

### DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo: **VANESSA CAROLINA MÉNDEZ POSLIGUA** con CC. 172440170-6, autora del trabajo de graduación intitulado: **“EL DUELO DEL PSICÓLOGO FRENTE A LA MUERTE DE UN PACIENTE ONCOLÓGICO”**. Estudio realizado desde la Teoría Psicoanalítica en cinco Psicólogos Clínicos de la ciudad de Quito, previo a la obtención del título profesional de **PSICÓLOGA CLÍNICA**, en la Facultad de **Psicología**.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

Quito, enero 2020

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Vanessa Méndez Posligua'.

**VANESSA CAROLINA MÉNDEZ POSLIGUA**  
CC. 172440170-6

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**TEMA: EL DUELO DEL PSICÓLOGO FRENTE A LA  
MUERTE DE UN PACIENTE ONCOLÓGICO**

Estudio realizado desde la Teoría Psicoanalítica en cinco psicólogos  
clínicos de la ciudad de Quito

**AUTORA: VANESSA CAROLINA MÉNDEZ POSLIGUA**

**DIRECTORA: MTR. DANIELA CASTRO FALCONÍ**

**QUITO, ENERO 2020**

## AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quiero agradecer a mi padre., por ser mí ejemplo a seguir, por enseñarme a no rendirme nunca, por perseguir mis sueños, por el amor incondicional y por apoyo de cada día. Gracias por sacrificar cada día de tu vida por mí, este triunfo es por ti y para ti.

A mi familia, con la que he podido contar en las buenas y en las malas. A mi madre quien ha estado ahí alentándome; a mis hermanas Daniela y Paola por ser mi inspiración, mis amigas y confidentes, las amo.

A Lucianita y Martin, por ser mis pequeños ángeles desde que llegaron a mi vida. A familiares que han sido de gran apoyo durante todo este proceso.

A mis amigas y amigos más cercanos que han estado ahí para brindarme su mano y su apoyo en los días más difíciles, a Dani por ser una gran amiga desde el principio hasta el final.

A mi directora, Daniela Castro por su tiempo y apoyo incondicional a lo largo de esta disertación, gracias por brindarme sus conocimientos y sobre todo su motivación. A todos los profesionales que me ayudaron a realizar esta investigación, por compartir conmigo sus experiencias y el valor de la vida.

A la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, a la carrera de Psicología y a todos los docentes que supieron dar lo mejor de cada uno, me enseñaron a amar mi carrera.

## Tabla de contenido

AGRADECIMIENTOS .....	III
INTRODUCCIÓN .....	1
CAPÍTULO 1: TEORIZACIÓN DEL DUELO .....	3
1.1    Conceptualización del duelo y etapas del duelo.....	3
1.2    Manifestaciones psíquicas del duelo .....	7
1.3    Implicaciones en el pre-duelo.....	11
1.4    Factores intervinientes en el proceso de duelo .....	13
1.4.1    Variables vinculadas fundamentalmente al objeto .....	13
1.4.2    Variables vinculadas fundamentalmente al sujeto.....	14
1.4.3    Variables vinculadas fundamentalmente con el cómo de la pérdida.....	15
1.5    El duelo en los psicólogos clínicos.....	19
CAPÍTULO 2: CUIDADOS PALIATIVOS, ONCOLOGÍA Y PSICOONCOLOGÍA .....	23
2.1.    Definición de cuidados paliativos .....	23
2.2.    Definición de Oncología .....	27
2.2.1.    Rol comunicativo del equipo multidisciplinario .....	29
2.2.2.    Cifras de las enfermedades terminales más comunes en Ecuador.....	30
2.3.    Definición de Psico-Oncología .....	31
2.3.1.    Función del Psicólogo Clínico.....	33
CAPÍTULO 3. PROPUESTA DE GUÍA DE FORMACIÓN PARA PSICÓLOGOS CLÍNICOS CON ENFOQUE PSICOANALÍTICO.....	38
CAPÍTULO 4: METODOLOGÍA .....	43
4.1 METODOLOGÍA.....	43
4.2 DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	60
4.3 CONCLUSIONES .....	64
4.4 RECOMENDACIONES.....	67
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	70
ANEXOS.....	74
ANEXO 1: FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO .....	74
ANEXO 2: PREGUNTAS DE ENTREVISTA.....	77
ANEXO 3: PREGUNTA 1: ¿Desde qué línea trabaja y como esa línea concibe el tema del duelo?.....	80
ANEXO 4: PREGUNTA 2: ¿Ha tenido experiencias personales de muerte y duelo? ...	81
ANEXO 5: PREGUNTA 3: ¿Cómo vive o vivió esta experiencia de duelo? .....	82
ANEXO 6: PREGUNTA 4: ¿Los duelos y pérdidas personales han afectado en algún momento su trabajo?.....	83

ANEXO 7: PREGUNTA 5: ¿Ha notado algún cambio en usted a causa de pérdidas y duelos experimentados?.....	84
ANEXO 8: PREGUNTA 6: ¿A mayor o menor tiempo de trabajo con pacientes oncológicos, cambió su metodología? .....	85
ANEXO 9: PREGUNTA 7: ¿Usted ve necesario la supervisión de los casos? .....	86
ANEXO 10: PREGUNTA 8: ¿Acostumbra a supervisar sus casos? ¿Con qué profesional? .....	87
ANEXO 11: PREGUNTA 9: ¿Cómo enfrentó la muerte de su primer paciente oncológico?.....	89
ANEXO 12: PREGUNTA 10: ¿Se vio afectado y de qué manera?.....	90
ANEXO 13: PREGUNTA 11: No siendo así, ¿cómo hizo para no verse afectado? .....	91
ANEXO 14: PREGUNTA 12: ¿Después de esta experiencia cree haber notado un cambio en su forma de trabajo con los pacientes oncológicos? .....	92

## INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Factores generales que afectan el curso de los procesos de duelo.....	13
Tabla 2: Afectación de los procesos de duelo por las causas o circunstancias de la pérdida. .....	15
Tabla 3: Pasos a seguir en la investigación .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Tabla 4: Tabla participantes /años de experiencia.....	43
Tabla 5: Construcción de la entrevista a partir de las categorías planteadas.....	45
Tabla 6: PREGUNTA 1: ¿Desde qué línea trabaja y como esa línea concibe el tema del duelo? .....	80
Tabla 7: PREGUNTA 2: ¿Ha tenido experiencias personales de muerte y duelo?.....	81
Tabla 8: PREGUNTA 3: ¿Cómo vive o vivió esta experiencia de duelo?.....	82
Tabla 9: PREGUNTA 4: ¿Los duelos y pérdidas personales han afectado en algún momento su trabajo? .....	83
Tabla 10: PREGUNTA 5: ¿Ha notado algún cambio en usted a causa de pérdidas y duelos experimentados?.....	84
Tabla 11: PREGUNTA 6: ¿A mayor o menor tiempo de trabajo con pacientes oncológicos, cambió su metodología?.....	85
Tabla 12: PREGUNTA 7: ¿Usted ve necesario la supervisión de los casos? .....	86
Tabla 13: PREGUNTA 8: ¿Acostumbra a supervisar sus casos? ¿Con qué profesional?...	87
Tabla 14: PREGUNTA 9: ¿Cómo enfrentó la muerte de su primer paciente oncológico?.	89
Tabla 15: PREGUNTA 10: ¿Se vio afectado y de qué manera? .....	90
Tabla 16: PREGUNTA 11: No siendo así, ¿cómo hizo para no verse afectado?.....	91
Tabla 17: PREGUNTA 12: ¿Después de esta experiencia cree haber notado un cambio en su forma de trabajo con los pacientes oncológicos?.....	92

## RESUMEN

La presente investigación busca describir cómo lleva el Psicólogo clínico el duelo por la pérdida de pacientes oncológicos. Desde el punto de vista conceptual, se asumen los fundamentos teóricos sobre el duelo y sus etapas según Freud (1915/2007), quien refiere que el duelo es un proceso psicológico que el sujeto debe superar. A los aportes de Freud se suman los de Baubab de Dreizzen, (2001), así como los supuestos de Klein (1967), quien profundizó sobre los procesos intrapsíquicos que vive el sujeto frente a la pérdida del objeto de su amor, entre otros autores.

Desde el punto de vista metodológico, se adopta un enfoque cualitativo dentro del cual se aplicó una entrevista semi-estructurada a cinco Psicólogos Clínicos en el ejercicio de su profesión, como participantes en la investigación. En correspondencia con la revisión teórica se obtuvo los siguientes hallazgos: Las experiencias personales de los psicólogos clínicos han sido fundamentales para dirigir su trabajo terapéutico con pacientes oncológicos, las mismas que en ocasiones han generado alteraciones en su conducta personal y profesional.

Por lo tanto, independientemente de que las experiencias personales del psicólogo hayan permitido conocer el duelo o no, él puede generar una relación diferente con los pacientes, dado que cada caso posee sus propias particularidades y ello no le impide generar conductas empáticas hacia los mismos. No todos los psicólogos clínicos han sido formados totalmente en el tema de afrontamiento de la muerte y la elaboración del duelo, pero el tener herramientas, estrategias terapéuticas y recursos personales les facilita superar la pérdida de un paciente oncológico. Sin embargo, la formación profesional y personal no le exime de tener experiencias dolorosas por pérdida de pacientes. En función de los cuales, se realizó una guía de formación para psicólogos clínicos que trabajan en cuidados paliativos o psicooncología desde un enfoque psicoanalítico quienes serán los que se enfrentan a la pérdida de pacientes oncológicos.

Entre las conclusiones más relevantes destacan las siguientes: el trabajo profesional que realiza el psicólogo clínico con pacientes oncológicos le ha permitido una conceptualización diferente acerca de la muerte. El psicólogo clínico ha experimentado diversas situaciones de muerte y duelo a nivel personal, las mismas que influyen en el trabajo con pacientes oncológicos. Por otro lado, se recomienda ampliar el conocimiento acerca del tema de la

muerte, ya que de este modo se puede dar a conocer que a pesar de que una persona se encuentre al final de su vida puede recibir una atención de calidad permitiéndole morir en paz y sin dolor. La formación del Psicólogo Clínico, se complementará al trabajar con pacientes oncológicos debido a que le permitirá tener herramientas y estrategias adecuadas para el abordaje terapéutico de estos casos. La experiencia en la clínica también es vital para que se pueda brindar una adecuada atención a los pacientes, permitiéndoles tener una mejor calidad de vida con la enfermedad y el diagnóstico

**Palabras clave:** duelo, elaboración del duelo, psicólogo clínico.

## INTRODUCCIÓN

El interés ante este tema surge a partir de las prácticas pre – profesionales, en las cuales se pudo trabajar con psicólogos clínicos que realizan su trabajo profesional con pacientes oncológicos. La importancia de este estudio se encuentra basada en conocer el proceso de duelo en el Psicólogo clínico frente a la muerte de un paciente oncológico, si en este proceso se puede evidenciar manifestaciones psíquicas por la elaboración del duelo en este profesional, cuya afectación podría verse reflejada en el ejercicio profesional del mismo. Es oportuno profundizar en este tema debido a que existen falsas creencias en las que se supone que el psicólogo clínico en su desempeño profesional no debe permitirse afectarse personalmente con respecto a la pérdida de sus pacientes oncológicos, el profesional no deja de ser un sujeto. De esta manera, se puede describir cómo el psicólogo clínico, desde su condición de sujeto, enfrenta el duelo que podría sobrevenir por experiencias de pérdida de pacientes oncológicos y los subsecuentes cambios que podrían ocurrir a nivel intrapsíquico.

La investigación es una oportunidad de responder a la pregunta, ¿cuál es el efecto de la muerte de un paciente oncológico en el trabajo del psicólogo clínico?, de esta manera se permite identificar el efecto del duelo en el rol del profesional precautelando su salud mental. El psicólogo clínico a través de sus experiencias personales y su formación académica, se encuentra capacitado para realizar su trabajo terapéutico dirigido a personas que han sido diagnosticadas de cáncer teniendo en cuenta siempre el cuidado y bienestar del paciente.

En primer lugar, se aborda teóricamente la conceptualización del duelo desde la teoría psicoanalítica, se hará referencia a las manifestaciones psíquicas que se presentan en el duelo y se encuentran relacionadas con el proceso de elaboración del mismo por la pérdida del objeto.

En segundo lugar, se abordará teóricamente el concepto de cáncer, cuidados paliativos y psicooncología. Se presentan estos temas debido a que son áreas en las que el psicólogo clínico realiza su trabajo profesional poniendo énfasis en los factores que influyen en el paciente oncológico.

En tercer lugar, a partir de la teoría, experiencias personales y entrevistas a psicólogos clínicos, se realizó una propuesta de guía con enfoque psicoanalítico, para tener una visión acerca de la elaboración del duelo en Psicólogos Clínicos por pérdida de pacientes oncológicos.

Finalmente, se establece una relación entre las categorías duelo en el Psicólogo y la muerte de un paciente oncológico, donde psicólogos clínicos explican sus emociones, su proceso personal psicológico frente al abordaje de pacientes oncológicos a través de sus respuestas relacionadas a esta problemática y su experiencia dentro de la clínica.

Se presentará una discusión de resultados, seguidos por conclusiones y recomendaciones.

# CAPÍTULO 1: TEORIZACIÓN DEL DUELO

## 1.1 Conceptualización del duelo y etapas del duelo

El duelo como tal, es una experiencia parte de la vida del sujeto en la que surge como reacción ante el sentimiento de pérdida de un ser u objeto amado. El tema de investigación toma al psicólogo clínico también como un sujeto que ha sufrido pérdidas a lo largo de su vida, un sujeto que incluso puede llegar a tener angustia o temor por pérdidas a futuro aun así ejerciendo su profesión a diario con el tema de duelo o muerte.

En este capítulo se puede evidenciar que las definiciones referentes al duelo son diversas, por lo que se conceptualizará el término desde el punto de vista de varios autores, tales como Freud, Klein, entre otros. Entre algunas conceptualizaciones encontramos que la palabra duelo posee dos significados, en latín la palabra *Dollus* significa dolor o pena; por otro lado la palabra *Duellum* significa batalla o combate (Bauab de Dreizzen, 2001).

En el Psicoanálisis, el tema del duelo fue abordado desde épocas muy tempranas. Sigmund Freud, en su escrito *Duelo y Melancolía* (1915/2007) presenta el desarrollo de este argumento del cual se genera un gran interés e importancia de este trabajo porque en el mismo, el autor plantea una novedosa manera de elaboración de duelo en el sujeto. Debido a esto, el autor señala que en algunas ocasiones las manifestaciones y reacciones del duelo suelen ser confundidas por síntomas de la melancolía si esta no es identificada correctamente (Freud, 1915/2007).

“El duelo es, por regla general, la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc.” (Freud, 1915/2007, p.241). Se entiende entonces que el duelo no es solo la pérdida real de un objeto, sino que será la pérdida de un objeto cuyo valor o significado sea muy importante para el sujeto provocando en él un dolor a nivel psíquico afectando al yo desde el orden de lo real.

Para Freud, en el trabajo del duelo existe una relación estrecha entre la tramitación del duelo, la elaboración y la reconstitución de la pérdida que se dio en lo real. Su función es el subjetivar la pérdida inscribiéndola nuevamente en la falta, permitiendo más adelante que este vacío sea sustituido y reemplazado con otro objeto. El sujeto se da cuenta de la realidad y acepta

que el objeto perdido no existe más. En algunas ocasiones la libido que ha quedado libre le produce un gran dolor, como un vacío (Freud, 1915/2007).

La función del duelo es subjetivar la pérdida del objeto amado sin caer en la ilusión o remplazarlo por otro objeto, se crearía una nueva relación de carácter fantasmático entre el objeto perdido y el sujeto. Para dar paso a la elaboración del duelo, primero se debe dar cuenta de la investidura del objeto que se perderá, a partir de esto se dará paso a la inscripción de la falta del objeto en la estructura del sujeto (Freud, 1915/2007).

Según la teoría psicoanalítica, el duelo es el proceso que atraviesa el sujeto tras la pérdida de un objeto, en el cual la libido puesta en el objeto perdido tendrá como fin reorganizarse y ser libre nuevamente para ser investida en otro objeto. Se debe manifestar que aun en lo psíquico, la existencia de este objeto perdido demandará un gran esfuerzo que impulsa al sujeto a tener una reorganización que le permita distribuir de mejor manera la libido (Freud, 1915/2007).

En el escrito de Freud (1915/2007) se propone un trabajo de elaboración del duelo que implica retirar la catexia libidinal del objeto. Una vez retirada la catexia de ese objeto regresa nuevamente al yo para poder atravesar por los tiempos lógicos de la elaboración del duelo. En algunas ocasiones, en el proceso de elaboración del duelo se pueden evidenciar manifestaciones de tipo emocional y comportamental que dificulten el trabajo de duelo, las mismas que lleguen a generar un posible duelo patológico y particularidades psíquicas del sujeto como menciona Freud en sus escritos.

La melancolía trae consigo cierta afectación en la conducta del sujeto y de su vida como “cancelación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de toda productividad y una rebaja en el sentimiento de sí que se exterioriza en autorreproches y autodenigraciones y se extrema hasta una delirante expectativa de castigo” (Freud, 1915/2007, p.242). El autor citado indica que la afectación que sucede tras la pérdida del objeto de amor suele ser evidente en las reacciones que tiene el sujeto cuando atraviesa por un duelo. Debido a esto, en algunas ocasiones las características de la melancolía pueden ser confundidas con las del duelo, ya que no se efectúa una correcta identificación y diferenciación de estas características.

El trabajo del duelo consiste en que el sujeto se permita extrañar al objeto perdido, se sitúe en la realidad y se de cuenta que el objeto ya no existe más. La carga libidinal que tenía el objeto

es retirada, persiste la presencia del objeto en la psique del sujeto mediante recuerdos, pero la libido se encuentra liberada y lista para colocarse en otro objeto (Freud, 1915/2007).

Es evidente que la pérdida del objeto es dolorosa, y sobre todo la reacción ante esta pérdida puede ser realmente significativa para el sujeto. Debido al trabajo del duelo, se creería que al final la libido es liberada, se reinscribe en la falta el objeto de amor perdido y se reinstaura el orden del deseo (Bauab de Dreizzen, 2001).

