN 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. SÍNTOMAS EMOCIONALES EN LA FAMILIA POR F. MUÑOZ COBOS

La presencia de la enfermedad terminal en un miembro de la unidad familiar supone un fuerte impacto emocional para la familia, que, al igual que el enfermo, se traduce en respuestas como la negación, la ira, la depresión, la desesperanza, la ambivalencia afectiva, la pérdida. Estas respuestas no constituyen en sí un síntoma familiar sino que pueden ser necesarias para la aceptación de la enfermedad y la muerte. Sólo en familias en que no se produzca una respuesta adaptativa final y queden “enganchados” en una determinada respuesta emocional o ésta altere severamente los cuidados del paciente o la situación del cuidador primario consideraremos que se trata de una respuesta disfuncional.

La presencia cercana de la muerte también puede ser constructiva y ayudar al crecimiento de la familia: la pérdida de un miembro de la familia es un recordatorio de la naturaleza frágil de la vida, lo que puede ocasionar una reapreciación de valores, como una consecuencia positiva de la presencia de la enfermedad terminal para los miembros de la familia.

La negación: Supone evitar la amenaza de una realidad dolorosa aferrándose a la imagen de la realidad previa, suele ocurrir tanto en el enfermo como en la familia pero en ocasiones no de forma sincronizada y es disfuncional si se prolonga, muy frecuentemente durante toda la enfermedad, e impide el reconocimiento de la muerte, hay que distinguirla de la falta de información y puede significar que la familia no está todavía preparada para escuchar la realidad.

Se distinguen varios tipos de negación:

– Negación de primer orden o del diagnóstico. Se relaciona con búsquedas de “segundas opiniones”, viajes, repetición de pruebas y desgaste moral del enfermo y económico de la familia.

– Negación de segundo orden o disociación del diagnóstico: negación de las implicaciones y manifestaciones de la enfermedad. Interpretación de éstas en

clave de otras causas más “aceptables” (Ej: está débil porque le afecta mucho el calor, o porque trabaja mucho...).

–Negación de tercer orden o rechazo del deterioro: negación del declinar físico. Podríamos incluir un tipo de negación muy frecuente en las cuidadoras principales: la negación del momento de la muerte. Tiene unas implicaciones enormes a la hora de la elaboración posterior del duelo ya que impide la despedida y marca el recuerdo posterior.

La negación es un sentimiento impulsado por los valores culturales actuales en nuestra sociedad: apartar de la realidad lo feo, lo triste, lo desagradable.

La negación puede expresarse de distintas maneras según cada caso:

–Racionalización: uso de argumentos para justificar que no ocurre nada grave.

–Desplazamiento: explicaciones alternativas a la realidad (el tratamiento es para prevenirle que no le aparezca cáncer).

–Eufemismo: uso de expresiones verbales consideradas menos amenazantes (“bulto” en el pecho).

–Minimización: restar gravedad a la enfermedad (“Se lo han cogido muy a tiempo”).

–Autoinculpación: atribuciones internas que permiten percibir control sobre la enfermedad: “Con esta alimentación que le doy se me va a recuperar”).

La cólera: Consiste en una respuesta emocional intensa de ira y enfado sin objeto claro contra el que dirigirla, por sí misma no es desadaptativa y en la evolución psicológica del enfermo terminal y su familia se produce en distintas fases, se transforma en un síntoma cuando la cólera es el sentimiento preponderante y fijo que domina la vida familiar (rabia prolongada). Puede presentarse bajo distintas formas.

El miedo: Constituye una emoción frecuente en los seres humanos que constituye un mecanismo adaptativo en cuanto supone aumentar el nivel de

alerta o vigilancia hacia posibles factores agresores. En la familia del enfermo terminal y en especial del cuidador primario, el miedo, o mejor dicho, los miedos, están presentes de forma expresa a lo largo de todo el proceso.

Todos estos miedos llevan al familiar a vivir con la continua tensión de estar ansioso (presencia de amenazas continuas), dificultan actuar con naturalidad, impiden continuar con su propia vida, evitan la aceptación de la muerte, la comprensión de los síntomas y de las responsabilidades de los cuidados, incluso dificultan la manifestación de afecto al paciente, la “despedida” y el duelo posterior.

La ambivalencia afectiva: Sería la discrepancia entre los sentimientos que los familiares deberían tener por razones sociales, culturales, religiosos y personales, y los sentimientos que de hecho tienen. Se trata de la presencia simultánea de sentimientos contradictorios respecto al enfermo: que “mejore”, que “salga adelante”, cuidarle, protegerle y, por otro lado, sentir rabia contra el enfermo, que no colabora, que se desea el fin de la situación (la muerte del enfermo).

Afectan a los miembros de la familia más implicados en los cuidados, sobre todo al cuidador primario, pero no son exclusivos de ellos ya que también el resto de convivientes sufren consecuencias penosas de la enfermedad.

Se trata de un síntoma que es sistemáticamente abolido por la familia por ser moralmente inaceptable por lo que nunca se manifestará abiertamente sino aumentando la tensión del cuidador y favoreciendo reacciones emocionales como las crisis de ansiedad, el abatimiento y reacciones de cólera episódicas.

El síntoma va cambiando en función de las fases de la enfermedad, los requerimientos de cuidados y el cansancio del cuidador. Puede favorecer la posterior aparición del duelo patológico con importante culpabilización del familiar.

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 POR WILSON ASTUDILLO ALARCÓN

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, deseáramos 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.

3.4. INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN PACIENTES TERMINALES

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.

3.5. TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN LOS CUIDADOS EN ONCOLOGÍA POR M. PATRICIA ACINAS

Enfrentarse a un cáncer avanzado implica un gran malestar físico y emocional para el paciente y su familia, las personas con cáncer avanzado presentan con mayor frecuencia depresión, trastornos de ansiedad y altos niveles de distrés en comparación con la población en general por lo que las intervenciones psicológicas son indispensables en los cuidados paliativos. Por otra parte, la familia del paciente con cáncer, y el cuidador primario, se enfrentan a constantes retos y responsabilidades que impactan sobre su propia salud y calidad de vida, presentan fatiga, problemas de sueño, depresión, ansiedad, agotamiento y mayor riesgo de mortalidad. Las familias de pacientes en cuidados paliativos se enfrentan además a problemas sociales, familiares y financieros al tiempo que hacen frente a la inminente muerte de su ser querido.

Ante las necesidades psicológicas de los pacientes con cáncer avanzado, la labor del especialista de la Psicología en cuidados paliativos cobra una relevante importancia, ya que dentro de sus principales objetivos está promover la mejora de la calidad de vida en el paciente y su familia, ayudar en la identificación y control de síntomas psicológicos y fomentar el uso de estrategias de afrontamiento efectivas respecto a la enfermedad y la inminente posibilidad de muerte.

Algunos autores especializados en el campo, como Rainbird et al indican que algunas de las principales necesidades del paciente con cáncer avanzado son primordialmente de tipo emocional, de información y comunicación, por tanto las intervenciones deben estar basadas en la empatía y la escucha activa, en la información sobre lo que espera con respecto a la enfermedad y en brindar la condiciones para poder expresar sus emociones al respecto; ya que se ha comprobado que estas acciones promueven el bienestar psicológico.

Una de las consideraciones importantes con lo que respecta a las intervenciones psicológicas en Cuidados Paliativos es que debe ser realizadas por psicólogos clínicos entrenados en el campo de la salud, cuyo marco teórico permita realizar

intervenciones breves, fáciles de aprender y diseñadas de manera particular a cada paciente y su familia; tomando en consideración la presencia de múltiples síntomas como el dolor, problemas de concentración, fatiga, debilidad, anorexia y problemas de sueño, entre otros que pueden repercutir en el proceso terapéutico.