Freud en su escrito (1915/2007) infiere que una de las diferencias entre melancolía y duelo es que de alguna manera la melancolía es “una pérdida del objeto sustraída de la conciencia” (Freud, 1915/2007, p.243) es decir, la pérdida se da a nivel inconsciente por lo que el sujeto no puede dar cuenta de ella en el mundo externo. El autor indica que, en la melancolía se evidencia un empobrecimiento del Yo a través de ciertas características y manifestaciones en las que el yo es humillado, despreciado y moralmente despreciable.

Las manifestaciones previamente indicadas son el resultado de expresiones de lo pulsional. Freud (1915/2007) propone que el trabajo de duelo debe ser un proceso, el cual si se detiene en alguno de los tiempos lógicos de elaboración podría ocasionar manifestaciones clínicas. Se espera que, a través del proceso de elaboración del duelo, el sujeto logre subjetivar la pérdida, evitando que quede en el mismo lugar, ya que el objeto perdido perdurará en la psique del sujeto. Este trabajo de duelo puede tomar algún tiempo dependiendo de cuan eficaz sea para el sujeto atravesar este proceso que propone Freud.

La elaboración del duelo se realiza con base en los mecanismos que cuente el sujeto para afrontar la realidad de su pérdida. Para que el duelo sea elaborado es necesario que el sujeto atraviese por tiempos lógicos que no están totalmente definidos. Freud explica la elaboración del duelo a través de tres momentos. En el primer momento prima el mecanismo de la desmentida o renegación; en un segundo momento, se da una simbolización del objeto perdido, y culmina con un tercer momento con la reafirmación de la pérdida del objeto amado, en la que la libido está libre y lista para ser investida en otro objeto (Freud, 1915/2007).

En el primer tiempo de la elaboración del duelo, el sujeto hace frente a la pérdida en lo real, existe una renuencia a la aceptación. Bauab de Dreizzen indica que: “la renegación reenvía al sujeto a una posición privada y desde ahí sin recurso a quedar representado en la cadena significante” (Dreizzen, 2001, p.22). De esta manera, la autora refiere que Freud coloca al borde de esta manifestación la existencia de otra parecida a la psicosis, la psicosis alucinatoria.

Este fenómeno se caracteriza como una salida para que el objeto siga investido por el sujeto desligándose completamente de su realidad.

En este primer momento el duelo empezará su proceso de elaboración, la falta debe ser recolocada dando paso a la aceptación de la pérdida del objeto amado (Bauab de Dreizzen, 2001). Dicho esto, las ceremonias funerarias y rituales son esenciales para que exista una elaboración del duelo.

El segundo tiempo, netamente se refiere al trabajo de simbolización del objeto perdido, se trata de un trabajo que implica un gran desgaste psíquico debido al esfuerzo realizado, Dreizzen menciona: “permite ir aceptando que el objeto amado investido libidinalmente ya no está, en el examen de la realidad que posibilita que se retire la libido adherida al objeto, ya que no hay matriz ni perceptiva ni sensorial que corresponda al anhelo” (Dreizzen 2001, p.23). En este segundo tiempo, el sujeto se encuentra frente a la re simbolización dando paso a que este objeto amado perdido sea aceptado, noción de que se ha perdido y no está más, permitiendo que la libido desaloje el objeto para que, en un próximo tiempo esté completamente libre.

Por último, existe un tercer tiempo que se lo describe como el momento en el que el sujeto reconoce la pérdida y es totalmente aceptada, es entonces cuando se da paso a la consumación de la misma por segunda vez, de esta manera la ausencia del objeto amado se encuentra realmente afirmada en lo simbólico, “este movimiento permite la modificación de los lazos con el objeto perdido, la separación y el investimiento libidinal de otros objetos sustituyendo al ausente” (Dreizzen 2001, p.24). El objeto se encuentra declarado muerto para el sujeto por lo que surge una separación con este y la libido se encuentra totalmente liberada para poder ser investida en otro objeto. Esta libido regresa al Yo, la libido se recoloca, se acepta a la pérdida como real y se registra a nivel simbólico.

El duelo a causa del objeto amado perdido da paso a la recomposición del significante en el que se permite subjetivar la pérdida, es esta la función del duelo en la que no existe la sustitución del objeto por otro sino la transformación de la relación con el objeto fantasmático. La elaboración del duelo también dependerá de cómo la persona experimente la pérdida del objeto, se le permite al sujeto mediante esta función, el poder nombrar, reinscribir la falta en el orden del deseo y facilitarle hacer frente a la realidad de la pérdida (Freud, 1915/2007).

## 1.2 Manifestaciones psíquicas del duelo

En la elaboración del duelo se evidencian varios mecanismos psíquicos que se encuentran relacionados con la pérdida del objeto amado. Ante esta pérdida el sujeto se encuentra doliente, por lo que se elabora una serie de manifestaciones frente al proceso del duelo. La elaboración del duelo implica un desgaste debido a un gran trabajo psíquico, el mismo que permite que el yo del sujeto se adapte a la pérdida ocasionada. Las representaciones que se dan en el trabajo del duelo debido a la pérdida pueden estar alojadas a nivel consciente o inconsciente del sujeto (Freud, 1915/2007).

“Los procesos de duelo y de elaboración del duelo incluyen la persona, la aflicción: el dolor y el sufrimiento, fundamentalmente mentales, que es necesario padecer para << curar>>, <<elaborar>> o <<resolver>> la pérdida” (Tizón, 2013, p.49). El duelo se centra en componentes psíquicos que lo califican como un proceso acompañado por una serie de emociones y sentimientos que van desde la tristeza y el dolor hasta la rabia. Estas expresiones son normalmente evidenciadas como consecuencia de una pérdida significativa para el sujeto (Tizón, 2013).

En el trabajo de Freud (1915/2007) se hace referencia a los procesos de duelo y las manifestaciones consecuentes por lo que, en algunas ocasiones, las mismas pueden ser percibidas como síntomas de la depresión. Los fenómenos expresados a lo largo de este proceso, Freud los tomaba como una inhibición de la libido que se vive en cada duelo por el que atraviesa el sujeto.

En la teoría psicoanalítica se toma en cuenta que el yo permite dar paso a la aparición de manifestaciones psíquicas desde un primer momento en que se descatectiza el objeto hasta que la libido investida llega a ser liberada. De esto último se desprende que desde el enfoque psicoanalítico el yo tiene la posibilidad de liberar emociones y sentimientos generados a partir de la pérdida del objeto amado (Freud, 1915/2007).

Frente a las diversas manifestaciones psíquicas que se dan a raíz de la pérdida del amado, Freud indica que el sujeto puede tener algunas reacciones frente a la pérdida del objeto con el cual mantenía un lazo significativo importante (Freud, 1915/2007). En este sentido, tras la

muerte del objeto se plantea la posibilidad de que existan dos tipos de duelo frente a la pérdida real del objeto de amor que serían el duelo normal y el duelo patológico.

El duelo normal a causa de la pérdida del objeto amado se sujeta totalmente en el registro de lo real y lo simbólico, momento que se describe como un desgaste por un gran trabajo psíquico del Yo, instante en que el objeto no existe más. Al mencionar a la melancolía Freud (1915/2007) indica:

La relación con el objeto no es en ella simple; la complica el conflicto de ambivalencia. Esta es o bien constitucional, es decir, inherente a todo vínculo de amor de este yo, o nace precisamente de las vivencias que conllevan la amenaza de la pérdida del objeto (p.253).

Previamente a la muerte del objeto amado existió un lazo significativo con el sujeto, el mismo que permitirá que se mantenga una relación que daría paso a la elaboración del duelo. A partir de los pensamientos de Freud acerca del tema, Klein tuvo gran interés y profundizó el tema de los procesos intrapsíquicos que se viven y se experimentan dentro de la elaboración del duelo del sujeto frente a la pérdida del objeto de amor.

Klein (1948/1964), quien aportó significativamente a la teoría del duelo, menciona que éste se hace presente por la relación que se mantiene con los recuerdos o representaciones conscientes o inconscientes que se han manifestado en la infancia y el vínculo con la madre debido a que en la infancia el niño experimenta diversos sentimientos depresivos que se dan por terminados antes, durante o después del destete. Klein (1948/1964) menciona que la constitución del niño y los cambios que se dan en su mundo interno se deben a las experiencias significativas en edades tempranas. Por ejemplo, la experiencia del duelo puede ser evidente desde el inicio de la infancia del niño hasta años posteriores a causa de su continuo desarrollo.

Klein hace referencia al inicio y desarrollo del duelo en tempranos estados mentales del niño, su variación y complejidad dependerán de la posición del objeto en el registro de lo real o de lo imaginario de su psique y de la relación con los objetos primordiales tanto como la separación de estos objetos (Klein, 1948/1964).

En su trabajo expone la existencia de dos estadios, la posición esquizo-paranoide y la posición depresiva, las mismas que se manifiestan en los primeros meses del bebé. La posición

esquizo-paranoide se muestra como un estado en el que el niño realiza la diferenciación en cuanto al amor y al odio, lo bueno y lo malo. En esta posición la mente se encuentra fragmentada y no reconoce la totalidad, considera a su madre como una representación dividida que le proporciona frustración y gratificación. En esta etapa el niño supone que existe una madre “buena” y una “mala” a pesar de que se trate de la misma figura. Pese a que todo esto ocurre dentro de las fantasías del niño, procurará que las situaciones amenazadoras se encuentren alejadas para que las situaciones buenas no se vean opacadas (Segal, 1982).

La ansiedad, las defensas y la relación con el objeto son características desarrolladas desde los primeros meses de vida en los niños. El trabajo de observación realizado con niños de corta edad le permitió a Melanie Klein evidenciar que los infantes presentan altos niveles de ansiedad dividiendo su ego y dirigiendo su amor u odio hacia lo que lo gratifica o lo frustra (Segal, 1982).

Klein menciona que establecer un objeto interno bueno es el paso para poder elaborar una posición depresiva. Lo que define a esta posición depresiva es la manera en que la mente del niño puede entender que la madre es una misma figura de la que provienen sus gratificaciones y frustraciones. Lo fundamental de esta posición es que el niño perciba a su madre como un objeto total y no como un pecho bueno o malo, de esta manera le permite al niño integrar estos rasgos en un solo objeto para que pueda dirigir la ansiedad al mismo (Segal, 1982).

La posición depresiva inicia cuando el bebé maneja la ansiedad suscitada en sus primeros meses lo que promoverá la paulatina integración de su yo. El bebé reconocerá a su madre como un solo objeto que le proporciona gratificaciones y frustraciones, por la cual puede sentir odio y amor al mismo tiempo. Se permite evidenciar en la integración el cambio de un objeto parcial a un objeto total. El yo por su lado, se va totalizando es decir, se va integrando lo que permite tener una percepción diferente del objeto (Segal, 1982).

En la integración del yo se permite reconocer el cambio de percepción del niño sobre la madre. Se reconoce a la madre como un solo objeto que puede generar sentimientos de amor y odio. Al mismo tiempo que se da este reconocimiento de la madre como un objeto total, el niño se va reconociendo de la misma manera (Segal, 1982).

El proceso de integración da paso a que las ansiedades del niño cambien. Si en la posición esquizo-paranoide el niño percibe dos objetos: bueno y malo, su ansiedad se dirige hacia el objeto malo el cual podrá destruir al yo; en la posición depresiva las ansiedades se dirigen hacia lastimar o hacer daño al objeto amado por lo que se evidencian sentimientos de culpa en el niño.

Se desarrollarán temores frente a la pérdida del objeto amado que pueden desencadenar sentimientos de tristeza. Haciendo alusión al sentimiento de culpa, Klein (1921/1984) refiere:

El sentimiento de que el daño hecho al objeto amado tiene por causa los impulsos agresivos del sujeto, es para mí la esencia de la culpa. El impulso a anular o reparar este daño proviene de sentir que el sujeto mismo lo ha causado, o sea, de la culpa. Por consiguiente, la tendencia reparatoria puede ser considerada como consecuencia del sentimiento de culpa (p.45).

La sensación de pérdida del objeto se encuentra ligada al pecho de la madre y el bienestar que es brindado por este. Esta sensación se caracteriza por la pérdida de sus fantasías e impulsos contra el pecho de la madre, siente dolor al darse cuenta que él y su madre no son uno solo, sino que son dos objetos completamente individuales e independientes, Klein lo afirma de la siguiente manera:

(...) hay una conexión entre el juicio de realidad en el duelo normal y los procesos mentales tempranos. Creo que el niño pasa por estados mentales comparables al duelo del adulto y que son estos tempranos duelos los que se reviven posteriormente en la vida, cuando se experimenta algo penoso” (Klein, 1948/1964, p.279).

Klein afirma que el miedo que siente el bebé al perder su objeto puede tener consecuencias como el rechazo del alimento brindado por su madre, inhibición de sus deseos instintivos y el desarrollo de sus relaciones objetales. El bebé puede experimentar cambios como: impulsos destructivos que pongan en riesgo el objeto bueno que ha sido introyectado en el yo y también poner en riesgo su mundo interno. Aparecen sentimientos como el duelo y la nostalgia por el objeto amado debido a la presencia de sus impulsos destructivos hacia el objeto (Segal, 1982).

Poco a poco, el niño empieza a comprender mejor el mundo en el que se encuentra. Existen cambios que estimulan la maduración del yo, la percepción que tiene sobre su madre y su padre serán individuales y por separado, lo que le permitiría darse cuenta de la interacción entre ellos. La integración del pecho bueno y malo y la relación del objeto total abre campo para que la posición depresiva inicie el complejo de Edipo, la integración lleva a que el bebé tenga la necesidad de preservar el pecho y la madre como este objeto total, al padre y al reconocimiento del tercero (Segal, 1982).

Existen características importantes de la posición depresiva que darán cabida a la elaboración de duelo. El bebé al darse cuenta que su ansiedad se dirige al bienestar y supervivencia del otro objeto, aflora sentimientos de culpa con el propósito de repararlos, aumenta su ego y disminuye el control del objeto dando lugar a una maduración que estará enlazada con la pérdida y el duelo. Al finalizar esta etapa el niño será capaz de introyectar el objeto bueno que dará paso a un proceso de duelo por la madre y el pecho ya que reconoce al otro como algo separado e implica otras relaciones con el objeto (Segal, 1982). Esta es la etapa en la que el niño empieza a experimentar sensaciones de duelo en sus primeros años de vida.

El sujeto al renunciar al objeto amado en su proceso de duelo tendrá una nueva realidad psíquica por la pérdida del mismo. A partir de esto, el sujeto podrá desarrollar una capacidad de establecer vínculos, aumentar la confianza e incluso la capacidad de conservar los objetos buenos que es lo que ya se espera en un yo maduro. Debido a los procesos de pérdida y de recuperación internos el yo, el sujeto se enriquecerá con los objetos que ha debido recrear en su interior y que ahora hacen parte de él, lo que será importante para la elaboración de pérdidas posteriores (Segal, 1982).

### 1.3 Implicaciones en el pre-duelo

El duelo puede ser entendido desde una perspectiva diferente según el contexto y cultura en el que se encuentre el sujeto. Las tradiciones que giran alrededor de la muerte se las suelen entender como caminos que conducen a realizar una elaboración del duelo y una despedida al objeto de amor perdido. Al momento de entrar en la elaboración del duelo existen diferentes factores que influyen en la reacción del sujeto frente a su pérdida afectiva, dichas reacciones van a manifestarse de cualquier forma en las fases o momentos del pre duelo o duelo anticipado (Tizón, 2013).

Las manifestaciones que surgen en el duelo pueden ser variadas ya que dependen de muchos factores con los que el sujeto se encuentre relacionado. La expresión del dolor causado por la pérdida del objeto amado llega a ser una experiencia de forma única para el sujeto, pues se toma en cuenta el cómo se desencadenó el suceso. El duelo anticipatorio se considera como una respuesta a un proceso adaptativo que puede ser beneficioso para el sujeto, permitiéndole elaborar los cambios que se pueden evidenciar por la pérdida tratando de mitigar de alguna manera las sorpresivas manifestaciones del duelo post pérdida (Tizón, 2013).

El presente acápite tomará a Lindemann como autor principal para el análisis del duelo anticipatorio. Lindemann fue un psicólogo y psiquiatra que en 1944 refuerza el modelo planteado por Sigmund Freud en la que define las etapas del duelo a través de observaciones que realizó a familiares que sufrieron una pérdida (Guic Sesnic & Salas Nicolau, 2016). En sus inicios propone ciertas situaciones que afronta el sujeto ante una pérdida, las mismas que se encuentran ligadas a la aflicción aguda como: “molestias somáticas, preocupación por pensamientos o imágenes acerca del desaparecido, culpa relacionada con el muerto, reacciones violentas, pérdida de funciones y capacidades y una tendencia a asumir rasgos del muerto en la propia conducta” (Tizón, 2013, p.65).

Tizón (2013) en su libro “Pérdida, pena, duelo” hace referencia al trabajo de duelo de Lindemann y lo muestra como un proceso psicológico al que lo define como pasivo y universal (Tizón, 2013). El objetivo principal de su trabajo ha sido considerar que dentro de la elaboración del duelo se cumplan ciertas tareas que ayuden a realizar un camino para la recuperación y un trabajo de duelo “personal”. Debido a esto, Lindemann indica tres pasos para una superación por la pérdida: “trabajo de congoja: aceptar la pérdida como un hecho definitivo, adaptarse a la vida sin el difunto y el formar nuevas relaciones en el mundo” (Lindemann citado en Montoya, 2013). El autor indica que de esta manera se permite que los familiares puedan preparar y elaborar el duelo como una experiencia adaptativa y positiva.