Con respecto a la familia, Barreto reporta que algunos de los objetivos de atención psicológica están orientados a brindar soporte emocional ante la necesidad de información con respecto a la enfermedad y su evolución, el apoyo instrumental y emocional al paciente en casa, y la comunicación entre los integrantes de la familia, el paciente y el equipo de salud; identificar y atender el impacto que la enfermedad ejerce sobre otros miembros de la familia y proporcionar apoyo psicológico ante la cercanía de la pérdida de un ser querido; estas tareas se basan en el reconocimiento y fortalecimiento de las capacidades y necesidades de la familia respecto a su participación en los cuidados del paciente, al tiempo que se promueve una relación de confianza y colaboración entre la familia y el equipo de salud.

Dentro de los marcos teóricos que más se han aplicado en la atención del paciente oncológico en las diferentes etapas y en los escenarios paliativos se encuentra la terapia cognitivo-conductual, que combina una serie de estrategias de corte cognitivo (como la identificación y modificación de pensamientos disfuncionales respecto a la enfermedad y sus tratamientos) y estrategias de corte conductual (como el diseño y ejecución de un plan de activación diario y la distracción conductual) que inciden de manera directiva y rápida en la atención de las necesidades del paciente y su familia.

Dentro de estas técnicas de intervención psicológica en el modelo cognitivo conductuales más utilizadas y proporcionadas a los pacientes oncológicos en fase avanzada y su familia se encuentran;

3.6. TECNICAS DE PSICOEDUCACIÓN POR ELENA PEREZ ESCRIBANO

Consiste en una estrategia de enseñanza-aprendizaje para la salud que se basa en el aprendizaje experiencial sobre la enfermedad que se padece y las formas en que se pueden afrontar las consecuencias de tal padecimiento.

Los objetivos de la psicoeducación son: 1) que el paciente participe de manera activa en el proceso de tratamiento y en sus propios cuidados, 2) generar conciencia sobre la enfermedad y la importancia del tratamiento y 3) favorecer la reducción de malestar emocional ante procedimientos.

La psicoeducación ha mostrado ser efectiva en el manejo del dolor como tratamiento adyuvante a los medicamentos, controlar el distrés asociado a la enfermedad e incrementar el bienestar y mejorar la calidad de vida.

Con respecto a la familia se ha demostrado que el proveer de información con respecto a los síntomas más frecuentes, el control de los mismos y la atención emocional del paciente impacta positivamente en la confianza y habilidades de atención de los familiares hacia sus pacientes.

Dentro del programa de intervención psicoeducativa se proponen a continuación 5 talleres de dinámica grupal: “La claudicación Emocional”, “El deseo Secreto”, “la conspiración del silencio”, “La obstinación o Ensañamiento terapéutico”, y “El duelo” en lo que respecta a los talleres, estos se componen de una serie de actividades que tienen como fin acercar a las personas participantes a cada una de las situaciones y /o actitudes problemáticas que pueden sucederse en un escenario paliativo. Ofrece, igualmente, una serie de recursos, habilidades y estrategias que permitan afrontar la situación de una manera más óptima, así como un buen acercamiento a los pacientes. La intervención repercutirá positivamente en estos contribuyendo a mejorar su estado.

Como se ha comentado, el apoyo social de los familiares y profesionales contribuye a aumentar el bienestar del paciente, al tiempo que favorece la comunicación, confianza, comprensión, empatía y la cooperación mutua. Gracias

a este, los pacientes terminales se verán acompañados en su último viaje, emprendiéndolo con mayor calidad, seguridad, y en definitiva, en paz.

Pero, como se ha mencionado a lo largo de nuestra fundamentación teórica hay ciertas actitudes de familiares, allegados y profesionales como son la obstinación terapéutica o la conspiración del silencio que no contribuyen a conseguir dicha máxima, convirtiéndose en fuentes de malestar y sufrimiento para el paciente, de ahí nuestro propósito en los talleres, trabajar dichas actitudes, reflexionar sobre ellas, y contribuir a aportar a los participantes otra mirada sobre la situación.

3.6.1. TÉCNICA “LA CLAUDICACIÓN EMOCIONAL”

Objetivos: Fomentar el autocuidado personal de familiares y allegados, tratando de evitar así la claudicación.

Contenidos: Análisis y reflexión de la importancia del autocuidado personal y búsqueda de actividades gratificantes.

Objetivo Del Taller: Reflexionar sobre la importancia del autocuidado personal y dotar de estrategias para el mismo, que ayuden a minimizar el impacto emocional.

Participantes: El taller se orienta a un grupo de personas, familiares y profesionales, que a demanda de los mismos se vean sobrecargados por la situación, y requieran esta intervención.

Temporalización: Duración de un mes.

Metodología: El taller se va a llevar a cabo a través de una serie de actividades que intentan reflexionar sobre la importancia del cuidado personal y dotar a los participantes de estrategias para el mismo.

Recursos Materiales: Sala polivalente o de usos múltiples, Pizarra y rotuladores, Pelota, cojín, Radio o cualquier otro dispositivo de música que disponga de CD, mp3,.. CD, Pen drive: selección de temas elaborados para la ocasión. Folios y bolígrafos, Proyector y pantalla de imagen, Película Iris.

Recursos Personales: Profesional de la Psicología.

SEMANA 1

Martes: 05:00pm a 07:00pm

Actividad 1: ¡Emociones fuera!

Al inicio del taller, el profesional de la psicología expondrá la situación y la problemática a tratar. Con la actividad se pretende que el grupo se conozca, creando por tanto un clima de confianza y cohesión.

Por otro lado, permitir el desahogo y expresión de las emociones de los mismos. Para conseguir dicho objetivo proponemos lo siguiente: Pedimos a las personas participantes que hagan un corro, situándose el profesional en el centro con una pelota.

Este explicará que la pelota comienza a estar caliente, y que necesitan pasarla rápidamente para no quemarse, pero antes de enviársela al compañero deberán decir su nombre. Tras la ronda de presentación, harán lo mismo, pero esta vez expresando o verbalizando una emoción que explica cómo se sienten en ese momento.

Se pasarán el balón entre todos, y la dinámica finalizará cuando cada uno, haya expresado al menos tres emociones o sentimientos.

Tras la actividad se les propone la reflexión y análisis de la misma: ¿Cómo se han sentido?, ¿Les ha sorprendido alguna cosa?, ¿Qué emociones han sido más verbalizadas?, ¿Por qué creen que han verbalizado esas emociones? Se les propone, como tarea para casa, que piensen en una actividad que puedan realizar en algún momento del día, que les permita descargar o expresar las emociones contenidas., por ejemplo: bailar, saltar, hacer deporte,...

Jueves: 05:00pm a 07:00pm

Actividad 2: "Musicoterapia"

Con esta actividad se pretende que sean capaces de poder identificar las emociones, que les suscitan diferentes temas musicales. Una estrategia que les ayudará a identificar su estado de ánimo y contrarrestarlo.

En primera instancia, el profesional se dispondrá a crear un clima agradable que permita a cada participante evocar emociones, usando la Técnica de Relajación en imaginación (audio). Una vez creado el clima de confort, se escucharán diferentes temas musicales.

Después de cada tema deberán anotar las emociones y sensaciones que el mismo les causa, invitándoles a compartirlas con el grupo.

La selección de temas musicales propuesta se recoge en el siguiente link; Relajación guiada. Recuperado en: <http://www.youtube.com/watch?v=pBBDq7-xtxl>.

Tras esto, se invita a las personas participantes a usar este recurso para contrarrestar su estado de ánimo.

SEMANA 2

Martes: 05:00pm a 07:00pm

Actividad 3: "Lista de Actividades Gratificantes"

Con esta actividad se les plantea la importancia de mantener otras actividades de ocio a las que dedicarle un poco de tiempo y la importancia de no abdicar de ellas. Sirviendo estas como recurso de distracción o evasión, y como medio protector, para no caer en la claudicación.

Para ello, se les propone que elaboren dos listas:

Una lista donde enumeren las actividades de ocio o gratificantes que realizaban antes de la situación paliativa.

Una lista en la que enumeren, de las anteriores, aquellas que ya no hacen y cuáles serían las últimas que dejarían.

Tras haber realizado la primera lista se hace una puesta en común en el grupo: ¿cómo se sentían al hacerlas?, ¿Qué les reportaban? ¿Con que frecuencia las hacían? ¿Qué significaba para ellos?

Después de esta reflexión les pedimos que elaboren la segunda, y les invitamos a compartirla con el grupo: ¿Cómo se sienten ahora? ¿Cuáles habéis dejado? ¿Qué actividades os ayudarían más en estos momentos? ¿Qué actividades podríais hacer en estos momentos? ¿Cómo podríais hacerlas?

Tras la puesta en común de estas en la sesión, el profesional de la psicología plantea, como tarea para casa, la necesidad y la importancia de intentar llevar a cabo alguna de estas actividades.

Jueves: 05:00pm a 07:00pm

Actividad 4: "Recomendaciones y consejos del autocuidado personal"

En esta actividad se pretende que elaboren una guía de consejos y recomendaciones para cuidar de uno mismo, cuando se cuida de un familiar enfermo. Se les plantea que realicen un brainstorming o lluvias de ideas, sobre aquellas pautas, actitudes, estrategias o recursos que pueden ayudar a cuidar de uno mismo, cuando se está en esta situación.

Tras esto seleccionarán las ideas más importantes, y se elaborará entre todos una guía de consejos o recomendaciones indicadas para cuidarse, cuidando. Guía de recomendaciones para su auto implantación.

SEMANA 3

Martes: 05:00pm a 07:00pm

Actividad 5: "Planificación y reorganización de tareas"

Con la actividad que proponemos a continuación se pretende ayudarles a planificar los cuidados con un horario adaptado a los distintos cuidadores y con las rotaciones oportunas.

Se les explicará con esta, la importancia de delegar y dosificar las energías, dado el proceso largo y agotador al que se enfrentan. Medio que puede ayudar a evitar caer en el hartazgo y claudicación emocional.

El profesional tratará de reforzar la importancia del apoyo y cuidados que realiza la familia y amigos con el enfermo terminal, así como fomentar su percepción de utilidad.

Para esto proponemos que piensen en aquellas tareas de cuidado que han de realizar al enfermo, además de sus propias obligaciones cotidianas. De estas, discriminarán aquellas que creen que solo pueden hacer ellos. De igual modo, deberán pensar en personas de su entorno: familiares, amigos, compañeros de trabajo o profesionales sanitarios, que les podrían ayudar a realizar algunas de ellas.

Reflexionado sobre esto, les pedimos que elaboren un horario o agenda semanal en la que se indique la tarea o actividad a realizar y el nombre de la persona que la realizará. Del mismo modo plantearán la forma de rotación y alternación de tareas. Así, por ejemplo: Laura, amiga de la familia, se encargara de recoger a los niños del colegio tres veces por semana y darles la merienda.

Tras la realización de la tarea, se hará una puesta en común.

El profesional propondrá, como tarea para casa, que pongan en práctica el horario elaborado en la sesión.

Jueves: 05:00pm a 07:00pm

Actividad 6: "Iris"

La proyección de una Película supone un recurso didáctico importante que contribuye a analizar y reflexionar sobre las actitudes y conductas que se pretenden alcanzar en la intervención. A través de su visualización, los y las participantes conectan con los personajes, reflejo en muchas ocasiones de la situación que viven.

El film que se presenta en esta actividad pretende dar reconocimiento al cuidado que realiza un familiar sobre un enfermo. Por otro lado, se invita a reflexionar sobre la importante que resulta que el cuidador principal reserve una parcela de su tiempo para sí mismo, y que desarrolle recursos para cuidarse en esta situación. (Anexo 7. Sinopsis)

Se analizarán las siguientes cuestiones, entre otras: ¿Cómo se han sentido? ¿Qué les ha llamado más la atención?; ¿Se han visto identificados en alguna cuestión, o con alguno de los personajes.

SEMANA 4

Martes: 05:00pm a 07:00pm

Actividad 7: "Cierre y evaluación"

Charla- debate sobre la importancia del autocuidado personal que evite caer en la claudicación o hartazgo emocional. Se reflexionará sobre las estrategias y recursos trabajados durante las sesiones del taller.

La actividad sirve a modo de evaluación de los contenidos trabajados y de los que han sido interiorizados y puestos en práctica por las personas participantes del grupo. Finalmente se les invita a practicar dichos recursos, y se ofrece la ayuda profesional, si así lo demandasen.

3.6.2. TECNICA “EL DESEO SECRETO”

Objetivos: Permitir el desahogo y la expresión emocional para favorecer un afrontamiento adecuado.

Contenidos: Explorar nuestros sentimientos y emociones, legitimarlos y permitir un espacio de expresión.

Objetivo Del Taller: Es fin del taller contribuir a la expresión emocional. Se explora en los sentimientos, normalizándolos y legitimándolos.

Participantes: El taller se orienta a un grupo de personas, familiares y profesionales, que a demanda de los mismos, se vea necesaria una intervención.

Temporalización: Duración de un mes.

Metodología: El taller, a través de las actividades que presenta, pretende crear un espacio en el que los y las participantes se expresen abiertamente. Creación de un clima de confort y confianza entre estos y el profesional.

Recursos Materiales: Sala polivalente o de usos múltiples, Folios y bolígrafos, Proyector y pantalla de imagen, Colchonetas, CD o Mps3 de Música acuática, Velas aromáticas, Un encendedor: mechero o cerillas, Pizarra y rotuladores, Lápices, ceras de colores, Radio o cualquier otro dispositivo que contenga lector de CD o de Mp3.

Recursos Personales: Profesional de la Psicología

SEMANA 1

Martes: 05:00pm a 07:00pm

Actividad 1: “Confianza”

En esta actividad se pretende exponer la situación a través de una dinámica de grupo y establecer un clima de confianza entre participantes y profesional. Además, de la reflexión sobre la importancia de confiar en el otro, de sostener y

ser sostenido. Para ello se propone una actividad que propicie un ambiente de compañerismo y de cooperación. La dinámica a realizar consiste en lo siguiente:

Se hacen grupos pequeños de 5 personas máximo o uno entre todos. Cada uno va a ir pasando al centro del círculo, con los ojos cerrados y se dejara caer para que el grupo lo sostenga. Lo irán pasando de uno a otro.

Jueves: 05:00pm a 07:00pm

Actividad 2: "Relajación- Aromaterapia"

Ejercicio de Relajación y meditación en conjunción con la Aromaterapia.

A través de este ejercicio se pretende crear un clima de bienestar y confort entre participantes, que propicie la meditación y la reflexión sobre sus deseos, sentimientos, sensaciones, emociones y pensamientos, que están experimentando en este momento, o que experimentaron durante la fase terminal del ser querido. Se pretende que evoquen recuerdos y experiencias que el acompañamiento al familiar enfermo ha supuesto para ellos. Una reminiscencia que les ayudará a conectar con sus emociones.

Para propiciar esta meditación, se colocarán en una situación cómoda. Para ello harán uso de las colchonetas que serán colocadas en el suelo y se situarán sobre ellas, boca arriba. A continuación, el profesional apagará la luz de la sala, encenderá unas velas aromáticas y mientras, de fondo se escuchará una música con sonidos acuáticos relajantes.

La conjunción de los aromas percibidos por las velas y los sonidos tranquilizantes del agua, ayudará a crear un clima de confort y bienestar, entrando así en un estado de serenidad. El estado máximo de relajación vendrá establecido por la pauta de respiraciones que indicará el terapeuta, según lo siguiente:

- Respiraciones profundas, lentas y conscientes.

- Se inspira aire, imaginándonos como se nos inunda el cuerpo de sensaciones positivas, y se espira expulsando lo negativo.