Por otro lado, la psiquiatra Elisabeth Kübler Ross ha sido considerada como una experta en el tema de la muerte y cuidados paliativos. Se la toma como referencia en esta investigación debido al trabajo, investigaciones realizadas y el gran aporte al ayudar a enfermos y familiares para enfrentar la pérdida de un ser querido. Kübler Ross propone que el duelo anticipado y el duelo propiamente dicho, se identificaban a través de cinco etapas que se caracterizan por no tener una progresión lineal. En su libro “Sobre la muerte y los Moribundos” (1969) habla sobre las etapas de duelo del individuo, las define como momentos o estados que actúan como referencia para comprender de mejor manera cómo la situación del duelo va evolucionando en el doliente. La autora propuso cinco etapas del duelo: negación, ira, negociación, depresión y aceptación (Kübler-Ross, 1969). Se toma al Kübler Ross para entender que el proceso del duelo también puede traer manifestaciones incluso en los profesionales, como es el caso de los psicólogos clínicos.

## 1.4 Factores intervinientes en el proceso de duelo

Existen fenómenos en el proceso de sentimiento de pérdida que pueden influir en la elaboración del duelo en el sujeto, se encuentran asociados a la situación en la que se desarrolló la pérdida tomando en cuenta el vínculo afectivo entre el objeto amado y el sujeto. Tizón en su libro “Pérdida, pena, duelo” (2013) habla sobre diferentes variables que son de carácter heurístico que permiten mejorar el entendimiento sobre los elementos que influyen en el proceso de duelo.

En las investigaciones realizadas por Tizón (2013) se menciona una amplia serie de situaciones que pueden llegar a afectar el curso del duelo y la elaboración del mismo por lo que realizó una clasificación de las variables vinculadas al sujeto, al objeto y al cómo se desarrolló la pérdida, se presentan a continuación.

### 1.4.1 Variables vinculadas fundamentalmente al objeto

*Tabla 1. Factores generales que afectan el curso de los procesos de duelo*

<b>Pueden ser:</b>		
1. Características del objeto (el Otro, y el otro) perdido		
2. Características del sujeto	Factores adversos	Factores protectores (de contención o resiliencia)
3. Características de la relación sujeto-objeto		
4. Circunstancias de la pérdida		
5. Otras circunstancias		

Fuente: (Tizón, 2013, p.182).

Elaborado: Méndez, V. (2019)

El autor se centra en el duelo y los procesos relacionados con las reacciones del sujeto ante la pérdida significativa que atraviesa. Señala que existen dos variables que se deben tomar en cuenta en la afectación en el curso del duelo: “las variables son mediadas por la personalidad y las experiencias anteriores del sujeto en el duelo” (Tizón, 2013, p.182). Tizón indica que estas circunstancias se observan desde la personalidad y las experiencias anteriores del sujeto, puesto que son vértices de exploración que permiten evidenciar los factores biopsicosociales inmersos en el curso del dolor y el sufrimiento.

Por otro lado, Tizón menciona que no solo se deben considerar los factores adversos en el curso del duelo sino también la existencia de otros elementos dentro de esta elaboración: “siempre hemos de considerar no tan solo los factores adversos que dificultan la elaboración del duelo, sino también los factores protectores como la contención o la resiliencia” (Tizón, 2013, p.182). El contexto cercano al sujeto puede llegar a proveer recursos personales resilientes que le ayudarán a superar las adversidades. El manejo de la voluntad y las competencias sociales y afectivas, le permitirán una adaptación efectiva en la vida futura y una reorganización a partir de la pérdida afectiva (Tizón, 2013).

Las pérdidas son muy dolorosas y en ocasiones llegan a tener como consecuencia afectaciones en el proceso de duelo debido al fuerte lazo que se mantiene entre el objeto de amor y el sujeto. El autor menciona otros factores que también pueden afectar al proceso de duelo: la pérdida de madre, la pérdida de un hijo, pérdida de un familiar íntimo como padres o hermanos en la infancia (Tizón, 2013). Estas pérdidas se las caracteriza por ser las más difíciles y dolorosas para el sujeto según el autor. El proceso de adaptación que se genera por la pérdida del objeto puede ser complicado en un principio, ya que en algunas ocasiones pueden reactivar duelos anteriores que afecten la elaboración del duelo.

#### 1.4.2 Variables vinculadas fundamentalmente al sujeto

El autor Tizón (2013) menciona que la presencia de variables referentes al sujeto, entre ellas la edad, pueden llegar a influir en el curso del duelo frente a la pérdida de un objeto amado. Indica también que: “la infancia y la primera infancia, así como la tercera y <<cuarta edad>> hacen más compleja la elaboración de los duelos” (Tizón, 2013, p.189). Tizón (2013) hace referencia a que si el sujeto atraviesa un duelo en alguna etapa de la infancia, deberían existir sistemas bien desarrollados para que brinde una contención adecuada, caso contrario podrían afectar al sujeto en la elaboración de un duelo, afectar sus capacidades cognitivas, sus redes sociales o familiares (Tizón, 2013).

Por otro lado, Tizón (2013) hace mención sobre el factor de género en el trabajo del duelo, señala que: “Los niños, más que las niñas, tienden a expresar su pérdida de modos agresivos, mientras que las niñas y chicas tienden a hacerse cuidadoras compulsivas” (Tizón, 2013, p.189). Para el autor, este factor puede tener una incidencia en el proceso de elaboración del duelo puesto a que puede existir una diferencia entre hombre y mujer.

### 1.4.3 Variables vinculadas fundamentalmente con el cómo de la pérdida

*Tabla 2: Afectación de los procesos de duelo por las causas o circunstancias de la pérdida.*

- 
- a. Contribuyen a la gravedad de los procesos de duelo.
  - b. Contribuyen a la forma de los procesos de duelo.
  - c. Dificultan la elaboración del duelo.

Especialmente las siguientes circunstancias:

- Pérdidas súbitas o inesperadas.
- Pérdidas anteriores recientes.
- Desapariciones.
- Pérdidas prematuras
- Cuando previamente se ha dado un periodo prolongado de cuidados del sujeto al muerto.
- Si hay deformaciones o mutilaciones del muerto o el moribundo.
- Formas de recibir las informaciones catastróficas, siniestras, aparatosas.
- Relaciones intensamente pasionales entre el sujeto y el objeto en las semanas anteriores.
- Exceso de culpa ante la pérdida
- Muerte por suicidio
- Muerte por homicidio
- Catástrofes
- Pérdidas indeclarables o inconfesables

---

Fuente: (Tizón, 2013, p.196). Elaboración: Méndez, 2019

Se encuentran situaciones ligadas al proceso de duelo que pueden tener efectos que se complejizan en el sujeto. El autor anteriormente referido alude a la presencia de algunos escenarios adversos al sujeto como muertes inesperadas o una enfermedad terminal de duración breve, las mismas que pueden llegar a poner en riesgo una adecuada elaboración del duelo.

En la elaboración de la pérdida para el sujeto se encuentran factores asociados, si bien en la tabla anterior se muestran diferentes situaciones y circunstancias que pueden dificultar el proceso de elaboración del duelo, el sujeto puede experimentar otras situaciones que no le permiten llevar un proceso adecuado. Según el autor, existen pérdidas súbitas o inesperadas que pueden traer consigo ciertas afectaciones en el sujeto, por ejemplo: sentir confuso a su entorno, sentir retraimiento, tener ilusiones o alucinaciones por la presencia de la persona fallecida de

forma espontánea. El recordar la pérdida del objeto y como se la vivió, puede hasta llegar a originar un cuadro de trastorno por estrés postraumático ante la pérdida súbita (Tizón, 2013).

Los duelos repentinos se enfatizan aún más en el sujeto debido a los recursos que debe utilizar para enfrentar el suceso fatídico. La forma en que la información es confirmada y divulgada juega un papel muy importante y puede tener un gran efecto en el proceso de duelo. Al recibir la información, se puede generar un efecto contrario dependiendo de la magnitud de la pérdida. En algunas ocasiones, al recordar la situación se pueden revivir sentimientos y emociones que consigan complicar o facilitar la elaboración del duelo dependiendo de la situación en que se dio la pérdida (Tizón, 2013).

Una de las circunstancias que ha afectado el proceso de duelo se configura en las pérdidas indeclarables o inconfesables, estas pérdidas que no son reconocidas por el medio de manera abierta y a nivel social no son válidas. Se ha hecho énfasis en estas situaciones debido al nivel de impacto y las reacciones que se producen en el sujeto al momento de afrontar un escenario como la muerte de algún amigo, muerte perinatal, abortos, entre otros (Tizón, 2013).

Otra de las variables que se encuentran relacionadas a la elaboración del duelo han sido la calidad de vida y las condiciones por las que atraviesa el sujeto a la hora de enfrentarse a la pérdida (Tizón, 2013). Tizón señala diferentes factores que son elementales para la elaboración del duelo: la concepción del duelo, situación social o económica de las familias pueden ser importantes causas para que exista una dificultad para el duelo.

La concepción de la muerte ha sido un tema con diferentes perspectivas, ya que se encuentra ligada con la cultura y el contexto en el que se desarrolla el sujeto y la pérdida que tuvo. Al atravesar el proceso de elaboración del duelo se introducen diferentes concepciones que son parte de tradiciones propias, así como también factores externos que de alguna manera afectan de forma directa a los miembros de una comunidad como transfiriendo sentimientos de ira o culpa. Tras la pérdida del objeto amado se evidencian diferentes circunstancias como la dificultad en la expresión de emociones y sentimientos que pueden llegar a perjudicar el proceso de elaboración del duelo. A pesar de las dificultades manifestadas un factor muy importante para el recuerdo y la readaptación del individuo sería el medio en el que se encuentra (Tizón, 2013).

Las condiciones en las que se vive una pérdida pueden tener diferentes reacciones. Por un lado, Nasio (1996) indica que existen diferentes manifestaciones del dolor ante la pérdida. El dolor causado por la pérdida del objeto amado puede tener repercusiones en la psique y también puede ser evidenciado a nivel físico en el sujeto. Indica que:

(...) el dolor es el afecto que expresa en la conciencia la percepción por parte del yo-percepción hacia el adentro-del estado de shock, del estado de conmoción pulsional (trauma) provocado por la ruptura, no de la barrera periférica del yo, como en el caso del dolor corporal, sino como la ruptura súbita del lazo que nos vincula con el otro elegido (p.32).

La ruptura de este lazo debido a la pérdida súbita del objeto de amor responde a que el dolor por la pérdida se produce a nivel psíquico, esta reacción se da porque el sujeto tiene una pérdida significativa y sucede en defensa del yo, ya que trata de protegerse ante la ausencia en el real de este objeto amado (Nasio, 1996).

Debido a la pérdida significativa, el yo pasa a estar en un estado de confusión ya que trata de protegerse y luchar para reencontrarse nuevamente en un lugar en el que halle la representación del objeto perdido. Existen diferentes reacciones cuando llega a sentir vacío, esta pérdida llega a ser muy dolorosa y puede que no se encuentre estable. En este proceso el yo trata de mantenerse ocupado tratando de conservar la imagen del objeto amado. Se genera una conmoción ante este evento que puede dejar en el sujeto una impresión duradera muy fuerte (Nasio, 1996).

En el proceso de elaboración del duelo se evidencia que el dolor que vive el sujeto se debe a la fuerte carga emocional y afectiva puesta en el objeto amado perdido, su súbita desaparición puede llegar a afectar en el proceso del duelo. En el momento en que se enfrenta el sujeto a esta pérdida se desencadenan ciertas reacciones como la angustia en el yo. Las cuales surgen debido al impacto que sufre al darse cuenta que el objeto perdido no se encuentra más y siente cierto abandono surgiendo un dolor, un dolor de amar (Nasio, 1996).

En el escrito de Nasio (1996) “El libro del dolor y del amor” hace referencia a que el dolor de amar es una la situación por la que transita el sujeto en la que predomina un conjunto de experiencias afectivas. No están rigurosamente identificados los sentimientos o

comportamientos que se encuentran dentro de este proceso de duelo, sin embargo, se menciona que se crea un desorden en el que se manifiesta el dolor y la angustia. Según el autor, estas reacciones pueden ser catalogadas como un ataque al sujeto debido a la desaparición del objeto amado. Acerca de esto Nasio menciona: “Cuando hay dolor como reacción frente a una pérdida, es porque el sujeto que padece considera que dicha pérdida es irreversible” (Nasio, 1996, p.72). Este malestar generado hace que el sujeto se encuentre atravesando un momento de confusión que en ocasiones hace referencia a un desmoronamiento.

Las reacciones que se presentan en el comportamiento del sujeto llegan a ser muy evidentes, debido al lazo significativo que se mantenía con el objeto amado, por ejemplo, la angustia es la reacción más frecuente que se presenta al momento de la pérdida. El sujeto siente esta pérdida, puede dar cuenta de la ausencia del objeto, que no se encuentra más. Nasio (1996) menciona:

La angustia es la reacción ante la amenaza de perder al objeto, es decir la idea de que nuestro amado puede faltar. Por ende, la angustia está asociada a la representación consciente de lo que puede ser la ausencia del otro amado” (p.76).

El tema de la angustia también es abordado desde la perspectiva de Klein, a partir del análisis de las angustias en diversos casos con niños. La autora relaciona el término con el miedo a la muerte y que se encuentra en el inconsciente. La angustia manifestada se hará evidente ante el temor de que la vida termine en algún instante. El sujeto experimenta este sentimiento, ya que puede ser causante de su destrucción o la supresión de su vida (Klein, Heimann & Isaacs, 1952/1985).

Klein, (1921/1984) se enfoca en las diferentes ansiedades que se presentan en el niño, desde el nacimiento y a lo largo de su desarrollo como sujeto. Se tiene en cuenta que, a medida que el niño va creciendo, pueden aparecer situaciones que ya fueron experimentadas anteriormente y verse relacionadas con sensaciones que se puedan presentar en alguna situación.

Klein, (1921/1984) da a conocer sobre las ansiedades y las defensas que se dan en la posición esquizo-paranoide y la posición depresiva del niño. En la posición esquizo-paranoide el niño experimenta la angustia de ser destruido debido a la presencia del instinto de muerte. Existen mecanismos de defensa que están dentro de todo este proceso en el que el yo se defiende

ante este sentimiento de ser aniquilado como: escisión, idealización, identificación proyectiva, reparación, etc. Los mecanismos mencionados están organizados para que exista una integración del yo que impida que el sujeto experimente sentimientos de depresión o de culpa (Segal, 1982).

Las defensas tienen como fin el proteger al yo de ataques de aniquilación y de ataques ambivalentes; por lo que, estos mecanismos de defensa estarán presentes ante la aparición de la angustia y la culpa cuando estas sean intensas, pues cada una de las defensas tendrá un fin distinto, que permita preservar al yo debido al dolor de perder el objeto bueno y dar paso al mecanismo de reparación (Segal, 1982).

## 1.5 El duelo en los psicólogos clínicos

Es importante mencionar que el duelo del psicólogo clínico no es diferente al sujeto común. En el proceso de la elaboración del duelo, el psicólogo clínico experimenta diversas emociones y sentimientos que son respuestas esperadas ante la situación que está tratando. La expresión de emociones permite que el duelo por la pérdida de un paciente sea tramitado de una manera saludable, sin caer en un duelo patológico. Las etapas del duelo también se hacen presentes dentro del trabajo clínico y se toma en cuenta varios sentimientos y emociones que van de la mano con el profesional (Guillem, Romero & Oliete, 2016).

En el proceso de acompañamiento y abordaje terapéutico que se brinda al paciente puede llegar a generar un impacto en el psicólogo clínico es por esto que se debe tener clara la relación terapeuta-paciente y sobre todo la ética y los principios morales y humanos cuando se trata de brindar una mejor calidad de vida al sujeto. El enfrentarse a la muerte de un paciente puede ser todo un proceso con diferentes vivencias, que van desde lo profesional hasta lo personal. En el cuidado psicológico, en el apoyo, el acompañamiento para el paciente en su enfermedad y hasta su muerte han sido experiencias que suceden durante este trabajo profesional. La carga emocional de la muerte es significativa para todo ser humano y sin duda los profesionales de la salud no son la excepción. La susceptibilidad se muestra en los niveles de ansiedad que pueden traer consigo y afectar de alguna manera, la calidad de la atención brindada a los pacientes atendidos (Maqueo & Espinoza, s/a).

Los psicólogos tienen el propósito de brindar una mejor calidad de vida al paciente, sin importar la etapa de la enfermedad o diagnóstico. Uno de sus objetivos es realizar la investigación de fenómenos que se encuentran relacionados con la conducta y sentimientos de dolor, pena o frustración que se manifiestan en el paciente, así como también fomentar metas evolutivas esperadas en el paciente. En este proceso, el psicólogo clínico puede manifestar diversas emociones al momento de perder a un paciente. En el trabajo profesional, el psicólogo clínico debe realizar su trabajo frente al dolor y el sufrimiento constante por el que atraviesa el paciente oncológico durante su enfermedad (Maqueo & Espinoza, s/a).

El proceso del duelo puede surgir en este profesional a partir de conocer el diagnóstico del paciente. El psicólogo clínico por medio de la intervención psicológica brindará la atención especializada al paciente, buscando el alivio del malestar psíquico que pueda presentar. Ante esta situación, incluso los profesionales pueden experimentar duelo por pérdida de pacientes oncológicos. En ese sentido, el autor Worden (2008) indica que al encontrarse elaborando el duelo, al sujeto se le puede dificultar sentirse útil, incluso puede llegar a sentir frustración o incomodidad al presenciar el dolor del paciente.

Estas emociones permiten al psicólogo clínico el presenciar momentos importantes en la vida del paciente por lo que en este acompañamiento llega a aportar significativamente al sujeto. El profesional puede llegar a considerar aspectos de su vida personal, como profesional; ya que, cada paciente manifiesta su proceso de duelo y desarrollo de la enfermedad de forma particular y esto puede generar diferentes reacciones en el psicólogo (Worden, 2008).

Si bien es cierto que detrás de cada paciente y su familia existen profesionales, psicólogos clínicos, quienes a diario se encuentran enfrentando la muerte y la pérdida de un paciente. El psicólogo al trabajar con el paciente puede llegar a generar una relación emocionalmente cercana, la misma que puede afectar el proceso de elaboración del duelo del psicólogo permitiendo aflorar sentimientos de tristeza o de culpa si el paciente fallece en cualquier momento (Abad, Esteban, Tejerina, & Nieto, 2004).