Una vez que se sientan más relajados, se invitará a la reflexión y meditación. Una introspección en sí mismos sobre todas las experiencias, emociones, deseos, sentimientos y pensamientos, experimentados durante todo el proceso de acompañamiento.

SEMANA 2

Martes: 05:00pm a 07:00pm

Actividad 3: ¡Dibuja tus emociones!

A través de la expresión artística del dibujo, se pretende que conecten con sus emociones y sentimientos, y que lo expresen de una forma gráfica.

Para ello se facilitará varios folios, lápices o ceras de colores, invitándoles a ser lo más creativos posible.

Al final de la actividad se plantea realizar una puesta en común. Expondrán su dibujo y se realizará una interpretación del mismo.

Jueves: 05:00pm a 07:00pm

Actividad 4: "Poesía o Prosa"

Con esta actividad se les invita, a expresar esos deseos, sentimientos, o pensamientos, que se reflexionaron en la sesión anterior a través de un relato en prosa o una poesía.

A través de la actividad, se pretende que los y las participantes expongan aquellos deseos que les suscita, la situación que están viviendo. Permitiendo así, un espacio de desahogo, comprensión y empatía, siempre desde el respeto.

Cuando lo hayan elaborado se realizará una puesta en común de las mismas.

SEMANA 3

Martes: 05:00pm a 07:00pm

Actividad 5: “Lluvia de ideas”

Con esta actividad se pretende identificar aquellos factores, características o aspectos, que en su caso, les puede haber llevado a desear “que todo acabe ya”. Se intenta legitimar y normalizar el mismo, procurando minimizar la culpa. Intentando traducir y reconstruir un nuevo significado en torno a ese sentimiento, como es por ejemplo “desear que el paciente deje de sufrir”.

Es intención de la misma, promocionar la empatía entre participantes, procurando que las experiencias de otros sirvan para normalizarlo. Igualmente se enfatiza la importancia del autocuidado. Para todo esto, se les plantea que enumeren ideas, factores, aspectos que les puede haber llevado a sentir este deseo, a través de las siguientes cuestiones: ¿Qué caracterizan a estas personas? ¿Qué ha podido motivar este deseo?, ¿Cómo puede paliarlo?, ¿lo han pensado alguna vez? Y si es así, ¿Cómo se han sentido?

El profesional irá anotando las ideas, que se van aportando. Al finalizar la tarea subrayará aquellas que sean las más relevantes y que contribuyan a nuestro objetivo, por ejemplo: el tiempo alargado; la dureza de la enfermedad; estar sola y no poder delegar; porque desea que el paciente terminal deje de sufrir, etc.

SEMANA 4

Martes: 05:00pm a 07:00pm

Actividad 6: “Cierre y evaluación”

Charla- debate sobre las actividades realizadas en el taller. Se subraya la importancia de expresar emociones en este escenario. Se analizarán las estrategias y recursos trabajados durante las sesiones del taller.

La actividad servirá como evaluación de los contenidos trabajados y de los que han sido interiorizados y puestos en práctica por los y las participantes.

Finalmente se invita a practicar dichos recursos, y se ofrece la ayuda profesional, si así lo demandasen.

3.6.3. TECNICA “LA CONSPIRACIÓN DEL SILENCIO”

Objetivos: Fomentar la comunicación direccional, paciente-familiares-profesionales, favoreciendo el aumento de la percepción de control y autonomía del paciente terminal sobre su proceso de muerte. Ayudando de este modo a reducir y eliminar la conspiración del silencio.

Contenidos: Reflexión Individual y grupal sobre la comunicación entre los actores de la situación paliativa. Desarrollo de estrategias que aumenten la autonomía del paciente. Empatizar con sus miedos, temores y necesidades; y anticipar consecuencias y el coste emocional sobre el secretismo de la información.

Objetivo Del Taller: Con este taller se pretende reflexionar sobre la importancia de una buena comunicación entre paciente-familiares y profesionales. Favoreciendo actitudes y conductas que eliminen el paternalismo dentro de una situación paliativa, fomentando la autonomía del paciente en su proceso de morir.

Participantes: El taller se orienta a un grupo de personas, familiares y profesionales, que a demanda de los mismos, necesiten desarrollar estrategias que favorezcan una buena comunicación.

Temporalización: Duración de un mes.

Metodología Se propone una metodología que promulgue la reflexión sobre la comunicación en un escenario paliativo.

Recursos Materiales: Sala polivalente, de usos múltiples, Folios y bolígrafos, Proyector y pantalla de imagen, Película: Mi vida sin mi, Fotocopias de Fichas de trabajo, Pizarra y rotuladores, Video: Comunicación en escenario sociosanitario.

Recursos Personales: Profesional de la Psicología.

SEMANA 1

Martes: 05:00pm a 07:00pm

Actividad 1: "Presentación. Representación teatral"

El profesional de la psicología, introducirá los contenidos que se desean trabajar a lo largo del taller. El fin de la actividad es reconocer la importancia de la comunicación entre los diferentes actores del escenario paliativo, crear un clima de confianza y respeto entre estos y señalar, cómo una situación de conspiración del silencio, puede llegar a reportar malestar en el paciente, en tanto que se le usurpa su derecho a saber y decidir sobre su estado. Es primordial que valoren la importancia de respetar la autonomía del paciente, contribuyendo de este modo a mejorar la dignidad de este en sus últimos días.

La dinámica consiste en una pequeña representación teatral, que trata de ejemplificar el rol de cada uno de los actores del escenario paliativo y representar una situación de conspiración de silencio. Para ello, se propondrá que dos o tres participantes salgan de la sala, representando simbólicamente al paciente terminal. El resto, que permanece, se dividirá representando a familiares y profesionales. Entre estos últimos y el profesional, se pactará una información que concierne al paciente, pero que no se la pueden proporcionar, a pesar de que la demanden. De igual modo deberán responder de forma dicotómica a las preguntas formuladas por "los pacientes".

Los que representan a pacientes, deberán descubrir de qué va la dinámica, quienes son ellos dentro de este juego y qué se les pretende decir. Dependerá de estos, si quieren o no llegar al final. Tras la dinámica se reflexionará sobre lo siguiente:

A los que representan a pacientes: ¿Cómo se han sentido? ¿Qué percibían de sus compañeras? ¿Qué es lo que les ha hecho sentir mejor o peor?

A los que representaban a profesionales y familiares: ¿Cómo se han sentido?, ¿Cómo veían a sus compañeros? ¿Qué creen que les han hecho sentir a sus

compañeros?, Si se lo han contado, ¿Cómo lo han hecho?, ¿Cómo deberían hacerlo?

Jueves: 05:00pm a 07:00pm

Actividad 2: “Lluvia de experiencias”

Con la actividad se pretende generar un ágora donde exponer experiencias en torno a este tema: ¿Qué hicieron? ¿Cómo se sintieron o se han sentido? ¿Cómo se ha resuelto?

Se analizarán las ventajas e inconvenientes de cada una de las posturas y actitudes, anticipando las consecuencias de estas y evaluando el coste emocional que el secretismo puede ocasionar en el paciente.

El profesional recogerá en la pizarra dichas experiencias y la confrontación de las diferentes opiniones. Así como otros matices, características y factores.

El profesional de la psicología deberá propiciar un clima de participación, confianza, escucha activa y de respeto. Es esencial que no se sientan juzgados, empatizar con sus miedos, preocupaciones y normalizar o legitimar actitudes paternalistas.

SEMANA 2

Martes: 05:00pm a 07:00pm

Actividad 3: ¿Qué Harías tu si....?

En la actividad que se presenta a continuación, se pretende que las personas participantes reflexionen, analicen y expongan argumentos sobre lo que ellos harían, en los diferentes casos que se exponen en el anexo 1: Casos.

A través de una serie de cuestiones planteadas, se reflexionará sobre la misma y se incitará a los y las participantes a que propongan ideas, conductas y actitudes que contribuyan a mejorar y aumentar su autonomía.

Jueves: 05:00pm a 07:00pm

Actividad 4: “Rol-play”

Con la actividad de Rol-play se pretende entrenar estrategias, habilidades o recursos que capacite a familiares y profesionales sanitarios y les ayude a minimizar la actitud de paternalismo. Contribuir, igualmente, a gestionar la información que poseen del paciente y a mejorar la comunicación en el escenario paliativo. Se pone así énfasis en el respeto de la autonomía del paciente y en la comunicación bidireccional, contribuyendo a fomentar los principios de la atención paliativa.

La dinámica consiste en la representación de un ambiente paliativo y el entrenamiento de actitudes, estrategias y habilidades que mejoren la comunicación, la gestión de la información y el respeto a la soberanía del paciente. El caso planteado para la representación se recoge en el anexo.4: Rol-play.

El profesional de la psicología dirigirá los entrenamientos, ayudando a que se interioricen y desarrollen los recursos trabajados.

Entrenadas las habilidades, la actividad se cerrará con un video que muestra los recursos trabajados durante la sesión. (Anexo 4.1: Video de comunicación en escenario sociosanitario)

SEMANA 3

Martes: 05:00pm a 07:00pm

Actividad 5: “Mi Vida Sin Mí”

Mi vida sin mí, nos traslada a este escenario y nos invita a vivir con Ann, sus últimos días (Anexo. 7: Sinopsis). Con la visualización del film, se pretende empatizar con los personajes y fortalecer los contenidos desarrollados en el taller. Permite reflexionar sobre la importancia del control del paciente en el proceso, el respeto a sus decisiones y contribuir, desde su posición, a que esta autonomía sea posible.

Se analizarán las siguientes cuestiones, entre otras que surjan de los propios participantes: ¿Cómo se han sentido?; ¿Qué les ha llamado más la atención?; ¿Se han visto identificados en alguna cuestión, o con alguno de los personajes?

SEMANA 4

Martes: 05:00pm a 07:00pm

Actividad 6: “Cierre y evaluación”

Charla- debate sobre las actividades realizadas en el taller, sobre la importancia de la comunicación en el escenario que aquí se refiere y la importancia de no contribuir a generar mayor sufrimiento en el paciente con actitudes como la conspiración del silencio. Se reflexionará sobre las estrategias y recursos trabajados durante las sesiones del taller.

La actividad servirá a modo de evaluación de los contenidos trabajados y de los que han sido interiorizados y puestos en práctica por los y las participantes del grupo.

Finalmente se invita a practicar dichos recursos, y se ofrece la ayuda profesional si así lo demandasen.

3.6.4. TECNICA “LA OBSTINACION O ENSAÑAMIENTO TERAPÉUTICO”

Objetivos: Promover una muerte digna, evitando así actitudes como el ensañamiento terapéutico. Propiciar un espacio de despedida, dotando a los

familiares de estrategias que ayuden al paciente terminal, permitiéndole partir en paz.

Contenidos: Creación de un espacio que fomente el respeto hacia una muerte digna y ayude a comprender la importancia de dejar partir al terminal.

Objetivo Del Taller: Con el taller se pretende la promoción de una muerte digna y la creación de un espacio que permita a familiares y profesionales sanitarios dejar partir al terminal.

Participantes: El taller se orienta a un grupo de personas, familiares y profesionales, que a demanda de los mismos, necesiten desarrollar estrategias que promuevan los objetivos aquí planteados.

Temporalización: Duración de un mes.

Metodología: El taller se llevara a cabo a través de la reflexión y el análisis de dicha actitud, siempre desde el respeto a las diferentes posturas y opciones.

Recursos Materiales: Sala polivalente o de usos múltiples, Folios y bolígrafos, Proyector y pantalla de imagen, Film transparente tamaño industrial o similar, Tijeras, Corto de animación: La dama y la muerte, Pizarra y rotuladores, Fotocopias de fichas de trabajo: Artículos periodísticos anexos.

Recursos Personales: Profesional de la Psicología

SEMANA 1

Martes: 05:00pm a 07:00pm

Actividad 1: “Análisis reflexivo”

La obstinación terapéutica se presenta como una actitud común entre profesionales sanitarios y familiares, que a pesar de un pronóstico de muerte en el paciente, siguen tratando al paciente de forma activa, procurándole métodos y técnicas para prolongar la vida.

El profesional presentará los contenidos a trabajar en el taller, haciendo uso del análisis y estudio de diversos casos expuestos en artículos de opinión. Casos, que relatan una historia de ensañamiento u obstinación terapéutica (Anexo. 5: Artículos periodísticos).

Se pretende el análisis y reflexión de dicha actitud, y de los factores que pueden llevar a incurrir en ella. Se fomentara la expresión de experiencias en torno a ella.

Jueves: 05:00pm a 07:00pm

Actividad 2: “Calidad de vida vs Ensañamiento terapéutico”

Esta actividad plantea la creación de un debate que gire en torno al significado de los conceptos que se presentan: Calidad de vida vs Ensañamiento terapéutico.

Se deberán aportar argumentos e ideas, que defiendan cada una de las posturas.

El grupo se dividirá en dos y se asignará a cada uno, una de las dos visiones.

Cada equipo, representado por un compañero, expondrá al resto del grupo la visión, argumentos, o conclusiones a las que han llegado, anotándose estas en una pizarra para que quede visible. Se defenderán ambas posturas frente a la opuesta.

Una vez analizados los argumentos expuestos por ambos grupos, se elaborara una conclusión general sobre el tema en cuestión.

SEMANA 2

Martes: 05:00pm a 07:00pm

Actividad 3: ¡Dejarlos partir!

A través de esta actividad, se pretende desarrollar actitudes que contribuyan a aceptar la muerte de los pacientes terminales y por tanto a que estos puedan partir en paz.

La actividad muestra una representación simbólica de un escenario de terminalidad, y de cómo los deseos, actitudes y conductas de obstinación de familiares y profesionales sanitarios, impide a los pacientes partir en paz.

Un voluntario del grupo, representará simbólicamente al paciente, que postrado en su cama y en su estado, se va viendo envuelto por los deseos y actitudes de familiares y profesionales que le impiden partir en paz. Un sufrimiento que lo encierra.

El resto de participantes, representando a familiares y profesionales, lo van envolviendo con un rollo de film transparente. Conforme van haciendo esto van expresando los deseos y actitudes que impiden dejarlos partir, así:

No te vayas, tienes que seguir luchando; Te necesito; Hazlo por mí y por los niños, Sin ti me muero; Aguanta; No me dejes solo; Como voy a seguir viviendo sin ti; Podemos intentar otro tratamiento; No podemos quitarle la ayuda técnica; Inténtalo, vas a ponerte bien;....

Paralelamente a esto, el profesional le preguntara al voluntario ¿cómo se siente?, ¿Qué le hacen sentir con sus demandas y deseos? ¿Puede seguir intentándolo?

Los compañeros seguirán envolviendo al paciente con sus demandas y deseos, hasta que el voluntario exprese que ya no puede más,

En este punto, los compañeros cortaran el envoltorio, expresando deseos, sentimientos y actitudes que contribuyen a dejarlo partir en paz, tales como:

Puedes irte tranquilo; todo estará bien; siéntete bien; te queremos; nunca te olvidaremos; has sido muy valiente; vete en paz.

Jueves: 05:00pm a 07:00pm

Actividad 4: "Crear un clima de despedida"

Por medio de esta actividad, se pretende contribuir a crear un clima de confort y bienestar con los recursos, estrategias y conocimiento que disponen del paciente. Un espacio de despedida que permitirá al paciente terminal irse en paz.

Se les invita a pensar en los gustos, deseos y el clima que le gustaría vivir al familiar enfermo, en sus últimos días. Tal como: las personas que les gustaría tener a su lado, como le gustaría que fuera ese lugar, que objetos le gustaría tener cerca, que les gustaría escuchar,...

Para propiciar esa reflexión, el profesional amenizará el momento con una música relajante y unas velas aromáticas.