El psicólogo clínico al encontrarse en un proceso de elaboración del duelo puede evidenciar sentimientos como la ira, la frustración, la culpa, entre otros, que son reacciones propias del sujeto que ha sufrido una pérdida (Maqueo & Espinoza, s/a). Pueden llegar a predominar pensamientos cuestionadores, por la falta de herramientas y recursos en su labor profesional dentro del proceso de acompañamiento al paciente y sus familias. Los cuestionamientos que se

realiza el psicólogo clínico se pueden originar debido a la relación cercana o el curso de la intervención clínica que se realiza desde el primer acercamiento con el paciente (Maqueo & Espinoza, s/a).

Desde la revisión bibliográfica realizada, resulta indispensable mencionar que, el manejo del proceso de duelo está cargado de circunstancias que pueden dar paso a recordar escenarios y experiencias del pasado, como también se pueden revivir ansiedades ante la muerte que proceden de los recuerdos del sujeto (Guillem, Romero & Oliete, 2016). Es por esto que es importante realizar un trabajo personal para tramitar pérdidas y duelos anteriores debido a que el profesional puede precautelar que estas experiencias pasadas lleguen a afectar su trabajo profesional y la relación con el paciente oncológico.

El trabajo conjunto con otros profesionales de un equipo interdisciplinario o de la misma área, brinda una oportunidad para que el psicólogo pueda conocer de cerca y llevar a cabo de mejor manera sus casos. Los grupos de discusión pueden resultar ricos en estrategias, herramientas y métodos que puedan ser aplicados en su trabajo profesional, de esta manera también se logra evitar que los profesionales lleguen a sentir una sobrecarga, incluso a tener un agotamiento profesional debido a que manejan una gran cantidad de información emocional de los pacientes (Bacqué & Hanus, 2000).

Los autores Bacqué & Hanus (2000) mencionan que los profesionales que se desempeñan en áreas como cáncer o cuidados paliativos, el agotamiento profesional o *burnout*, es un síndrome que está completamente ligado al proceso de duelo en cada ocasión que un paciente fallece. Si este proceso de duelo no es elaborado por el profesional se puede llegar a generar una desinvestidura de la relación con el paciente que puede manifestarse con actitudes deshumanizantes o distantes (Bacqué & Hanus, 2000).

Es importante evidenciar que el psicólogo clínico puede influir en el paciente, y en su familia sobre este proceso de la elaboración del duelo, ya que, se tiene diferentes concepciones acerca de la manera como se presenta el suceso. En ese orden, los autores Abad, Esteban, Tejerina, & Nieto (2004) afirman que la dimensión asistencial y relacional entre el médico y el paciente llega a ser un factor esencial en el proceso de elaboración del duelo, para cada uno de ellos. Se debe tomar en cuenta que, el profesional no siempre se encuentra preparado para afrontar una situación de muerte, su formación se caracteriza por ser el acompañamiento y alivio del paciente y su familia, de esta manera procura ser un ente de curación y mejorar la calidad de vida.

Mantener una relación cercana con el paciente oncológico puede llegar a dificultar el proceso de elaboración del duelo, ya que pueden persistir sentimientos de impotencia o culpa. La relación de médico- paciente puede depender de la posición que ocupe el profesional frente al paciente, ya que puede adoptar una postura en la que se lo considere un apoyo y orientación en el transcurso de la enfermedad al paciente oncológico. Esta postura, sin duda puede llegar a ser considerada de forma positiva, en el entendido de que el psicólogo puede llegar a ser una persona importante para la familia y el paciente (Abad, Esteban, Tejerina, & Nieto, 2004).

Si el profesional logra un trabajo de duelo adecuado, puede dar lugar a que el sujeto afronte adecuadamente una sorpresiva situación de muerte de un paciente. Tizón (2013) indica que: “(...) un duelo suficientemente elaborado puede suponer a medio y largo plazo no tan solo una pérdida personal, sino también un enriquecimiento, un impulso para la creatividad” (p.179). El autor determina que la importancia y sensibilidad particular con la que se maneje el proceso del trabajo de duelo en el psicólogo podrá ser evidenciado en aspectos positivos y en su trabajo profesional.

## CAPÍTULO 2: CUIDADOS PALIATIVOS, ONCOLOGÍA Y PSICOONCOLOGÍA

### 2.1. Definición de cuidados paliativos

En el 2002, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define a los cuidados paliativos como una dimensión de la salud que promueve la calidad de vida de los pacientes y de sus familiares al momento de enfrentarse con un problema que está asociado a una enfermedad que amenace la vida del sujeto a través de la prevención, el alivio del sufrimiento, la identificación temprana y la evaluación y tratamiento del dolor como otros dolores físicos, psicosociales y espirituales (Organización Mundial de la Salud, 2018).

Los cuidados paliativos deben ir de la mano del cuidado médico por profesionales capacitados, los mismos que brindan atención hasta el final de la vida. Es imprescindible contar con una correcta atención médica acompañada de un tratamiento específico que permita aliviar los síntomas y el dolor del enfermo. En los cuidados paliativos se busca tomar medidas que ayuden a paliar el sufrimiento del paciente, brindando un alivio y permitiéndole tener una mejor calidad de vida en sus últimos días (Organización Mundial de la Salud, 2018).

La atención que se pone en los cuidados paliativos no solo se dirige al cuidado del enfermo sino también a su familia y sus necesidades. López-Casero & Cerezo (2011) mencionan que:

Los cuidados paliativos intentan conseguir que los pacientes pasen los días que les resten conscientes y libres de dolor, con los síntomas bajo control, de modo puedan discurrir con dignidad, en casa o en un ambiente lo más familiar posible, rodeados de la gente que les quiere (p.15).

Por esta razón se toma en cuenta uno de los principios fundamentales de los cuidados paliativos sería el mitigar el dolor del paciente y los síntomas que se manifiestan debido al avance de la enfermedad. Estos cuidados no tienen como fin el prolongar o acortar la vida del paciente, por lo que esta atención y el modo de cuidar no detienen el proceso natural de la muerte.

El acompañamiento que se brinda en los cuidados paliativos es de forma holística. Los profesionales encargados en esta área aportan significativamente al enfermo y su familia desde

el punto de vista médico, psicológico, emocional y espiritual. Se trata de asistir y proporcionar al paciente el alivio de su dolor, se ofrece asistencia por parte del equipo profesional que promueva la mejor calidad de vida posible (OMS, 2007).

La asistencia paliativa no solo centra su atención en pacientes con enfermedades oncológicas, sino también personas que se encuentren atravesando por otro tipo de enfermedad que amenace su vida. Tanto los pacientes como su familia deben contar con soporte y los recursos para enfrentar la enfermedad. Si bien los cuidados paliativos generalmente se utilizan cuando se han agotado todas las posibilidades de tratamiento de la enfermedad una vez que esta se encuentre diagnosticada y amenace la vida del sujeto, se debe tomar en cuenta que la aplicación de tratamientos permitirá aliviar el dolor y síntomas de la enfermedad hasta sus fases finales. Los cuidados paliativos implican una labor ardua al tratar de proporcionar sistemas de apoyo frente a la situación del paciente y su familia por lo que es importante indicar que cada paciente es un escenario diferente. No se toma en cuenta el tipo de enfermedad u otros factores asociados, siempre se debe garantizar la mejor calidad de vida al paciente, la comprensión total sobre la enfermedad y todos los campos que la competen (Ministerio de Salud Pública, 2014).

En algunas ocasiones cuando el paciente recurre a cuidados paliativos se debe a que se encuentra en la etapa terminal de la enfermedad o la detección de la enfermedad es reciente y se encuentra en un estado tardío. Se debe señalar que la atención prestada en esta situación para el paciente y su familia debe ser primordial, Gravin&Fleisher (2006) indican:

El cuidado de un paciente terminal es una tarea sumamente exigente, por lo que se debe ofrecer el máximo apoyo. Podemos ayudar a establecer cierto grado de confort en el cuidado aportando al cuidador profano (y al paciente) la información esencial de lo que podría experimentar y que se debe esperar a medida que avance la enfermedad (p,16).

La asistencia paliativa no solo promueve una mejora en la calidad de vida de los pacientes en la etapa terminal de la enfermedad, sino que también es importante reconocer que existen factores importantes como el cuidado, toma de decisiones, su autonomía y el cuidado de la integridad del paciente. Cada uno de los pacientes y su familia tendrán diferentes necesidades que guíen al equipo profesional a proporcionar el grado asistencial necesario (Organización Mundial de la Salud, s.f.).

Es importante mencionar que uno de los factores primordiales es la autonomía del paciente en cada aspecto de su vida. La autonomía es uno de los principios básicos de la bioética propuestos por Tom L. Beauchamp y James F. Childress, quienes la indican como la capacidad del sujeto para poder tomar decisiones sobre sí mismo sin la influencia de otra persona. Se trata de un principio que debe ser respetado cuando el sujeto aun esté en capacidad de deliberar y realizar actos con la información y conocimiento de causa (Beauchamp & Childress, 1999).

El avance de la enfermedad puede determinar situaciones en que el sujeto necesite de apoyo. Este principio puede tener excepciones, en el ámbito médico se incluye el consentimiento informado como la expresión del principio de autonomía en el que se validan como prioridad a los derechos y los valores del paciente (Beauchamp & Childress, 1999).

Los cuidados paliativos se caracterizan por realizar un trabajo con una especial atención y cuidado hacia los pacientes. Los servicios especializados se dirigen hacia pacientes con enfermedades complejas y por lo tanto se requiere profesionales quienes se encarguen de atender sus necesidades. La asistencia paliativa requiere de un grupo multiprofesional calificado para realizar un trabajo interdisciplinar con el fin de proporcionar cuidados paliativos (Organización Mundial de la Salud, s.f.).

Según la Organización Mundial de la Salud (2007), los cuidados paliativos pueden incluir a: médicos, enfermeros, trabajadores sociales, psicólogos, consejeros espirituales, voluntarios y farmacéuticos que logran cumplir con un rol determinado. Es importante la participación de diferentes personas al ofrecer una atención de calidad al paciente y su familia ya que cada uno de ellos cumple un rol designado.

Los médicos juegan un papel crucial en los cuidados paliativos interdisciplinarios. Son profesionales que deben ser competentes en medicina general, control del dolor y otros síntomas; por lo tanto, deben estar familiarizados con los principios de manejo de la enfermedad del paciente. Los médicos que trabajan en cuidados paliativos deben ser responsables en la evaluación, supervisión y la gestión frente a dificultades que se pueden presentar en el tratamiento. En la mayoría de las ocasiones, los médicos son los responsables de liderar los equipos interdisciplinarios (OMS, 2007).

El enfermero es el miembro del equipo que tendrá mayor contacto con el paciente. Este contacto prolongado le brinda la oportunidad de conocer al paciente y a sus cuidadores para realizar una evaluación a profundidad de lo que está sucediendo y lo que es importante para el

paciente para ayudar a lidiar con los efectos del avance de la enfermedad. La experiencia del enfermero se verá reflejada en la provisión de la atención física, manejo de síntomas, educación al paciente y su familia y organización del ambiente del paciente para minimizar la pérdida de control. Los enfermeros trabajan en conjunto con los pacientes y las familias para brindar un servicio de atención (OMS, 2007).

Los psicólogos brindan una intervención oportuna a la familia y al paciente para poder lidiar con los problemas personales y sociales de la enfermedad oncológica, así como también proporcionan apoyo psicológico durante la progresión de la enfermedad y la elaboración del duelo si el paciente se encuentra al final de la vida (OMS, 2007).

Los trabajadores sociales realizan una evaluación que ayude a definir las necesidades del paciente y la familia desde una perspectiva psicosocial. Ayuda a anticipar problemas dentro de la familia que pueden resultar desde la disfunción y problemas financieros, en especial cuando la familia comienza a planificar para el futuro. Por lo tanto, el trabajo social y la psicología son servicios que ofrecen tales intervenciones como referentes a servicios comunitarios necesarios, apoyo emocional incluyendo (guía individual de pacientes y familiar) y proceso de duelo (OMS, 2007).

Así como los consejeros espirituales son una fuente de apoyo para aquellos con una tradición religiosa que ayudan al proceso de preparación para eventos posteriores, los voluntarios también tienen un rol que varía según el entorno. Los voluntarios pueden estar incluidos en centros residenciales tipo Hospice y equipos de cuidados paliativos, pues tienen el objetivo de ayudar a los profesionales de la salud a proporcionar una mejor calidad de vida a los pacientes y las familias. Con la capacitación y apoyo apropiado, los voluntarios pueden brindar un servicio directo a los pacientes y sus familias y también ayudan con tareas administrativas. Pueden tener otros roles como crear conciencia, brindar educación para la salud, generar fondos, ayudar a la rehabilitación o incluso apoyar en la atención médica bajo la supervisión del profesional (OMS, 2007).

El equipo conformado por los profesionales trabaja con el fin de proporcionar una atención de calidad para el cuidado integral del paciente y su familia. La participación de cada uno de ellos en el cuidado llega a ser indispensable para brindar cuidados especiales ya que cada uno

cumple con un rol en particular para el cuidado y atención del paciente y su familia (OMS, 2007).

## 2.2. Definición de Oncología

Desde el punto de vista de la ciencia, a la oncología se la va a considerar como la encargada del estudio de los tumores y que se basa en la propiedad biológica de las células vivas en transformarse en cancerosas (García-Conde, 2000). Desde ese referente se inserta la definición de cáncer propuesta por la OMS (2018) en su sitio web:

Un término genérico que designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo; también se habla de «tumores malignos» o «neoplasias malignas». Una característica definitoria del cáncer es la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos, un proceso que se denomina «metástasis». Las metástasis son la principal causa de muerte por cáncer (párr.1).

Para conocer sobre el cáncer y su impacto en la vida del sujeto, en un primer momento se revisará a la oncología como la rama de la medicina encargada en su totalidad al estudio de tumores malignos los cuales se los identifica como cáncer. Hoy en día, el cáncer llega a ser un verdadero problema en la salud, ya que se evidencia un sin número de casos alrededor del mundo que llega a considerarse como la segunda causa de mortalidad después de las enfermedades cardiovasculares (Cajaraville, Carreras, & Massó & Tamés, 2002).

A lo largo de los años se han descubierto una gran variedad de tipos de cáncer con una alta incidencia en varios países alrededor del mundo. La oncología se ha encargado de estudiar el origen de las células cancerígenas en el cuerpo del ser humano, pues determina que muchas de las enfermedades existentes se encuentran vinculadas por tener un origen celular y tisular (Organización Mundial de la Salud, 2015).

El cáncer ha llegado a ser una real amenaza para la vida del sujeto que lo padece. La enfermedad no afecta específicamente al enfermo sino que también en la familia se evidencia un nivel de afectación (Tizón, 2013). Bayés (citado en Tizón, 2013) en sus escritos sobre psicología oncológica habla de cómo algunos factores se vinculan al momento de enfrentar la pérdida, los mismos que pueden llegar a desencadenar en el sujeto: “depresión, problemas

sexuales u otras dificultades psicológicas, psicosomáticas e incluso somáticas” (Tizón, 2013, p.782).

El cáncer es una de las enfermedades que han causado más muertes a nivel mundial, sin embargo, se lo relaciona con varios factores que pueden incidir en la aceleración de la enfermedad. En el año 2015 la OMS en su sitio web presenta estadísticas en la que se revela el incremento de casos relacionados con el cáncer y los han clasificado por número de fallecimientos: cáncer pulmonar, hepático, colorrectal, gástrico y mamario (Organización Mundial de la Salud, 2015).

Al realizar una investigación acerca de la definición médica del cáncer se puede observar que el origen de la enfermedad es la misma para todos los pacientes con esta patología y con una alta tasa de mortalidad alrededor del mundo. La producción de las células cancerígenas se ve asociada a diversos elementos, puesto que estos permiten la evolución y el desarrollo de la enfermedad afectando progresivamente al sujeto (Organización Mundial de la Salud, 2015).

El cáncer también llamado neoplasia maligna, puede generarse en cualquier tejido y órgano del cuerpo humano. Actualmente, dados los avances de las ciencias médicas el cáncer es una enfermedad que, en ciertos casos, puede llegar a curarse. Las personas que padecen la enfermedad la pueden detectar en fases tempranas por medio de exploraciones médicas, pueden reconocer los signos que van apareciendo con la evolución de la enfermedad (Organización Mundial de la Salud, 2015).

Existen tipos de pruebas que son primordiales para poder empezar con un tratamiento que brinde resultados favorables para el paciente y su familia. El equipo médico encargado debe contar con las mejores herramientas para transmitir los resultados y las mejores opciones de tratamiento considerando que existen diferentes tipos de cáncer, algunos con posibilidades de paliación (Organización Mundial de la Salud, 2015).

La OMS (2015) en su sitio web se refiere al cáncer y su desarrollo de la siguiente manera:

El cáncer se produce por la transformación de células normales en células tumorales en un proceso en varias etapas que suele consistir en la progresión de una lesión pre-cancerosa a un tumor maligno. Estas alteraciones son el resultado de la interacción entre los factores genéticos

del paciente y tres categorías de agentes externos como: carcinógenos físicos, químicos y biológicos (Organización Mundial de la Salud, 2015).

La OMS (2015) detalla factores y agentes que son parte de la producción de las células cancerosas, por lo que estarían involucradas de manera directa en el progreso de la enfermedad. Es indispensable puntualizar que al momento de ser diagnosticado el cáncer se conoce que un tejido u órgano ya se encuentra involucrado y que a medida que transcurre el tiempo se evidencian signos y síntomas propios de la enfermedad. Además de que la enfermedad se encuentra vinculada con procesos emocionales, cognitivos y físicos presentes. La conceptualización del cáncer es amplia; sin embargo, se debe poner énfasis en el paciente que padece la enfermedad ya que es indispensable que esté informado sobre las posibles consecuencias de su tratamiento oncológico (Organización Mundial de la Salud, 2015).