Tras esto se les pide que expresen bien por escrito o mediante un dibujo, el ambiente ideal de despedida para el familiar terminal. Posteriormente, se hará una puesta en común, explicando porque creen que ese clima y no otro, sería el ideal para el enfermo.

Con la actividad se pretende que los y las participantes desarrollen estrategias y recursos para ponerlas en práctica con el enfermo terminal. Promover la reflexión sobre cuál sería el escenario óptimo para el que se va. Por un lado, se intenta que familiares y profesionales proporcionen al enfermo el ambiente ideal para su despedida, atendiendo a la singularidad del paciente. Por otro, se propicia la reflexión sobre el familiar enfermo, sus gustos, deseos,.. Allandando el camino de la despedida.

SEMANA 3

Martes: 05:00pm a 07:00pm

Actividad 5: "La Dama y la Muerte"

La actividad, pretende que los y las participantes reflexionen, en clave de humor, sobre la importancia de fomentar una muerte digna. Muchas veces, con obstinación, sometemos a estos a un encarnizamiento con el objetivo de evitar la muerte. Acarreándoles mayor sufrimiento, en ocasiones en contra de los deseos del propio enfermo terminal (Anexo 7: Sinopsis) Se analizarán las siguientes cuestiones, entre otras que surjan de los propios participantes:

¿Cómo se han sentido?; ¿Qué les ha llamado más la atención?; ¿Se han visto identificados en alguna cuestión, o con alguno de los personajes?

SEMANA 4

Martes: 05:00pm a 07:00pm

Actividad 6: “Cierre y evaluación”

Charla- debate sobre las actividades realizadas en el taller, sobre la importancia de desarrollar y fomentar en el paciente el control y autonomía sobre su estado, contribuyendo a que este perciba la situación como propia, promoviendo una muerte digna. Se analizará y repasará la actitud de obstinación terapéutica, como barrera que limita la autonomía del paciente y que causa sufrimiento.

Se discutirán las estrategias y recursos trabajados durante las sesiones del taller.

La actividad servirá a modo de evaluación de los contenidos trabajados e interiorizados por los y las participantes del grupo.

Finalmente se les invita a practicar dichos recursos, y se les ofrece la ayuda profesional si así lo demandasen.

3.6.5. TECNICA “EL DUELO”

Objetivos: Enseñar estrategias y habilidades que ayuden a aceptar la realidad de la pérdida del ser querido y a afrontarla.

Contenidos: Desarrollar estrategias que ayuden a aceptar la pérdida y a normalizar los sentimientos que manifiestan ante esta. Estimular un espacio de despedida.

Objetivo Del Taller: Con el taller se intenta que los y las participantes identifiquen el valor de la pérdida. Dotar de recursos y estrategias, capacitándolos para elaborar el duelo de la forma más saludable posible.

Participantes: El taller se dirige a aquellos familiares y profesionales sanitarios que estén pasando por un proceso de duelo o que hayan pasado por el mismo, o simplemente aquellos que deseen desarrollar estrategias que les capacite para elaborar la pérdida de una forma más óptima.

Temporalización: Duración de un mes.

Metodología: Para la realización del taller se van a llevar a cabo una serie de actividades que van a estar orientadas a afrontar el duelo y la inminente pérdida. Cada participante las realizará de una manera única y personal.

Recursos Materiales: Sala polivalente o de usos múltiples, Folios y bolígrafos, Proyector y pantalla de imagen, Revistas viejas, Fotografías y objetos familiares.

Recursos Personales: Profesional de la Psicología.

SEMANA 1

Martes: 05:00pm a 07:00pm

Actividad 1: "Presentación 1"

La estrategia de intervención en el duelo debe tener por objetivo, en primera instancia, consolidar el vínculo y la alianza terapéutica. De este modo, en esta actividad se va a permitir expresar las emociones y el dolor que la experiencia conlleva. La estrategia se basará en la escucha activa y la empatía, que va a consolidar el vínculo necesario para llevar a buen puerto este proceso.

La creación de un clima de confianza, respeto y empatía entre participantes, es óptimo para que expresen las emociones que esta situación les reporta o les reportó. Al inicio del taller se propone una actividad de presentación que persigue este objetivo.

La dinámica se denomina " La mano". Cada uno de las personas participantes se irán presentando al grupo bajo la consigna que se recoge en el anexo 6: Dinámica la mano. Una vez que se hayan presentado, el profesional planteará las siguientes cuestiones: ¿Qué os ha traído aquí? ¿Qué emociones y sentimientos me embargan cuando pienso en su pérdida?

Se persigue que los dolientes conecten con su dolor, con las emociones y sentimientos que les embarga la inminente pérdida o la pérdida ya real del mismo. Permite, por tanto, que el resto del grupo conozca la situación de dolor que vive cada uno, creando un vínculo entre ellos, compartiendo muchos de ellos el mismo duelo. Se genera una conexión y empatía entre participantes.

Jueves: 05:00pm a 07:00pm

Actividad 2: "Aceptación de la pérdida"

En muchas ocasiones el doliente, se acerca a su familiar enfermo negando la realidad que esto representa, haciendo incluso planes de futuro y con certeras expectativas de que éste superará la enfermedad. La negación se convierte en una estrategia defensiva del doliente, que no normaliza ni racionaliza la situación. Es esencial, por tanto, que la intervención se dirija hacia esta negación de la realidad.

Por medio de la actividad se pretende fomentar la racionalización y aceptación de la pérdida como un proceso natural. Reflexionar sobre las renuncias progresivas a las que ha ido haciendo frente a lo largo de la vida, analizando su forma de afrontarlo y comparándolo con la forma que hoy enfrenta la muerte del ser querido. Además se incide en promover el realismo.

El profesional explicará las actitudes, sentimientos y etapas por las que pasa el doliente cuando se enfrenta a la pérdida de un ser querido, normalizando de este modo lo que están viviendo.

Entre todos se elaborará un decálogo de recomendaciones y consejos sobre un afrontamiento adecuado en un proceso de duelo.

SEMANA 2

Martes: 05:00pm a 07:00pm

Actividad 3: “Relato de la pérdida”

Esta actividad, continua en la línea de la anterior, pretende la reflexión y el análisis de los sentimientos y emociones que están viviendo por la pérdida del ser querido.

La tarea consiste en realizar un relato del proceso de pérdida que sufren o que han sufrido. La redacción de los acontecimientos y sentimientos experimentados promueve así la comprensión de la situación con mayor realismo y naturalidad.

En su relato, se les pide que revivan cómo están siendo o cómo fueron los últimos momentos con la persona que fallece o falleció. Se les plantea: ¿cómo fue el proceso? ¿Qué estaban haciendo?, ¿qué tipo de interacciones tuvieron con el enfermo?, ¿de qué hablan o hablaron?, ¿se despidieron?, ¿cómo lo hicieron?

Al acabar el relato, cada uno lo compartirá con el resto del grupo.

Jueves: 05:00pm a 07:00pm

Actividad 4 ¡Decir adiós!

Con esta actividad se pretende crear un espacio de despedida. A través de la expresión artística, se promueve que familiares y profesionales se despidan del enfermo terminal.

Para aquellos y aquellas que ya han sufrido la pérdida, se les plantea la idoneidad de realizar esta actividad con el objetivo de expresar al familiar fallecido, todo aquello que no le pudieron contar o expresar antes de su muerte.

El collage se propone como herramienta para expresar esas ideas y sentimientos, representando la despedida.

Se les proporciona revistas viejas, cartulinas y tijeras. De su uso conformarán el collage de despedida. Se les invita a aportar fotografías, cartas u otros, que muestren la relación entre el doliente y el familiar fallecido o que se muere. Conformando todo ello el collage.

SEMANA 3

Martes: 05:00pm a 07:00pm

Actividad 5: “El último viaje”

A través de la proyección del documental “El último viaje”, se pretende por un lado reflexionar sobre la muerte. Por otro, fomentar la aceptación de la misma y la naturalidad de este hecho. Se promoverá la aceptación de la pérdida.