#### 2.2.1. Rol comunicativo del equipo multidisciplinario

El comunicar el diagnóstico de la enfermedad es una difícil situación tanto para el paciente y su familia, así como para el profesional debido a que no hay una forma exacta y única para hacerlo. Es por esto que se debe recalcar la importancia de cómo se proporciona esta información al sujeto y las estrategias de comunicación que se tienen al momento de comunicar esta noticia. La información debe ser transmitida de una manera pertinente por el médico oncólogo quien es el que brindará soporte, atención y despejará las dudas; por otro lado, se debe presentar discusiones sinceras sobre las posibles complicaciones con los signos y tratamiento de la enfermedad. Es importante resaltar la tarea que cumple el equipo multidisciplinario al momento de comunicar el diagnóstico y las posibilidades con las que cuenta el paciente de recibir la mejor atención y ayuda sin dejar de lado el transmitir una sensación de optimismo sobre la situación por la que atraviesa (**Manual de Practica clínica Merck (Español), 2019**).

Es pertinente mencionar que el papel del psicólogo oncólogo en el tratamiento de los pacientes con cáncer, debe ser tomado con gran importancia junto con el equipo interdisciplinario. En el momento de comunicar el diagnóstico al paciente se podrá evidenciar en el sujeto los mecanismos que posee para afrontar la situación, de esta manera el psicólogo podrá aprovechar técnicas, habilidades y estrategias de abordaje adquiridas para lograr manejar

aspectos de comunicación y empatía con el paciente oncológico y sus familiares (Manual de Practica clínica Merck (Español), 2019).

### 2.2.2. Cifras de las enfermedades terminales más comunes en Ecuador

A nivel mundial, existe un sin número de causas de fallecimiento por diferentes tipos de enfermedades, por lo que a continuación se revisará las estadísticas sobre las principales causas de fallecimiento en el Ecuador:

En el año 2017 el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) dio a conocer información a través del Anuario de Estadísticas Nacimientos y Defunciones cifras a nivel nacional acerca de la tasa de mortalidad general en una lista de las principales causas de muerte a nivel nacional (2017). En este anuario se puede conocer acerca de la incidencia del cáncer en el Ecuador a través los resultados que arrojan investigaciones realizadas acerca de la enfermedad. Por medio de estos resultados obtenidos se logra evidenciar cifras estadísticas en bases de datos de diferentes instituciones relacionadas con el cáncer.

El INEC ofrece un registro estadístico de defunciones generales en el que evidencia información sobre las muertes generales inscritas en el país, en establecimientos de salud pública y privada y entidades que produzcan esta información sistemática respecto a los fallecimientos ocurridos a nivel nacional. Las estadísticas reflejan que el mayor número de defunciones se registran en la Región Costa con 35.901 que representa el 51,8% del total de defunciones a nivel nacional. La Región Sierra, Amazonía e Insular representa el 48,2% restante (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2017).

En la página del INEC, en el Anuario de Nacimientos y Defunciones del año 2017 se puede encontrar una lista sobre las principales causas de muerte a nivel nacional dentro de un periodo de 1997 al 2017 en la que se puede evidenciar que más del 50% de fallecimientos a nivel nacional son por enfermedades oncológicas. Este listado que ofrece el INEC nos da una visión sobre las principales causas de muerte que se han presentado en el Ecuador teniendo en cuenta que es una lista basada en la tasa de muertes por agrupamiento de causas (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2017).

De esta manera se puede evidenciar que la presencia de profesionales de la salud es importante debido al número de casos de pacientes oncológicos a nivel nacional y la atención que se debe brindar a esta población. La información proporcionada es relevante para este

trabajo de investigación, dada la marcada incidencia de esta enfermedad como una de las primeras causas de muerte en el Ecuador.

En Ecuador existen diferentes establecimientos a nivel nacional que tienen como objetivo la atención a pacientes para diagnóstico y tratamiento de enfermedades oncológicas, uno de ellos es La Sociedad de Lucha Contra el Cáncer del Ecuador (SOLCA), el cual es uno de los centros más grandes en el país que se ha encargado de la prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer. SOLCA tiene como misión el prevenir y detectar el cáncer proporcionando a los pacientes una atención solidaria bajo un tratamiento adecuado. Al pasar de los años esta institución ha sido reconocida a nivel nacional por brindar servicios en la especialidad oncológica ofreciendo satisfacer las necesidades de los pacientes y su familia (Sociedad de Lucha Contra el Cáncer del Ecuador SOLCA, s.f).

SOLCA al ser una entidad dedicada a brindar atención en el área oncológica a la población, ha logrado realizar investigaciones científicas con respecto al cáncer y crear un portal para el Registro de Tumores SOLCA en la ciudad de Guayaquil. Por medio de este registro se obtiene estadísticas, incidencia, tendencia y mortalidad del cáncer a nivel nacional. En el sitio web se permite evidenciar la labor por parte de los profesionales quienes trabajan para brindar una base de datos en los que conste información sobre el impacto del cáncer en Ecuador (Sociedad de Lucha Contra el Cáncer del Ecuador SOLCA, s.f).

Finalmente, se toma como referencia el Registro de Tumores SOLCA Matriz en la Ciudad de Guayaquil, documento en el cual se encuentra la última actualización realizada en año 2012. Se puede constatar sobre los tipos de cáncer que se han presentado en los residentes en la Ciudad de Guayaquil en el año antes referido. Se mencionará en orden descendente: En primer lugar, se ubican los tumores malignos del estómago con 13,2%, seguido de los bronquios y del pulmón con 9,3%, próstata con 8,3%, mama con 7,6% e hígado y de las vías biliares intra-hepáticas con 6,6%. Los datos mencionados se han mostrado en base a una tasa estandarizada de la mortalidad en el año 2012 en los habitantes de Guayaquil ( Registro de Tumores Solca Matriz, 2012).

### 2.3. Definición de Psico-Oncología

El cáncer es una de las enfermedades que han causado la muerte de miles de personas alrededor del mundo. Las estadísticas que se han obtenido han sido por medio de la realización

de investigaciones científicas las cuales muestran la incidencia del cáncer en nuestra comunidad. González (2007) define a la Psico-Oncología como:

Un campo interdisciplinar de la psicología y las ciencias bio-médicas dedicado a la prevención, el diagnóstico, la evaluación, el tratamiento, la rehabilitación, los cuidados paliativos y la etiología del cáncer, así como a la mejora de las competencias comunicativas y de interacción de los sanitarios, además de la optimización de promover servicios oncológicos eficaces y de calidad (p. 822).

En 1880 el diagnóstico del cáncer se asociaba directamente a la muerte pues no se podía encontrar una explicación o una causa para la enfermedad. Al transcurrir el tiempo se fundaron centros e institutos oncológicos con el fin de realizar investigaciones acerca de esta patología. A partir de las investigaciones y primeros casos del Patólogo Sidney Faber, por leucemia infantil en 1948 se buscan fármacos quimioterapéuticos logrando su primera cura con quimioterapia en 1950. A raíz de los resultados por medio del tratamiento del cáncer se generan preocupaciones sobre la importancia del diagnóstico y opciones de tratamiento en pacientes (Fresquet Febrer, s.f.).

No obstante, en estos años el apoyo psicológico brindado a pacientes con cáncer era a través de grupos de apoyo por otros pacientes que se encontraban atravesando por la misma situación. Durante estos años el apoyo psicológico también fue brindado por enfermeras o trabajadores sociales quienes eran profesionales que prestaban atención a los problemas psicológicos y sociales de los pacientes con cáncer (Robert & Álvarez, 2013).

Posterior a las intervenciones que se brindaba a pacientes con cáncer se realizan investigaciones importantes para poder examinar la respuesta que tenían ante la atención clínica recibida. La especialidad de Psico-Oncología inicia a mediados de 1970, momento en el que surge un acercamiento a pacientes con cáncer por medio de intervenciones psicológicas abordando los procesos de adaptación a la enfermedad. Tras tres décadas, se logra consagrar como un área independiente que permite a los pacientes ser diagnosticados y recibir un tratamiento adecuado que vaya acompañado por una atención clínica a dificultades cognitivas, emocionales, motivacionales y de comunicación que se presentan en la enfermedad (Robert & Álvarez, 2013).

### 2.3.1. Función del Psicólogo Clínico

El cáncer ha sido una enfermedad que juega un papel importante en la vida del paciente y de su familia, así como también de los profesionales en oncología ya que su afectación llega a ser muy evidente en diversos entornos. Esta enfermedad genera un gran impacto que logra afectar tanto a nivel intrapsíquico, familiar, social, espiritual, laboral, etc., del paciente, familiares y a los miembros de un equipo multidisciplinario el cual se encuentra día a día a su servicio. En esta investigación se pretende poner énfasis en los psicólogos clínicos quienes cuentan con estrategias para realizar intervenciones psicológicas en la elaboración del duelo en pacientes como en su entorno familiar (Cruzado, 2010).

El psicólogo realiza un trabajo de suma importancia, en un primer momento al ser diagnosticado el paciente oncológico, se prevé que exista un acompañamiento por parte del equipo y de sus seres más cercanos frente a la noticia. Los profesionales deben ofrecer la información necesaria sobre la enfermedad para que se pueda proporcionar un adecuado apoyo psicológico en cada una de las etapas de la enfermedad. Es importante recalcar que los profesionales cumplen una labor muy importante al realizar una intervención eficaz tanto a las personas afectadas por el cáncer y su familia (Cruzado, 2010).

Los psicólogos brindan apoyo emocional, buscan mitigar el impacto que se genera en el paciente al enfrentar la enfermedad, proporcionan una guía para un mejor manejo y adaptación de la enfermedad y el acompañamiento para el trabajo del pre duelo en el sujeto. Frente a los cambios que atraviesan los pacientes y sus familias, la labor del psicólogo es vital para que exista una mejor comprensión de la enfermedad, esto se puede dar gracias a una buena comunicación entre profesionales, pacientes y sus familias (Cruzado, 2010).

Por otro lado, el psicólogo debe brindar estrategias de afrontamiento tanto para el paciente como para sus seres queridos proporcionando recursos frente a las dificultades que se vayan presentando. A lo largo de su formación, el psicólogo tendrá sus propias estrategias terapéuticas para brindar el apoyo al paciente oncológico que le permita recuperar la calidad de vida, reorganización y readaptación al contexto del paciente y a su familia en todos sus ámbitos frente a la enfermedad (Cruzado, 2010).

Otro de los objetivos del psicólogo es dotar de habilidades y recursos al paciente y a su familia, para que puedan vivir el proceso de la enfermedad con una atención especializada. El apoyo psicológico es clave para todos; ya que puede llegar a aliviar el malestar emocional por el que atraviesan, el mismo que puede manifestarse en preocupación y dudas ante el progreso de la enfermedad, de esta forma, el psicólogo clínico puede brindar un soporte al encontrarse diariamente con ellos (Cruzado, 2010).

Dentro de la constante atención que se presta a pacientes oncológicos, los psicólogos deben tomar en cuenta y prevenir la presencia del síndrome de *Burnout* o “síndrome de estar quemado” o de desgaste profesional, pues al encontrarse expuestos a diferentes situaciones, diagnósticos, casos y sobre todo al tema de la muerte, puede afectar varios ámbitos de la vida del profesional, por ejemplo: trastornos del sueño, fatiga, hostilidad, entre otras; las mismas que le pueden generar consecuencias negativas como ansiedad, depresión o baja autoestima, etc. (Castillo, 2001).

El autocuidado va de la mano con la prevención del *Burnout* ya que, se debe dar una guía para que la persona pueda tener estrategias acerca de comportamientos personales o prácticas cotidianas que permitan un buen desarrollo funcional y orgánico. En la rama de la oncología se enfatiza el autocuidado de los profesionales cuando se enfrentan a cambios esporádicos o situaciones de estrés por el proceso de la enfermedad del paciente (Carulla, s.f). Como profesionales, se trata de brindar un constante apoyo al paciente para que el sujeto pueda recuperar su estilo de vida que ha sido alterado debido a la presencia de la enfermedad, todo esto mediante herramientas que lleguen a ser implementadas a largo plazo (Carulla, s.f).

Es así que el profesional al brindar apoyo emocional y un acompañamiento psicológico se encuentra relacionado con varios aspectos de la vida y el progreso de la enfermedad del sujeto, con quien puede generar un vínculo y una relación directa. En muchos de los casos el tema del cáncer es difícil de tratar ya que se lo asocia inmediatamente con la muerte por lo que se debe poner énfasis en detalles específicos en lo que el paciente manifieste, pues cada persona experimenta la enfermedad de diversas maneras dependiendo de los recursos personales con los que cuente. La manera en que el paciente se enfrenta a la enfermedad da apertura a la expresión de dudas, temores y sentimientos que permita un desahogo emocional ante la situación por la que atraviesa (Carulla, s.f). Desde un primer momento se debe tomar en cuenta

como el sujeto está tramitando la enfermedad y los cambios que surgen en su vida puesto que es quien lo está experimentando a partir del diagnóstico de la enfermedad (Carulla, s.f).

La atención psicológica a pacientes oncológicos exige al profesional tener un gran conocimiento del tema, a través del cual pueda suplir las exigencias psicológicas del sujeto en cuanto al apoyo emocional por la enfermedad oncológica, pero es también un trabajo exhaustivo el buscar una mejor calidad de vida desde su diagnóstico y brindar un acompañamiento hasta el final de la vida con la menor cantidad de molestias. Ante el apareamiento de la enfermedad surgen diversas reacciones, las cuales deben ser tomadas en cuenta por el impacto de las mismas con el proceso de la enfermedad y como estas debe manejarla el profesional (Carulla, s.f).

La incidencia del cáncer y la tasa de mortalidad de la enfermedad han crecido de manera considerable en los últimos años alrededor del mundo. Se tiene conocimiento de que a medida que se presentan preocupaciones propias de la enfermedad, también aparecen otras necesidades que deben ser abordadas por el psicólogo para poder brindar un apoyo y atención en el proceso de acompañamiento tanto para el paciente como para su familia. Se pueden manifestar diversas reacciones a partir del diagnóstico que no son específicas en tiempo o etapa de la enfermedad (Cruzado, 2010).

Los psicólogos deben atender a necesidades psicológicas y emocionales de los pacientes y de la familia como por ejemplo el manejo de la ansiedad, estrés o depresión. Se considera importante brindar estrategias para que puedan promover o potencializar los recursos propios de los pacientes oncológicos. Los recursos que adopta el paciente suelen ser defensivos pues, se encuentra enfrentando un proceso adaptativo en que la estructura psíquica del sujeto debe reorganizarse debido a los acontecimientos (Cruzado, 2010).

El paciente puede aflorar mecanismos de defensa para este cambio repentino en su vida, los puede identificar hacia una readaptación por medio de conductas y respuestas emocionales contradictorias. De esta forma, la labor del profesional llega a ser muy importante al trabajar con estas reacciones que surgen en el paciente y su familia ya que se debe considerar que estas situaciones que generan ansiedad no solo surgen al momento del inicio y desarrollo de la enfermedad, sino también como un producto de la adaptación que deben realizar por los cambios presentados (Hartmann, 1969).

Por otro lado, autores como Gálvez-Hernández & Ortega (2018) hacen referencia a factores importantes al momento en que el paciente percibe la enfermedad y las estrategias de

afrontamiento que son utilizadas. Una de las respuestas emocionales que suelen manejar los pacientes es la resiliencia la cual, según los autores mencionados se describe como:

(...) la capacidad de las personas de sobreponerse a periodos de dolor emocional y situaciones adversas, se ha asociado positivamente con bienestar emocional, salud física, mental y calidad de vida... además, es un factor protector para la ansiedad, depresión y estrés. Inclusive, se ha demostrado en pacientes oncológicos con distintos tipos de cáncer, que aquellos con niveles altos de resiliencia presentan menos necesidades de apoyo en la atención (p.288).

Como profesionales de la salud es relevante la atención que necesita el paciente oncológico en el momento que busca un estilo de afrontamiento y la resiliencia ante el diagnóstico de la enfermedad. El psicólogo es un agente que ayuda a mejorar la calidad de vida de la persona con cáncer y sus familiares por medio de la intervención, el manejo de los factores psicológicos en el proceso oncológico con la implementación de un buen sistema de atención sanitaria (Broche-Yépez & Medina, 2011). Debido a esto, la intervención que está dirigida a pacientes y familiares por la enfermedad, debe ser una labor que cumpla el psicólogo de una manera muy eficaz ya que se pretende utilizar estrategias y recursos para mejorar la vida de cada uno y así permitir que sean útiles para su modo de afrontamiento (Broche-Yépez & Medina, 2011).

Se debe tomar en cuenta lo siguiente: “la capacidad moduladora que sobre la enfermedad oncológica tiene la resiliencia, el afrontamiento positivo, las redes de apoyo, y la importancia del psicólogo como portador de las herramientas necesarias para llevar a cabo la intervención” (Broche-Yépez & Medina, 2011, p.3). El concepto de resiliencia es tomado como la capacidad de superar las adversidades con la que las personas, en este caso, pacientes con cáncer reaccionan ante las situaciones adversas que experimenten desde el momento del diagnóstico de la enfermedad.

Por lo tanto, una vez que el paciente y sus seres queridos reciben la noticia, “se considera importante abordar los elementos que permiten afirmar que el diagnóstico de cáncer constituye un factor potencialmente dañino para la salud mental de la persona diagnosticada” (Broche-Yépez & Medina, 2011, p.3). El papel del psicólogo debe ser transcendental para el bienestar que necesita el paciente oncológico siendo un apoyo frente a reacciones, estilos de afrontamiento y a la recuperación de las situaciones adversas, ya que no solamente es hacer

frente a las enfermedades sino a los cambios y la adaptación a una vida nueva (Broche-Yépez & Medina, 2011).

Otra respuesta que se pone en evidencia en pacientes oncológicos en el proceso de la enfermedad ha sido el estrés, pues se lo conoce como: “una reacción de ajuste. Como reacción origina tensión a nivel físico y psicológico mediante la estimulación del equipo biológico que posee el hombre para enfrentar los estímulos externos que ponen en peligro su vida” (Téllez, 2002, p.22). Se entiende como una respuesta que aparece frente a una experiencia adversa la cual es manejada con recursos físicos y psicológicos para lograr encontrar un equilibrio y la tensión vaya disminuyendo poco a poco (Téllez, 2002).

El estrés también se puede tratar de un ajuste en el sujeto que se convierte en una capacidad de poder adaptarnos a una nueva situación utilizando recursos propios. Este factor también debe ser importante para el psicólogo clínico debido a que los pacientes oncológicos pueden tener esta respuesta frente a un diagnóstico y el progreso de la enfermedad. Al tratar con el tema del estrés, también se hace frente a situaciones que generan sensaciones de amenaza e inestabilidad, por lo que el profesional debe estar atento a la reacción que surge frente a esta experiencia ya que la afectación puede ser tanto a nivel físico como psicológico dando como resultado un malestar general en el sujeto (Téllez, 2002).

Cada persona responde de diferentes maneras a las situaciones adversas lo que significa, que cada sujeto tendrá recursos propios que le permita actuar de una manera u otra. En el desarrollo de la enfermedad del cáncer es de suma importancia la respuesta al impacto emocional y como la adaptación a la enfermedad está ligada a la vida cotidiana y conductas propias del sujeto, es ahí en donde el psicólogo clínico con enfoque psicoanalítico permite dar el espacio para la escucha permitiendo elaborar la situación, brinda un acompañamiento y apoyo para la situación que está atravesando el paciente y a los cambios que se irán presentando (Téllez, 2002).

### CAPÍTULO 3. PROPUESTA DE GUÍA DE FORMACIÓN PARA PSICÓLOGOS CLÍNICOS CON ENFOQUE PSICOANALÍTICO

La orientación psicoanalítica se puede conceptualizar como un método para trabajar desde la subjetividad, la misma que es utilizada por algunos psicólogos y terapeutas. Esta propuesta de guía de formación permite que psicólogos clínicos tengan presente y apliquen conceptos de la teoría psicoanalítica en la intervención que se realiza a pacientes oncológicos. De esta manera, se tiene como objetivo que el trabajo del duelo del psicólogo frente a la pérdida de un paciente oncológico sea logrado evitando una afectación a nivel personal y laboral.

Esta propuesta de guía busca dejar en claro conceptos principales dentro del abordaje del psicólogo clínico con enfoque psicoanalítico como: intervención, rapport y encuadre, transferencia y contratransferencia, supervisión de casos y el trabajo personal. Estos aspectos mencionados se tomarán en cuenta en el momento que el psicólogo clínico trabaje su proceso de duelo frente a la muerte de un paciente oncológico.

Lo que encamina la intervención de un psicólogo clínico de orientación psicoanalítica es el encuadre y el rapport con el paciente, ya que en este espacio el profesional define su rol, factores que se presentan y la técnica de la intervención a realizarse junto con el paciente. Al encuadre se lo puede ver como un espacio físico, tiempo y frecuencia de atención al paciente. Para lograr un buen proceso, es necesario tener en cuenta que el encuadre propuesto por el psicólogo sea aceptado por el paciente, ello se mantiene y contiene proyecciones de vínculos del paciente, dado esto, forja un espacio en el que se realiza la intervención (Freud, 1986/1912).

El rapport puede entenderse como la relación que se establece entre el médico con el paciente. Es parte importante manejar una buena dinámica entre paciente – psicólogo tratando de mantener una buena comunicación ya que si esta no se logra, difícilmente se llegará a cumplir con los acuerdos establecidos de forma verbal por el médico como por el paciente. Los compromisos a los que lleguen paciente - psicólogo depende de varios factores como: ambiente, tiempo, relación, etc. Por otro lado, el encuadre también se encontrará presente en el proceso terapéutico. Será una situación en la que tanto el psicólogo como paciente establecerán variables como: periodicidad, tiempo, número de sesiones, lugar y el pago simbólico que se le dará al terapeuta en este proceso en el cual también se presentarán otros fenómenos (Freud, 1986/1912).

Freud toma a la transferencia como una transmisión de los sentimientos de la persona sobre su terapeuta, sentimientos que se encontraban presentes en la enfermedad y con la intervención analítica se instauraron sobre el psicólogo. Consideraba a este fenómeno como un fuerte reclamo de amor, o de una aceptación que les fue negada por alguna otra persona de importancia en la vida de cada sujeto, el saber dar un buen manejo de la transferencia brindará una gran herramienta para conseguir la cura terapéutica deseada. El autor consideraba que la presencia de la transferencia del paciente al analista no significaba algo malo, de hecho, era parte del abordaje terapéutico en el que se crea un vínculo emocional (Freud, 1986/1912).

Desde la teoría psicoanalítica, se habla de la dinámica que existe entre paciente- médico, como un espacio en el que se puede trabajar para encontrar la cura psicoanalítica. No se puede ignorar que la transferencia que guarda similitud con la contratransferencia pero existe una diferencia particular, en la contratransferencia el terapeuta es quien se ve influenciado de forma inconsciente por el paciente. Estos dos fenómenos van de la mano dentro del proceso que realiza el psicólogo clínico con enfoque psicoanalítico, ya que pueden influir significativamente dentro del mismo proceso (Freud, 1986/1912).

El terapeuta es quien posee el conocimiento y las habilidades necesarias para que el paciente pueda enfrentar, asimilar y convivir con la enfermedad oncológica, es por esto que podrá implementar un acompañamiento de acuerdo a la situación del sujeto. Dentro de esta investigación y las entrevistas realizadas a profesionales, se ha podido dar cuenta que la intervención psicológica a pacientes oncológicos no se rige por una corriente teórica en específico. Debido a esto, es importante señalar que el profesional a medida que se ha formado, podrá implementar estrategias acordes a su línea con la que trabaja una vez ya definida, ya que de esta manera se logra obtener buenos resultados (Abad, Esteban, Tejerina, & Nieto, 2004).

Dentro de la práctica clínica es importante destacar que existen entidades que aportan significativamente para la formación del psicólogo con orientación psicoanalítica. Podríamos tomar como referencia a la IPA (Asociación Psicoanalítica Internacional) como una entidad que brinda una formación psicoanalítica. La IPA está dedicada a la formación de psicoanalistas a nivel mundial, a esta asociación pueden acceder psicólogos clínicos para continuar formándose como profesionales desde este enfoque. La IPA fue creada por Freud en 1910, la cual engloba tres elementos a considerarse como: Análisis personal, supervisión didáctica y seminarios teóricos-clínicos. Estos tres elementos son fundamentales para la asociación e importantes en la formación de psicoanalistas, de esta manera no es una obligación que los psicólogos clínicos

con enfoque psicoanalítico sean partícipes de esta asociación para su formación profesional, sin embargo se la toma como referencia por ser reconocida por sus aportes a los profesionales (IPA. Asociación Psicoanalítica Internacional. , s.f.).

Al realizar una guía de formación de psicólogos clínicos con enfoque psicoanalítico, es fundamental considerar la importancia de la supervisión psicológica como uno de los pilares sobre los cuales se logra sostener el trabajo de cualquier psicólogo clínico. La complejidad de la mente y las emociones del sujeto la hacen indispensable, ya que la opinión de un tercero sobre aquella situación que sucede en la intimidad y discreción de la sesión le permite al profesional tener otro punto de vista. El trabajo que realiza un supervisor se sostiene sobre la base de su propia experiencia clínica, conocimientos y sensibilidad adquirida (Espíndola, 2014).

La supervisión es un trabajo que desarrollan dos personas y que tiene el objetivo de ampliar las configuraciones psíquicas del terapeuta sobre aquello que ocurre, bajo el marco del vínculo transferencia-contratransferencia con el paciente. La intervención de enfoque psicoanalítico requiere de quien practica conocimientos teóricos que le permita tener una base de pensamiento y una metodología sobre la cual va a realizar su práctica clínica (Espíndola, 2014).

El enfoque psicoanalítico requiere una formación activa dentro de sus postulados, y al mismo tiempo depende mucho de los fenómenos que se presenten en el proceso de intervención del profesional. La supervisión es esa transmisión oral que permite comprender un poco más del método, el tratamiento al cual se somete el paciente, la relación con el sujeto y el momento de su enfermedad por la que está atravesando el sujeto para buscar estrategias de abordaje óptimas. Por otro lado, es ese método mediante el cual dos profesionales comparten al realizar su trabajo en conjunto con el conocimiento teórico previamente obtenido para llegar a una comprensión clínica a beneficio del paciente (Espíndola, 2014).

La experiencia de la supervisión empieza cuando el terapeuta decide reunirse con otro profesional del área para discutir sobre su experiencia en la práctica clínica, se puede aludir que los profesionales mantienen una transferencia de trabajo. Se recolecta toda la información del paciente como las primeras entrevistas o las últimas sesiones, sobre todo lo más relevante que encuentra por alguna enunciación que recuerde al paciente. Es la presentación de su trabajo ante esa otra escucha en la que confía, lo que relanza el deseo del analista (Espíndola, 2014).

Si bien para todo terapeuta es complicado exponer su trabajo ante un analista u otro colega, de esta manera la supervisión brinda grandes beneficios al profesional en tanto vínculo creativo como el conocer que puede aplicar más herramientas en su trabajo cotidiano. Se encuentra como propósito el generar un diálogo entre profesionales en beneficio del paciente y del analista (Espíndola, 2014).

En esta investigación es importante mencionar sobre las manifestaciones de los psicólogos clínicos frente al temor que puedan experimentar al enfrentarse diariamente ante el tema del cáncer y la muerte. El poder evidenciar diferentes escenarios en las prácticas pre profesionales realizadas, se puede llegar a tener en cuenta que en el ambiente hospitalario no siempre es común hablar de dolor y muerte. Es por esto que a través de esta guía se logra tener en cuenta que los psicólogos a lo largo de su formación académica necesitan tener claro aspectos claves del enfoque psicoanalítico que les permita llevar un acertado proceso terapéutico personal (Espíndola, 2014).

El trabajo personal para el profesional puede ser capaz de darle herramientas que le permita reconocer sus propias resistencias incluso llegar a darse cuenta de los límites desde su trabajo profesional con el trato con sus pacientes, así como también puede aprender a encaminarlos dentro del proceso para mostrarse como una persona empática y comprender la situación de su paciente. Espíndola(2014) indica que, en varias ocasiones los profesionales de la salud prefieren distanciarse emocionalmente de sus pacientes para evitar no solo dejarse influenciar por éstos, sino para no verse afectados cuando sufren una pérdida o por el impacto generado por tratar con la muerte diariamente salvaguardando su salud mental y su bienestar (Espíndola, 2014).

Es importante que, a través de su trabajo personal, al terapeuta se pueda reconocer como sujeto con sus propias emociones que el paciente despierta, permitiéndole aclarar la dinámica médico -paciente y la transferencia resultante de este fenómeno, llevándolo a discernir su propio contenido y el de su paciente, en cómo lidiar con estos sentimientos depositados en el paciente y finalmente, llevar a cabo un buen manejo profesional con otros sujetos.

No se puede exigir al terapeuta no tener alguna relación emocional con el paciente, al ser la contratransferencia un fenómeno que se genera de forma inconsciente. Es complejo requerir que el psicólogo domine sus sentimientos hacia el paciente sin embargo debe estar en la capacidad de reconocerlos y elaborarlos en su espacio de trabajo personal. La propuesta de guía de formación para psicólogos clínicos con enfoque psicoanalítico se la realiza para que el profesional pueda tener presente y conozca perfectamente los aspectos importantes e

indispensables de este enfoque para la intervención con pacientes oncológicos y la elaboración del duelo por pérdida (Espíndola, 2014).

Finalmente, el terapeuta al quien dirige la intervención psicológica, se podrá enriquecer con estrategias útiles para su práctica profesional. Entendiendo que esta propuesta de guía de formación para psicólogos clínicos con enfoque psicoanalítico será una herramienta con la que los profesionales puedan apoyarse y poder sobrellevar el duelo frente a la pérdida, tratando de que no se minimice los sentimientos del profesional frente a una situación dolorosa, hay espacios de escucha como el trabajo personal y la supervisión para la realización de este trabajo de duelo y la tramitación de la situación que se genera por la pérdida. El enfoque psicoanalítico puede brindar una intervención integral, contribuye al análisis de la relación de los terapeutas con el paciente oncológico en la que se permita explotar capacidades personales y profesionales, además de fortalecer la utilización de herramientas dirigidas al paciente y a sus familiares.

## CAPÍTULO 4: METODOLOGÍA

En el presente capítulo se explicará la metodología, la población y la muestra; así también se expondrán los resultados de las entrevistas realizadas a Psicólogos clínicos, con el objetivo de responder a las preguntas de investigación propuestas. Se realizaron cinco entrevistas programadas a psicólogos clínicos en la ciudad de Quito para poder recabar información.

### 4.1 METODOLOGÍA

La presente investigación es descriptiva en la cual se ha utilizado una metodología cualitativa. El objetivo de estudio se centra en analizar los efectos que se presentan en el psicólogo clínico por la muerte de un paciente oncológico. El presente trabajo investigativo se realizó por medio de entrevistas programadas con cinco psicólogos de la ciudad de Quito. Los pasos metodológicos serán descritos con detalle más adelante.

La metodología que se siguió en la investigación constó de los siguientes pasos:

1. Elaboración de la entrevista semiestructurada identificando categorías que se iban a abordar basadas en los principales conceptos del estudio teórico. Las preguntas permiten que los participantes sean lo más explícitos y claros en sus respuestas.
2. La selección de la muestra se realizó mediante un muestreo no probabilístico e intencional debido a que es dirigido únicamente a profesionales en psicología clínica que trabajen en la rama de la oncología. Se realizó el estudio con profesionales que trabajan en instituciones privadas o consulta privada en la ciudad de Quito. Los participantes en esta investigación deben contar con el criterio de inclusión el cual es un mínimo de 5 años de experiencia dentro del área de trabajo con pacientes oncológicos.

*Tabla 3: Tabla participantes /años de experiencia*

<b>PARTICIPANTES</b>	<b>AÑOS DE EXPERIENCIA</b>
1. Psicooncólogo	19 años
2. Psicooncóloga	5 años
3. Psicooncóloga	27 años
4. Psicóloga clínica, M.Sc. en Cuidados Paliativos	9 años
5. Psicooncóloga	16 años

Elaborado: Méndez, V. (2019)

3. Se elaboró un consentimiento informado para participación de investigación.
4. Se realizó una entrevista piloto para lo cual se contactó con un profesional de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de esta manera se pudo tener otra visión de la estructura de las preguntas y la duración de la entrevista.
5. Se contactó con los profesionales por vía telefónica, medio por el cual se explicó brevemente el tema y el objetivo de la investigación. De esta manera se llegó a confirmar su colaboración y participación en la entrevista. En algunos casos los psicólogos solicitaron las preguntas previamente al día de la entrevista y éstas fueron facilitadas. Finalmente, se determinó lugar, fecha y hora de la entrevista.
6. Se presentó el consentimiento informado y se brindó la información sobre el uso de los datos en la investigación. Una vez revisado el consentimiento informado por cada participante se procedió a firmar el documento y llevar a cabo la entrevista. La información fue recabada a partir de los datos obtenidos por cada participante. Se procedió al análisis del contenido de las respuestas tomando en cuenta que cada participante se mostraría de manera anónima para proteger su identidad y confidencialidad.
7. Se realizó la transcripción la información recabada de tal manera que las entrevistas se encuentren digitalizadas, para poder hacer uso de los datos y proceder con el análisis de los mismos.
8. Se sistematizó los datos obtenidos de las entrevistas para analizar la información por las categorías propuestas inicialmente con la finalidad de organizar la información para la presentación de resultados.
9. Se analizaron los datos recabados obtenidos articulándolos con la teoría previamente revisada.

Tabla 3: Construcción de la entrevista a partir de las categorías planteadas.

**CONSTRUCCIÓN DE LA ENTREVISTA A PARTIR DE LAS CATEGORIAS PLANTEADAS**

CATEGORÍAS	TEMAS	PREGUNTAS
<b>La muerte de un paciente oncológico (variable independiente)</b>	Muerte	<p>¿Cómo enfrentó la muerte de su primer paciente oncológico?</p> <p>¿Se vio afectado y de qué manera?</p> <p>No siendo así, ¿cómo hizo para no verse afectado?</p> <p>¿Después de esta experiencia cree haber notado un cambio en su forma de trabajo con los pacientes oncológicos?</p>
	Duelo	<p>¿Desde qué línea trabaja y cómo esa línea concibe el tema del duelo?</p> <p>¿Ha tenido experiencias personales de muerte y duelo?</p> <p>¿Cómo vive o vivió esta experiencia de duelo?</p> <p>¿Los duelos y pérdidas personales han afectado en algún momento su trabajo?</p> <p>¿Ha notado algún cambio en usted a causa de pérdidas y duelos experimentados?</p> <p>¿A mayor o menor tiempo de trabajo con pacientes oncológicos, cambió su metodología?</p> <p>¿Usted ve necesario la supervisión de los casos?</p> <p>¿Acostumbra a supervisar sus casos? ¿Con qué profesional?</p>
<b>El duelo del psicólogo clínico (variable dependiente)</b>	Cáncer y Cuidados Paliativos	<p>Desde su ejercicio profesional, ¿cómo psicólogo clínico cómo definiría el cáncer y los cuidados paliativos?</p> <p>¿Cuál es su punto de vista acerca del trabajo interdisciplinario con pacientes oncológicos?</p> <p>¿Qué metodología utiliza usted en la atención de pacientes oncológicos?</p> <p>¿Cuál es su punto de vista sobre el trabajo con el tema de la muerte?</p> <p>¿Qué aprendizajes ha tenido como psicólogo clínico y trabajo con pacientes oncológicos?</p> <p>¿Qué recomendaría usted para el ejercicio profesional y trabajo con pacientes oncológicos?</p>

Elaborado: Méndez, V. (2019)

## **ANÁLISIS DE CASOS**

Para esta investigación se realizó una entrevista semi-estructurada, conformada por 18 preguntas (fuera de los datos sociodemográficos) divididas en 3 categorías: muerte, duelo y cáncer y cuidados paliativos.