SEMANA 4

Martes: 05:00pm a 07:00pm

Actividad 6: “Cierre y evaluación”

Charla- debate sobre las actividades realizadas en el taller. Se promueve la reflexión y el análisis sobre las renuncias progresivas a las que tenemos que ir haciendo frente. Se repasan las estrategias y recursos trabajados durante el taller.

La actividad servirá a modo de evaluación de los contenidos trabajados y de los que han sido interiorizados y puestos en práctica por los y las participantes del

grupo. Finalmente se invita a los pacientes a practicar dichos recursos, y se ofrece la ayuda profesional si así lo demandasen.

3.7. TECNICAS DE EXPRESIÓN Y REGULACIÓN EMOCIONAL POR EL INSTITUTO DE PSICÓLOGOS CÓRDOBA

La expresión de emociones puede presentarse como un problema fundamental en la atención del paciente oncológico y con enfermedad terminal, ya que se ha demostrado que el paciente con cáncer tienden a reprimir emociones, principalmente las consideradas negativas como el miedo y el enojo, lo que constituye una mayor dificultad en su identificación y por tanto en la atención que la familia pueda brindar a las necesidades emocionales del paciente.

Sin embargo, es importante mencionar que, no solo es necesario que los pacientes y sus familiares expresen sus emociones sino también que lo hagan de manera adecuada, es decir que las regulen. Se entiende como regulación emocional la habilidad para modular el afecto (respecto a su inicio, intensidad y tiempo de presentación) siguiendo las normas sociales y culturales al respecto y que permite alcanzar metas personales.

Dentro de la técnicas que requieren una atención específica se encuentran las técnicas de relajación cuyas indicaciones y contraindicaciones deben ser muy bien conocidas por el psicólogo especialista en cuidados paliativos debido a la presencia de síntomas físicos como la disnea y el dolor, que deben ser considerandos antes de proponer alguna de estas técnicas.

Estas intervenciones buscan que los pacientes y sus familiares experimenten sensaciones confortables e incompatibles con las respuestas de distrés emocional su efectividad se ha identificado en el manejo dolor crónico, al reducir la intensidad del mismo, en la reducción y duración de síntomas como la nausea y el vómito, así como un manejo adecuado de la ansiedad asociada a disnea.

3.7.1. TÉCNICA RESPIRACIÓN PROFUNDA

Se trata de una técnica simple que ayuda a controlar las emociones y reacciones biológicas. Son útiles antes, durante y después de enfrentarse a situaciones que sean intensas a nivel emocional.

La respiración profunda tiene grandes beneficios, porque oxigena nuestros órganos y hace que el cerebro trabaje mejor. A su vez, sirve para que nos relajemos y en consecuencia, consigue calmarnos.

Existen múltiples técnicas, pero una de las más utilizadas es la respiración abdominal. Ésta se realiza mediante un conteo de las fases de la respiración. El conteo puede variar ya que todos tenemos ritmos de respiración diferentes. Por ende, no se trata de forzar la respiración: lo ideal es encontrar el número que mejor se adapte a la nuestra.

Una forma de realizar la respiración profunda es la siguiente:

- 1.- Inspirar profundamente mientras contamos mentalmente hasta 5.
- 2.- Mantener la respiración mientras contamos mentalmente hasta 4.
- 3.- Soltar el aire mientras contamos mentalmente hasta 10.

Con esta técnica, obtendremos una respiración lenta y un poco más intensa que la habitual.

3.7.2. TÉCNICA AFIRMACIONES POSITIVAS

Las afirmaciones positivas son una fuente inmensa de poder personal, y de gran ayuda para la regulación emocional. Mediante ellas, podemos cambiar y mejorar cualquier aspecto de nuestra vida.

Cada pensamiento y palabra que pronunciamos es una afirmación. Incluso, las conversaciones que sostenemos con nosotros mismos (diálogo interno), son una cadena de afirmaciones positivas o negativas.

Louise Hay, terapeuta y escritora estadounidense, afirma en su libro “Afirmaciones” que “nuestras creencias no son más que patrones habituales de pensamiento aprendidos durante la niñez. Y aunque muchas nos benefician, otros pueden limitar nuestra habilidad para crear las cosas que realmente queremos en la vida”.

Para la autora, antes de llenar nuestra mente con afirmaciones positivas, debemos vaciarlas de pensamientos negativos. Para ello, primero debemos detectar cuáles son los pensamientos que generan, mantienen o incrementan nuestras emociones negativas; y nos hacen sentir tristes, enfadados, ansiosos, asustados, etc.

Una vez identificados, debemos sustituirlos por otros más positivos. Aunque se puede hacer de forma mental, Louise Hay recomienda anotar cada pensamiento negativo, y aquel que lo sustituye.

Una vez hecho esto sólo hay que ponerlo en práctica: cada vez que aparezca el pensamiento negativo, deberemos cambiarlo por uno positivo de manera automática. Esto ayudará a disminuir la ansiedad.

3.7.2. TÉCNICA DETENCIÓN DEL PENSAMIENTO

Esta técnica tiene como objetivo reducir la frecuencia y la duración de los pensamientos negativos, y las preocupaciones que se encuentran en la base de los trastornos emocionales.

Para lograr detener el pensamiento, lo que debemos hacer es:

Tomar conciencia: Es importante darse cuenta de los pensamientos y las connotaciones negativas que tienen para cada uno. Escucharse, y prestar atención a todo aquello que se nos pasa por la cabeza.

Detener el pensamiento, darnos órdenes: Una vez identificado el pensamiento, cada vez que aparezca debemos gritar interiormente (o en voz alta), frases como: “¡Ya basta!” “¡Pará de una vez!” “¡No voy a pensar más en eso!”.

Sustituirlo: En muchas ocasiones nuestra mente no puede parar de pensar, así que si detenemos el pensamiento de una preocupación, es importante sustituirlo por otro. Las dos formas más eficaces de hacerlo son:

A) Con distracción: Realizar una tarea, ya sea mental o motora, que distraiga y absorba lo suficiente. Puede ser contar, cantar, hablar con alguien, cocinar, pasear.

B) Con pensamientos positivos. Pensar en mensajes que nos sean agradables y reconfortantes. Incluso, pueden crearse propias afirmaciones y repetirlas una y otra vez. Por ejemplo, “toda está bien”, “no pasa nada, todo se soluciona”, “cuando llegue el momento, lo sabré resolver”.

3.7.3. TECNICA ENSAYO MENTAL

A veces, cuando debemos hacer algo para lo que no nos sentimos seguros de nosotros mismos; anticipamos la ansiedad del momento, y la instauramos en el momento actual. Esto se da, por ejemplo, cuando tenemos que hablar en público, o realizar algún tipo de prueba o examen.

Esta respuesta genera que la ansiedad ante el acto sea cada vez mayor. Y la razón por lo que esto sucede, es porque los pensamientos negativos se refuerzan negativamente, y se entra en un espiral ascendente.

Para enfrentar estas situaciones y combatir la ansiedad que nos generan, la técnica del ensayo mental es ideal y muy sencilla. Consiste en visualizar que la situación temida se desarrolla sin problemas. Esto nos permite sentirnos seguros y relajados, porque nos encontramos satisfechos con la manera de actuar.

También, es útil repetirnos a nosotros mismos consignas como: “lo estoy haciendo bien”, “estoy relajado”, “al público le gusta”, etc. Estas frases ayudan en gran manera a reforzar la técnica.

Cuando debemos enfrentar estas situaciones, es esencial practicar lo que debemos decir de manera mental y repetitiva. Con cada ensayo mental, el nivel

de ansiedad se irá reduciendo y esta sensación nos dará más confianza para superar la situación de manera exitosa.

3.7.4. TECNICA FLECHA DESCENDENTE

Los pensamientos que tenemos provienen siempre de ideas más profundas.