Para la presentación de resultados se seguirá el orden de las preguntas realizadas, las cuales se detallan a continuación:

### ***CATEGORÍA DUELO***

#### ***PREGUNTA 1: ¿Desde qué línea trabaja y como esa línea concibe el tema del duelo?***

A partir de las entrevistas se puede ver que la mayoría de los profesionales de la salud no necesariamente direccionan su abordaje terapéutico en función a un enfoque teórico específico. Los entrevistados manifiestan que trabajan a partir de la información con la que llega el paciente y de esta manera le permiten al psicólogo enfocar su trabajo acorde a las demandas del paciente, así como lo señala el SUJETO 1: “yo veo es la necesidad de ese paciente en ese momento y que es lo mejor que yo puedo darle para ayudarlo, para tratarlo. Yo me adscribo a ver cuál es tu necesidad de este momento” (SUJETO 1, PREGUNTA N° 1). Dos de ellos dan cuenta de la importancia que tiene conocer la demanda con la que viene el paciente a consulta ya que es el punto de partida que permite direccionar el trabajo clínico en función del discurso inicial del sujeto.

El paciente es quien brinda al psicólogo una mejor comprensión de la situación y su malestar, depende de la información que el paciente y la familia otorgue al psicólogo, para que estructure su abordaje clínico y de esta manera sabrá orientar la intervención de una manera eficaz brindando soporte al paciente y a su entorno social. Por otro lado, se puede ver que dos psicólogos clínicos realizan su trabajo terapéutico en función de un enfoque teórico específico, el enfoque que manejan es la Teoría Sistémica, es decir de los entrevistados, este enfoque les permite abordar varios aspectos del paciente puesto que brinda una visión integral de la situación que permite una mejor intervención en la que no solo el paciente es el único que interviene, sino también la familia y el rol que cumple cada miembro en el afrontamiento de la enfermedad y el duelo.

La participación de la familia dentro del proceso de duelo es fundamental, ya que la familia cumple un rol importante en la vida del paciente. La enfermedad no solo afecta a quien la padece, sino también a su familia, ya que cuando dentro de la familia existe un paciente oncológico esto provoca cambios en todos los miembros generando así, la necesidad de adaptación y una reorganización. La colaboración de familiares en la resolución de asuntos pendientes del paciente es clave para su propio proceso de duelo, ya que cada persona lo elabora de distinta manera. En las entrevistas, al preguntar a cada participante sobre el duelo, se puede apreciar diferentes conceptos en función del enfoque teórico que manejan. Es importante señalar que uno de ellos menciona que el duelo no es solo por la pérdida de un ser querido, sino también por la pérdida de objetos significativos tangibles o intangibles para el sujeto, debido que estos objetos forman parte de su subjetividad.

***PREGUNTA 2: ¿Ha tenido experiencias personales de muerte y duelo?***

Como se puede evidenciar, todos los psicólogos clínicos han tenido experiencias de muerte y de duelo a lo largo de su vida. Manifiestan que las pérdidas que han sufrido han sido de seres queridos y personas allegadas que han marcado la vida de cada uno y serán importantes.

Se tiene conocimiento que el duelo por una pérdida significativa no es una experiencia agradable, sin embargo, los profesionales han mencionado que lo han vivido de forma particular, el SUJETO 2 menciona: “el saber sobre cuidados paliativos, tuve la oportunidad de hacer un buen proceso” (SUJETO 2, PREGUNTA N°2). La formación del profesional ha sido clave para poder conocer sobre la muerte, el trabajo de duelo y el proceso que se lleva al momento de enfrentarse ante esta situación.

Es importante señalar que una de las pocas cosas de las que se puede estar seguro es la muerte. Una enfermedad diagnosticada o un accidente son eventos que pueden suceder ante los cuales el sujeto pierde el control dejándolo impotente. La forma en que la pérdida sucede influye en el proceso de duelo. Uno de los psicólogos clínicos entrevistados, manifiesta que ha experimentado pérdidas en diferentes situaciones las cuales han tenido un proceso de duelo diferente.

Es importante recalcar que diferentes factores pueden ser claves para un proceso de duelo. En el caso de un psicólogo desde su experiencia personal señala que la distancia

fue un factor decisivo para su duelo, manifiesta que el estar lejos de la persona que ha fallecido no le permitió lograr una despedida real y la elaboración del duelo resultó ser un proceso largo y más complejo. Por otro lado, otra psicóloga menciona que, dentro de su experiencia personal, el enfrentarse a la pérdida de un ser querido fue un proceso diferente ya que logró despedirse y resolver asuntos pendientes.

La condición en la que el paciente y su familia viven el desarrollo de la enfermedad puede llegar a ser otro factor predominante para el proceso de duelo. El manejo de la autonomía del paciente es fundamental ya que conforme avanza la enfermedad esta debilita física y emocionalmente a quien padece la enfermedad y es aquí donde la familia debe de tomar decisiones en función al bienestar del paciente. El vivir de cerca esta pérdida puede ser significativa en muchos aspectos tanto personales como profesionales e incluso cambiar la forma de percibir la vida.

### ***PREGUNTA 3: ¿Cómo vive o vivió esta experiencia de duelo?***

La mayoría de los terapeutas manifiestan que sus experiencias de duelo fueron vivenciadas con sentimientos de dolor, tristeza o ira. Aseguran que para la elaboración del duelo se requiere de tiempo para que este finalmente sea tramitado. De esta manera se logra una organización positiva en su vida junto con buenos recuerdos y sentimientos ante la estructura para enfrentar el duelo.

Es importante destacar que al elaborar un duelo es necesario apoyarse y trabajar en un proceso personal. El acudir a terapia psicológica es parte de su formación y trabajo profesional, ya que le permite una mejor tramitación del duelo en pérdidas posteriores. Cabe mencionar que al realizar este proceso personal le permite al profesional sentirse más humano, puesto que puede llegar a experimentar las mismas situaciones que los pacientes y sus familias.

Los psicólogos señalan que han experimentado varias pérdidas a lo largo de su vida. El SUJETO 1 afirma lo siguiente: “el duelo también puede ser también perder un trabajo que te gusta mucho, una persona que te ama o yo que sé” (SUJETO 1, PREGUNTA 3). Existe un lazo afectivo significativo con el objeto perdido, este lazo resulta ser fundamental para la elaboración del duelo, por ejemplo, en el SUJETO 3 la pérdida de su mascota fue un proceso difícil y largo de elaborar.

Por otro lado, las experiencias de muerte y duelo pueden ocurrir en cualquier momento de la vida, el SUJETO 3 menciona que: “me impactó porque que era mi primera experiencia con la muerte” (SUJETO 3, PREGUNTA 3). Cada persona experimenta estas situaciones de diferente manera, pueden llegar a afectar mucho más a unas que otras, sin embargo, mencionan que a través de estas situaciones han podido tener una mejor empatía y comprender de mejor manera al paciente en las etapas de su enfermedad. Por ende, también han tenido aprendizajes tanto personales como profesionales que les han permitido sobrellevar de mejor manera la muerte de un paciente.

Para uno de los psicólogos entrevistados es importante realizar rituales para que el proceso de la elaboración del duelo sea tramitado. Por medio de estos rituales el sujeto puede despedirse del objeto y de esta manera simbolizar la pérdida. Los rituales y costumbres son parte de la cultura del sujeto.

***PREGUNTA 4: Los duelos y pérdidas personales ¿han afectado en algún momento su trabajo?***

Todos los terapeutas concuerdan que su trabajo no se vio afectado por las pérdidas y duelos personales que han experimentado. El trabajo con pacientes oncológicos les ha permitido explorar mejores alternativas para que puedan ser aplicadas en la intervención con los pacientes.

Los psicólogos han manifestado que han logrado desenvolverse en otros espacios que les ayuden significativamente en el trabajo con pacientes oncológicos, el SUJETO 1 menciona: “si estoy pasando una etapa de duelo muy fuerte tal vez estoy más cansado en el trabajo lo que hago es reducir pacientes y ver un poco más si hago cosas administrativas y menos contacto con las personas” (SUJETO 1, PREGUNTA 4). Estos espacios permiten despejar la mente del sujeto.

Los profesionales señalan la importancia que tiene el distinguir situaciones personales con las laborales ya que en algún momento se puede ver afectado el trabajo con los pacientes y sus familias. A partir de las experiencias personales del psicólogo se puede llegar a comprender la situación del paciente, le permite al profesional enfocarse en su trabajo terapéutico bajo la demanda del paciente, de esta manera el psicólogo evitaría que el trabajo profesional se involucre con su vida personal a través de un trabajo personal.

Uno de ellos menciona, según su experiencia y criterio clínico, que el trabajo terapéutico no se ve afectado por estas experiencias a nivel personal de duelo y pérdida, sin embargo, indica que se da una sensibilización especial en cuanto a llevar el proceso de duelo, más no afecta de manera directa el trabajo profesional que se realiza con los pacientes oncológicos.

***PREGUNTA 5: ¿Ha notado algún cambio en usted a causa de pérdidas y duelos experimentados?***

La mayoría de los participantes aluden a que han existido cambios en ellos después de haber experimentado el proceso de duelo a partir de la pérdida ocasionada. Se cree que a partir de las pérdidas significativas que han tenido han evidenciado cambios o modificaciones tanto a nivel personal como profesional que les han ayudado a lo largo de su práctica clínica.

La importancia de las experiencias personales del psicólogo clínico puede resultar fundamental dentro del trabajo terapéutico realizado, es así como dos psicólogos indican que, a través de sus vivencias personales han logrado trabajar de una manera diferente con los pacientes y sus familias; gracias a estas vivencias el psicólogo se ha permitido entender al paciente e incluso ponerse en el lugar del otro y llegar a sensibilizarse por la situación del paciente oncológico. El SUJETO 3 menciona que al haber sido diagnosticada con cáncer a sus 17 años le ha ayudado a tener una sensibilidad especial con los pacientes, por lo que indica: “tengo muchísima empatía con el paciente y entiendo que es la quimioterapia, como se siente cuando recibe quimioterapia, cuando uno recibe radio, cuando recibe un diagnóstico, entonces tengo la capacidad de ponerme en el lugar del otro” (SUJETO 3, PREGUNTA 5).

A través de las experiencias personales, los profesionales han tenido transformaciones en cuanto a su estilo de vida, el valor de la vida o la importancia de optimizar su tiempo. Por medio del trabajo profesional que realiza el psicólogo clínico con los pacientes oncológicos y sus familias, indican que pueden llegar a comprender de mejor manera la situación del paciente. El SUJETO 4 menciona que por medio de su trabajo y técnicas de intervención ha logrado crear un espacio en el cual es una participante más del grupo, el poder compartir sus propias experiencias le ha llevado a entender los sentimientos de las personas quienes se encuentran atravesando el proceso de duelo y realizar un mejor acompañamiento e intervención psicológica.

Por otro lado, se puede evidenciar que el psicólogo clínico va más allá de la relación paciente-terapeuta, participar con los pacientes desde su experiencia personal puede llegar a generar inconvenientes en la intervención clínica y la relación con el paciente, que en ocasiones puede considerarse un acto no ético para el profesional.

Es importante mencionar que el atravesar por un proceso de pérdida no solo conlleva cambios a nivel personal sino también a nivel profesional. Un psicólogo menciona que al experimentar pérdidas a lo largo de su vida ha logrado tener una mejor preparación profesional y seguir aprendiendo mediante su práctica clínica. Cada uno de los pacientes es una historia diferente en la que el psicólogo siempre deberá buscar estrategias convenientes para realizar su intervención clínica.

***PREGUNTA 6: A mayor o menor tiempo de trabajo con pacientes oncológicos, ¿cambió su metodología?***

Cada psicólogo tiene una metodología diferente dependiendo del contexto en el que se encuentre el paciente. El SUJETO 1 menciona: “No es lo mismo tu consulta privada que en un hospital” (PREGUNTA 6, SUJETO1). El aspecto estructural es relevante para el psicólogo ya que la limitación del lugar puede afectar el trabajo psicólogo con el paciente. Por otro lado, hace referencia a la etapa de vida en la que el paciente se encuentra, “No es lo mismo una persona de veinte y tantos años vaya a fallecer, que una persona de noventa años” (PREGUNTA 6, SUJETO1).

Por otro lado, la experiencia pre profesional y profesional ha sido clave para cada uno de los psicólogos, les ha permitido ir perfeccionando su trabajo y ajustándose a la situación que se les presenta. Uno de ellos menciona que, a través de su experiencia y la investigación realizada en otros países, ha logrado crear sus propios métodos de intervención clínica con los que ha tenido buenos resultados. Menciona que todos sus casos son diferentes, por lo que sus estrategias las aplica según las necesidades del paciente.

Es importante mencionar que los profesionales al estar en contacto con el sufrimiento, el dolor y la muerte pueden llegar a estar afectados de alguna manera, el SUJETO 3 menciona: “me di cuenta que estaba desgastada, ósea que cansa, es muy desgastante emocionalmente...” (PREGUNTA 6, SUJETO 3). Se llega a evidenciar que, al trabajar constantemente con pacientes oncológicos, los psicólogos clínicos pueden

verse afectados a nivel físico y/o nivel emocional, presentándose dificultades en el trabajo terapéutico con otros pacientes oncológicos.

El trabajo con pacientes oncológicos conduce a los psicólogos a buscar mejores estrategias, enfocarse en brindar una atención de calidad y atender sus necesidades. El psicólogo al fijarse en detalles esenciales ha logrado desarrollar otras facultades profesionales logrando así una intervención eficaz. Sin dejar de lado, un psicólogo menciona que en ocasiones puede llegar a desempeñar el papel de otro profesional, pues al relacionarse con el paciente oncológico, el psicólogo puede fusionar sus experiencias, sus facultades y sus conocimientos para realizar un mejor abordaje e intervención con el paciente.

***PREGUNTA 7: ¿Usted ve necesario la supervisión de los casos?***

Todos los psicólogos concuerdan que debe existir una supervisión de casos, ya que es importante para poder llevar cada historia y la forma de intervención que se brinda al paciente. Cada psicólogo tiene una forma diferente de realizar una supervisión de caso las cuales se encuentran basadas en sus conocimientos, sus experiencias y los resultados que se han podido evidenciar.

La salud mental de los pacientes oncológicos se encuentra en manos del psicólogo clínico, por lo que se debe de tomar con mucha precaución la intervención clínica. Se cree indispensable que todos los psicólogos deben de tener supervisión de casos ya que más allá de una necesidad, es parte de la ética profesional realizarla, más aún en ocasiones cuando los casos son nuevos o cuando su seguimiento se dificulta. Uno de los psicólogos menciona que el equipo de profesionales que trabajan con pacientes oncológicos también debe realizar supervisión de casos. De esta manera los profesionales pueden encontrar mejores estrategias de trabajo, un bienestar en el ambiente laboral, incluso mejorar el trabajo en equipo para la toma de decisiones con los pacientes. Al realizar este tipo de abordajes con un equipo interdisciplinario puede incluso reducir casos de Burnout.

Es importante destacar que para uno de ellos no existe solo un equipo multidisciplinario sino transdisciplinario. Los pacientes oncológicos no solo se ven afectados por la enfermedad a nivel físico, son distintas áreas de su vida que se ven involucradas y es fundamental abordarlas en la intervención clínica. El SUJETO 5 menciona: “no considero que el tema debe ser solamente uno como el que lleva el caso

sino, que debe tener la visión de muchos otros psicólogos y otros médicos también” (SUJETO 5, PREGUNTA 7). La participación de otros profesionales del área de la salud se considera importante al momento de llevar un caso, ya que no solo se ve afectada el área psicológica sino varias áreas de la vida del paciente.

***PREGUNTA 8: ¿Acostumbra a supervisar sus casos? ¿Con qué profesional?***

Dos de los psicólogos explicaron que dentro del trabajo con pacientes oncológicos es muy importante el realizar supervisión de casos conjuntamente con un trabajo personal, de esta manera, por medio de esta revisión se puede llegar a tener una visión más amplia de la situación de los pacientes, de estrategias que se pueden aplicar y la supervisión de casos que son complejos al momento de realizar una intervención. Un psicólogo menciona que no todas las instituciones en Ecuador optan por realizar supervisión de casos con todo el equipo de profesionales de la salud. Las instituciones pueden brindar una orientación para encontrar mejores alternativas y brindar un mejor servicio al paciente y su familia, sin embargo, esta orientación no es suficiente para realizar un abordaje adecuado en los casos que son complejos para el psicólogo.

De esta manera, los psicólogos han optado por realizar las supervisiones con colegas y otros profesionales que puedan aportar significativamente en el trabajo con el paciente oncológico. Se toma en cuenta que en algunos casos el humor es parte de la supervisión de casos en el equipo de profesionales de salud, de esta manera se lo puede llegar a entender como una defensa ante el sufrimiento y el horror que se puede llegar a generar por el tema de la muerte esperada de un paciente oncológico. El SUJETO 1 menciona: “tengo amigos con los que hablo casos de cáncer que no son psico-oncólogos pero que tiene una visión bien abierta” (PREGUNTA 8, SUJETO1). De esta manera el diálogo con otros profesionales de la salud llega a aportar significativamente para el trabajo en equipo y llegar a abordar áreas y aspectos importantes del paciente. Por otro lado, la psico-oncología en Ecuador no es un área de la salud tan fuerte a diferencia de otras áreas. Sin embargo, el psicólogo no lo ve como un requisito mantener un diálogo con un psico-oncólogo para la realización de supervisión de casos sino, lo realiza con colegas y amigos siendo una supervisión informal.

Para el SUJETO 2 la especialización del profesional es fundamental, se cree que es de vital importancia que el profesional domine el tema para tener una mejor guía en el

abordaje del paciente. Es importante tener una experiencia en un campo en el que el profesional pueda sentirse seguro de sus estrategias. Se considera que todos los casos deben ser supervisados, incluso si llegan a ser complejos para el psicólogo clínico. La supervisión se puede dar debido a la presencia de factores que puedan dificultar la intervención clínica. Se debe realizar la diferencia de los espacios que el psicólogo hace uso, un espacio destinado para el trabajo personal y el otro para supervisión de casos. Son espacios diferentes que se deben tener en cuenta al presentarse frente a casos complejos para la intervención clínica. De esta manera, mencionan que no todos los casos e historias que maneja el psicólogo pueden necesitar supervisión.