Si lo pensamos de manera sencilla, puede decirse que existen distintos “niveles” de pensamiento.

Dentro de cada uno de ellos, tenemos conocimientos/pensamientos de los cuales somos conscientes. Pero también, hay pensamientos que están mucho más escondidos en nuestra consciencia.

Una técnica útil para encontrar el origen de nuestros pensamientos negativos, es la técnica de la flecha descendente. Esta técnica permite identificar las creencias contraproducentes y así modificarlas.

¿Cómo funciona? Simplemente, se realiza una cadena de inferencias que llevan al paciente a hallar la raíz de su pensamiento. Es decir, se comienza desde una premisa inicial, y se va repreguntando hasta que la persona empieza a repetirse, o no encuentra explicamos.

Es en este punto en donde se da con el origen del pensamiento negativo.

Un ejemplo de esta técnica sería:

Pensamiento negativo: Tengo Cancer.

Si esto es verdad, ¿qué significaría para mí? Que estoy enfermo.

Si esto es verdad, ¿qué significa para mí? No me voy a curar.

Si esto es verdad, ¿qué significa para mí? Voy a morir.

Si esto es verdad, ¿qué significa para mí? Soy una carga.

Como puede verse, a medida que respondemos a las preguntas y reflexionamos sobre ellas, el pensamiento central va emergiendo.

La repetición de este proceso generará una cadena de pensamientos negativos. Al repasarlos, podremos determinar las creencias contraproducentes que originan las emociones.

Lo siguiente es cambiar esta creencia. Este proceso consta de tres pasos:

- A) Realizar un análisis de los costes-beneficios que otorga el malestar.
- B) Revisar la creencia.
- C) Poner a prueba la creencia. Al realizar este tercer paso es donde se produce el verdadero cambio emocional.

3.8. LA TERAPIA DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS POR D'ZURILLA Y GOLDFRIED

se enfoca en ayudar a los pacientes y sus familiares desarrollar habilidades para la identificación de problemas y la elaboración de posibles soluciones, las intervenciones basadas en la solución de problemas frecuentemente están dirigidas a los cuidadores primarios ya que requiere condiciones cognitivas específicas, por esta razón su uso para algunos pacientes paliativos dependerá de sus condiciones físicas y mentales. Han sido empleadas en el manejo de síntomas y la búsqueda de información y han demostrado tener un impacto positivo sobre la calidad de vida de los cuidadores primarios.

Uno de los procesos de atención psicológica que suele ocuparse con mayor frecuencia en los escenarios oncológicos es la Psicoterapia de apoyo, que tiene por objetivo ayudar a los pacientes a hacer frente a las situaciones estresantes y las reacciones emocionales asociadas. Se basan en la identificación de las fortalezas previas de las personas y la promoción de estrategias de afrontamiento a la enfermedad. Estas intervenciones son altamente flexibles y se pueden modificar con cada paciente e incluso con el mismo paciente y familiar en situaciones diferentes.

Dentro de este tipo de estrategias destaca la intervención en crisis, que se define como un proceso orientado a la resolución de uno o varios problemas derivados de una situación inesperada y que afecta negativamente el curso de la vida de una persona. Tiene por objetivos amortiguar el impacto de un evento estresante, ayudar a las personas a identificar y fortalecer las estrategias de afrontamiento, controlar y disminuir el estado de estrés, ansiedad, desamparo y confusión del paciente, y finalmente, ayudarlo a realizar actividades necesarias e inmediatas basadas en su condición física, social, familiar y contextual.

3.8.1. HABILIDADES DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

La Terapia de Solución de Problemas está formada por tres tipos diferentes de habilidades:

Generales: Son habilidades de orientación al problema, y se utilizan en la primera fase de la terapia (fase de orientación al problema), se trata de cogniciones generales como percibir el problema, atribuirle una causalidad, valorarlo y comprometerse con él.

Específicas: Se trata de las habilidades “intermedias” que utiliza el paciente (entre las generales y las básicas), y se ponen en práctica en situaciones muy concretas.

Básicas: Son las habilidades más específicas en solución de problemas, y se utilizan en las fases siguientes a la primera, para definir el problema, generar alternativas, tomar una decisión, aplicar la solución y comprobar su utilidad.

Etapas De La Terapia

La Terapia de Solución de Problemas se divide en cinco etapas, cada una de las cuales se compone por alguno/s de los tres tipos de habilidades comentados. Estas etapas son:

Orientación hacia el problema: Se trata de aceptar los problemas que uno tiene, y se centra en la importancia de reconocerlos y no huir, manteniendo una actitud positiva hacia ellos. En esta etapa es muy importante el componente motivacional. Las variables más importantes en esta fase son cuatro:

- Percepción del problema (reconocimiento y etiquetación).
- Atribución causal del problema (influye en su valoración).
- Valoración del problema (control personal; significado para el bienestar social y personal).
- Compromiso de tiempo/esfuerzo y control personal

Estas variables son a su vez las habilidades generales que se utilizan en esta fase, consistentes en cogniciones generales de orientación al problema.

Definición Y Formulación

En esta fase de la Terapia de Solución de Problemas se remarca la importancia de definir bien el problema; según los autores, si el problema está bien definido la mitad del mismo está resuelto. Las variables o pasos de esta etapa son:

- Recoger información relevante sobre el problema (tipo o naturaleza).
- Establecimiento de una meta realista.
- Reevaluación de la importancia del problema.

Aquí se utilizan las habilidades básicas, que son las más específicas en solución de problemas. Concretamente, en esta etapa se utilizan las habilidades de sensibilidad hacia los problemas y toma de perspectiva, que posibilitan definir y formular el problema adecuadamente.

Generación De Alternativas

En esta etapa se plantean tres principios derivados de la producción divergente de Guidford y del método de la tormenta de ideas de Osborn. En esta etapa se utilizan también habilidades básicas.

Los tres principios que se plantea en esta fase son:

Principio de cantidad: Cuantas más ideas se propongan, mejor, y también más probable será que alguna de ellas sea útil o efectiva.

Principio de aplazamiento del juicio: Una persona generará mejores soluciones si no tiene que evaluarlas ese mismo momento.

Principio de variedad: Cuanto más variadas sean las ideas, mejor, y más probabilidades de que alguna sea efectiva

Toma De Decisiones

Aquí se seleccionan la mejor o las mejores propuestas o ideas, en función de consecuencias que se anticipan; después se evalúan los resultados y se planifica la ejecución de las ideas o estrategias propuestas.

Como en las fases anteriores, aquí también se utilizan habilidades básicas de solución de problemas; concretamente tres: el pensamiento alternativo (pensar en alternativas), el pensamiento medios-fin (pensar en medios para llegar a los objetivos) y el pensamiento consecuencial (pensar en las consecuencias de las soluciones planteadas).

Ejecución Y Verificación

Finalmente, en la última fase de la Terapia de Solución de Problemas se evalúa el resultado y la efectividad de la solución elegida en la situación problemática real. Esta fase está formada por cuatro componentes o subfases:

-Ejecución: se pone en práctica la solución.

-Autoobservación: se observa la propia conducta y sus resultados.

-Autoevaluación: se compara el resultado obtenido con el resultado predicho.

-Autorreforzamiento: se refuerza la propia conducta o ejecución.

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.

D’Zurilla y Goldfried. *Terapia de Solución de Problemas: funcionamiento y características*, recuperado de <https://psicologiaymente.com/clinica/terapia-solucion-de-problemas>.

Perez, E.E, (2013) *Programa de Intervención Psicoeducativa en Cuidados Paliativos*, Córdoba. Departamento de Psicología de la Facultad de Ciencias de la Educación, Universidad de Córdoba.

Psicólogos Córdoba, (2018), *¿Qué son las técnicas de regulación emocional?*, recuperado de, <https://psicologoscordoba.org/que-son-las-tecnicas-de-regulacion-emocional/>