### ***CATEGORÍA MUERTE***

#### ***PREGUNTA 9: ¿Cómo enfrentó la muerte de su primer paciente oncológico?***

Para dos psicólogos el proceso de acompañamiento en la muerte de su primer paciente tuvo un impacto fuerte debido a los síntomas que se presentan en los últimos días en los pacientes oncológicos. Manifiestan que de cierta manera ayudan al paciente a que pueda morir en paz. Sin embargo, aluden que el acompañamiento es reconfortante y brinda paz al paciente.

Otros dos profesionales indican que no recuerdan con claridad a su primer paciente, por un lado, el SUJETO 2 menciona que, debido a la práctica pre profesional, las experiencias personales y la formación académica favorecieron a elaborar la muerte de sus pacientes a lo largo de su profesión y sobre todo a trabajar en sus procesos personales. Por otro lado, el SUJETO 4 indica que la experiencia y la formación académica le han permitido conocer de cerca sobre el tema, sobre todo recuerda lo interesante y valioso que era tener un acercamiento con pacientes oncológicos obteniendo grandes enseñanzas de vida. Cada uno de los psicólogos recuerda a su primer paciente dentro del trabajo profesional. Es llamativo como cada uno ha vivido la experiencia de pérdida de un paciente. Las creencias y la religión del profesional se encuentran relacionadas en esta respuesta debido a que de maneras diferentes se puede elaborar el proceso de pérdida de un paciente. El SUJETO 5 indica que a través de rituales logró elaborar la pérdida de su primer paciente oncológico ya que logró despedirse y dar gracias por ser el primer paciente quien le brindó muchos conocimientos a su vida profesional.

De acuerdo a las respuestas de los psicólogos clínicos, en esta pregunta se muestra como tres de cinco profesionales recuerdan claramente su primer paciente y el acompañamiento brindado hacia él o ella. Dos de los psicólogos clínicos entrevistados no recuerdan cómo sucedió la pérdida de su primer paciente, sin embargo, recuerdan los sentimientos y emociones que se manifestaron al comienzo de su trabajo profesional. Se puede evidenciar que el trabajo con pacientes oncológicos está lleno de experiencias nuevas que llegan a marcar tanto en el trabajo profesional y la intervención clínica, como también a nivel personal.

***PREGUNTA 10: ¿Se vio afectado y de qué manera?***

Dos profesionales señalan que se vieron afectados en varios aspectos por la muerte de su primer paciente oncológico. Un psicólogo menciona: “Me afectó en el sentido en que no pude comer, no pude dormir y me quedé, o sea me afectó mucho en quedarme con esa imagen” (PREGUNTA 10, SUJETO 1). Al realizar el acompañamiento de morir a su paciente, al encontrarse presente ante diferentes síntomas que son característicos de los últimos días de vida de su paciente junto con los síntomas que se manifestaban, causaron en el psicólogo mucha angustia. Debido a esto, sus actividades diarias como la conciliación del sueño y la ingesta de alimentos se vieron afectadas por el recuerdo del momento.

Por otro lado, el SUJETO 2 relata las experiencias en el voluntariado que realizaba en una institución de la ciudad de Quito, las pérdidas que experimentó marcaron su vida profesional y hasta este momento son un referente en su trabajo con pacientes oncológicos. Para el psicólogo es importante marcar una diferencia y el tipo de trabajo que se realiza en un voluntariado, el psicólogo recalca la importancia del profesionalismo para que las pérdidas no tengan un gran impacto en el sujeto. A través de las experiencias logró discernir 2 puntos claves en su vida, el cansancio emocional y personal que trae la muerte de un paciente, y, por otro lado, la capacidad de tomar decisiones en cuanto a su trabajo profesional y el interés por buscar nuevas estrategias de intervención.

De esta manera se puede evidenciar que para el psicólogo clínico el enfrentarse a la muerte de su primer paciente tiene huellas permanentes que le han permitido utilizar diversas herramientas, utilizar mejores estrategias para realizar un trabajo profesional con los demás pacientes,

Es importante mencionar que tres profesionales manifiestan que no se vieron afectados ante la muerte de su primer paciente oncológico. El psicólogo menciona cuando el paciente oncológico se encuentra en sus últimos días el concepto de muerte suele cambiar y llega a ser una salida o una solución ante el dolor y el sufrimiento que experimenta el paciente, de esta manera el psicólogo puede brindar soporte para que el paciente muera en paz. Es relevante como los psicólogos manifiestan que no se vieron afectados a esta nueva experiencia a nivel profesional, es decir, al enfrentarse a la muerte diariamente como profesional pueden implicar cambios incluso a nivel personal. Los otros psicólogos comentan que no se vieron afectados, sus respuestas se encuentran en la siguiente pregunta.

***PREGUNTA 11: No siendo así, ¿cómo hizo para no verse afectado?***

Esta pregunta hace referencia al método que ha utilizado el psicólogo para no verse afectado al experimentar la pérdida de un paciente-oncológico.

El SUJETO 3 menciona que su profesión le ha llevado a buscar una estrategia para no verse afectada por los casos de pacientes oncológicos. Menciona que al momento de terminar su jornada tiene un “switch”, esta es una estrategia que le ayuda a enfocarse 100% en su vida personal y familiar dejando de lado su vida profesional. Esta estrategia que ha adoptado le ha permitido sentir menos fatiga, tener un mejor desempeño en el manejo de casos y sobre todo no vincular la vida profesional con la personal. El psicólogo al tener un método propio le ha brindado tener una perspectiva de vida diferente, así como también lo puede llegar a utilizar como defensa y evitar los factores que pueden intervenir en el contexto de la muerte de un paciente.

El SUJETO 4 refiere que la capacitación previa y el conocimiento en el tema para el trabajo con pacientes oncológicos fueron fundamentales para lograr un abordaje terapéutico eficaz y no referir problemas en su trabajo profesional. Considera que en ocasiones los profesionales no se encuentran totalmente capacitados para trabajar con pacientes, pues sugiere que seguir formándose como persona y profesional es indispensable. El psicólogo hace énfasis en que, al trabajar con el tema de la muerte con los pacientes y familiares no es fácil desde el primer acercamiento, ya que se evidencian diferentes áreas a la psicología que se encuentran vinculadas.

Finalmente, el SUJETO 5 menciona que al conocer la situación del paciente y el contexto en el que se desarrolla, existen factores importantes que se evidencian en el proceso de duelo, sobre todo, la preparación previa de la pérdida. El psicólogo clínico hace énfasis en la satisfacción que se genera al terminar un acompañamiento brindado al paciente oncológico, refiere una satisfacción por realizar un buen trabajo y cumplir un propósito.

***PREGUNTA 12: Después de esta experiencia, ¿cree haber notado un cambio en su forma de trabajo con los pacientes oncológicos?***

Existen diferentes experiencias personales de los psicólogos clínicos que se pueden relacionar en el trabajo profesional con pacientes oncológicos. Los profesionales pueden llegar a adoptar diferentes estrategias y métodos para realizar un trabajo terapéutico. Tres psicólogos clínicos mencionan que a partir de estas vivencias personales han podido observar cambios en su trabajo profesional.

Uno de los psicólogos menciona que ha desarrollado una sensibilidad especial al trabajar con pacientes oncológicos, dado que, la práctica clínica le ha permitido ser más perceptivo, más humano y sobre todo llegar a entender el verdadero valor de la vida. Otro psicólogo refiere que, ha llegado a evidenciar grandes resultados al aplicar diferentes estrategias y métodos propios en su trabajo terapéutico. Ello depende de la situación del paciente, tomando en cuenta su condición y su entorno. El mismo, aduce que en la actualidad algunos psicólogos no aprueban la implementación de estos métodos para la práctica clínica.

La muerte se la conoce por generar dolor y sufrimiento al paciente y su familia, por lo que el trabajo con el tema de la muerte es importante al momento de realizar un abordaje terapéutico con ellos, ya que de esta manera se llega a direccionar la intervención en función de la demanda. Por su parte, el SUJETO 4 alega: "...ya no tanto desde esta como compasión como lastimera digamos, sino que tienes la capacidad de acompañar y guiarle en el proceso para que este dolor sea enfrentado de manera saludable" (PREGUNTA 12, SUJETO 4). El psicólogo de esta manera puede entender mejor el proceso de duelo y pérdida en pacientes y familiares.

Por otro lado, dos psicólogos aluden que no han experimentado cambios en el trabajo terapéutico con pacientes oncológicos. Un psicólogo alega que el acompañamiento a

familiares y brindar una guía para tener una perspectiva diferente acerca de la muerte, ha sido uno de sus más grandes aprendizajes en su ámbito profesional. Esto le facilita al paciente se le conceda el descanso tras el dolor y sufrimiento generado por la enfermedad, se lo considera una expresión de amor puro. Los psicólogos comentan acerca de las enseñanzas que ha dejado cada paciente oncológico. Es así, que a medida que sus experiencias personales y profesionales han logrado perfeccionar ciertos detalles para realizar un mejor abordaje terapéutico experimenta mejor satisfacción.

### ***CATEGORÍA CÁNCER Y CUIDADOS PALIATIVOS***

El cáncer ha sido un tema muy controversial en la entrevista a los psicólogos. Cada uno de los participantes tiene diferentes concepciones acerca del cáncer en función de su enfoque teórico. Algunos se refieren al cáncer con definiciones médicas y científicas, las cuales han sido comprobadas a lo largo de los años con base en los casos expuestos. Para otros profesionales, el cáncer va más allá de lo médico y científico, la aparición de esta enfermedad puede ser considerada una etapa en la que el sujeto llega a disfrutar la vida, es considerada como una segunda oportunidad para cumplir sus sueños. Los psicólogos infieren que la enfermedad del cáncer debe ser asumida importante mucho antes del diagnóstico, debe estar presente al cuidar la salud y prevenir el desarrollo de futuras enfermedades que ponen en riesgo la vida del sujeto.

Por otro lado, todos los psicólogos concuerdan que el área de cuidados paliativos es primordial para brindar una mejor calidad de vida al paciente. Los cuidados paliativos ofrecen un acompañamiento y atención a personas con diagnósticos que amenacen su vida. La asistencia paliativa que recibe el paciente es debido a que el tratamiento y todos los procesos médicos curativos en la enfermedad no han tenido éxito y por medio de los cuidados paliativos se brinda al paciente el alivio de síntomas y el control del dolor que produce la enfermedad del cáncer en él. El objetivo principal de la asistencia paliativa es proporcionar al paciente una mejor calidad de vida en muchos aspectos. De este modo, se tiene una diferente concepción de la muerte tanto para los profesionales como para el paciente y su familia. El cuidado y atención que reciben los pacientes al final de la vida puede traer consigo buenos recuerdos y ayuda para que el proceso de duelo sea saludable.

La presencia de un equipo interdisciplinario es fundamental para realizar un trabajo con pacientes oncológicos. Este equipo se conforma por profesionales de la salud que

trabajan en diferentes áreas, las cuales permiten entender de mejor manera la situación del paciente y su familia. De este modo, cada profesional realiza su trabajo con el objetivo de brindar una mejor calidad de vida y una atención óptima al paciente y su familia. Este trabajo en conjunto llega a tener resultados favorecedores para adquirir conocimientos y estrategias por parte de otros profesionales de la salud.

## 4.2 DISCUSIÓN DE RESULTADOS

A continuación, se procederá a la discusión de resultados, la cual tiene como objetivo el llegar establecer conclusiones a partir de la información que los psicólogos clínicos lograron compartir en las entrevistas elaboradas en conjunto con la revisión teórica realizada previamente. Para esta investigación aceptaron y colaboraron voluntariamente cinco profesionales de la salud, psicólogos clínicos dentro de la rama de los cuidados paliativos y la oncología. El objetivo de la investigación es responder a la pregunta de estudio, a través de las respuestas en las entrevistas, acerca de si existe en el psicólogo clínico algún efecto en el proceso de duelo por la muerte de un paciente oncológico. Los indicadores fueron planteados y aprobados en el plan de disertación presentado en Julio del 2018, y con base en estos, se elaboraron preguntas por categorías y temas.

El cáncer es una enfermedad que pone en riesgo la vida de una persona. El paciente al ser diagnosticado tiene la opción de llevar la enfermedad junto con un equipo interdisciplinario que brinde una mejor calidad de vida para el paciente y su familia. Los participantes comentaron que no direccionan su abordaje terapéutico en función a un enfoque teórico en particular por lo que no se pueden adscribir a una línea teórica realmente marcada. La formación profesional de los psicólogos clínicos ha sido variada en esta investigación, por lo que se ha evidenciado que a partir de sus conocimientos, experiencia y formación profesional el trabajo terapéutico le permite al psicólogo explotar sus capacidades, aplicar estrategias propias y realizar un abordaje terapéutico completo en función a la teoría y su formación profesional. Pueden existir diversos factores en torno al cáncer que puedan pasar desapercibidos, pese a esto, es importante dirigir el abordaje terapéutico a partir de la demanda y la información con la que llega el paciente con respecto a la enfermedad.

El equipo de profesionales refiere que los sujetos pueden tener pérdidas tangibles como intangibles llevándolos a que elaboren un proceso de duelo. El lazo significativo que se mantuvo con el objeto perdido es fundamental para la elaboración del mismo, debido a que a partir de este lazo se puede evidenciar con manifestaciones y expresiones de tristeza y dolor la relación con el objeto. Las experiencias personales de los psicólogos clínicos han sido fundamentales para dirigir el trabajo terapéutico con pacientes oncológicos, las mismas que en ocasiones han generado alteraciones en la conducta personal y profesional. Por lo tanto, independientemente de que las experiencias

personales del psicólogo hayan permitido conocer el duelo o no, él puede generar una relación diferente con los pacientes, dado que cada caso posee sus propias particularidades y ello no le impide generar conductas empáticas hacia los mismos. Los psicólogos clínicos no han sido formados totalmente en el tema de afrontamiento de la muerte y la elaboración del duelo, pero el tener herramientas, estrategias terapéuticas y recursos personales les facilita superar la pérdida de un paciente oncológico. Sin embargo, este aprestamiento profesional y personal no le exime de tener experiencias dolorosas por pérdida de pacientes.

Por medio de las respuestas de las entrevistas realizadas a los psicólogos clínicos, se puede concluir que la pérdida de un paciente oncológico no incide de forma negativa en una relación posterior con otros pacientes. Por el contrario, la pérdida de este sujeto llega a generar en los psicólogos clínicos una diferente perspectiva acerca de su trabajo terapéutico siendo un trabajo más humano para los pacientes con la enfermedad del cáncer.

Es importante mencionar que la supervisión personal que debe realizar el psicólogo es fundamental en la labor con pacientes oncológicos, ya que por medio de este recurso este profesional puede elaborar el proceso de pérdida y duelo junto con otros factores que pueden presentarse en el abordaje terapéutico con los pacientes y su familia. De esta manera la pregunta sobre supervisión de casos se encuentra ligada a la pregunta de investigación propuesta, pues se puede llegar a conocer si la supervisión de casos es un recurso principal que el profesional utiliza para manejarlos en ocasiones en las que se requiera coadyuvar a la elaboración de la muerte de un paciente.

Se llegó a comprender que los duelos que han experimentado los psicólogos a lo largo de su vida han llegado a causar un gran impacto a nivel personal y profesional. Por medio del trabajo con pacientes oncológicos el psicólogo puede adoptar conductas como la optimización del tiempo, el valor de la vida, el cuidado de la salud, entre otras. Del mismo modo los psicólogos han podido desarrollar nuevas estrategias para realizar un trabajo terapéutico en el que se brinde una mejor asistencia psicológica y atender las necesidades del paciente y su familia.

Es importante concluir que el trabajo del duelo atraviesa por momentos tras la pérdida del objeto amado es por esto que es importante realizar un trabajo personal para elaborar

duelos y pérdidas anteriores. Por lo tanto, se toma en cuenta si el psicólogo no logra elaborar el duelo de una manera saludable se pueden reactivar estos duelos anteriores y afectar el trabajo profesional. Se indica que: “Los procesos de duelo y de elaboración del duelo incluyen la persona, la aflicción: el dolor y el sufrimiento, fundamentalmente mentales, que es necesario padecer para << curar>>, <<elaborar>> o <<resolver>> la pérdida” (Tizón, 2013, p 49). De esta manera el autor indica que el trabajo del duelo atraviesa por momentos en los que se pueden manifestar diferentes reacciones en el sujeto teniendo en cuenta en qué condiciones se desarrolló la pérdida.

Se puede decir que los Psicólogos Clínicos entrevistados no dirigen su abordaje terapéutico al enfoque teórico de su formación profesional, sino que adoptan una metodología que permita adecuarse a la situación contextual del caso que se trate. En ese orden, se ha observado que cada psicólogo posee y pone en práctica diferentes estrategias y métodos de intervención clínica. Aunado a lo cual disponen de metodologías que le permiten abordar en su totalidad al paciente oncológico; en el contexto en el que se desarrolla. El psicólogo ha logrado desarrollar estrategias útiles para el abordaje terapéutico, de esta manera logra comprender al paciente y brindar una atención de calidad que permita conocer a profundidad varios aspectos del paciente.

Sin duda los temas de muerte, dolor y sufrimiento se encuentran presentes en el acompañamiento al paciente y su familia, por lo que, existen ocasiones en las que la presencia del psicólogo clínico es esencial para llevar un proceso de duelo de una manera saludable para el paciente y su familia. El trabajo del profesional ofrece un soporte y una guía acerca de la perspectiva de la muerte, siendo así que al momento de sufrir la pérdida puedan enfrentarlo de una manera sana.

Las experiencias de pérdida y duelo han sido significativas para el psicólogo clínico, permitiéndoles mejorar y perfeccionar sus estrategias y técnicas de intervención terapéutica. El profesional puede llegar a desarrollar mejores estrategias de intervención al ir de la mano con una formación continua y la experiencia que brinda la práctica clínica. El psicólogo clínico al brindar asistencia psicológica a pacientes oncológicos también debe contar con un equipo interdisciplinario el cual sea un apoyo para que su objetivo principal sea el brindar una mejor calidad de vida al paciente.

En cuestión de cuidados paliativos, no solo es un área de la medicina, es la intervención de otras áreas que se encuentran relacionadas con el sujeto. En cuidados paliativos el psicólogo se encarga de acompañar al paciente y a sus seres más cercanos, brinda una guía para que puedan adaptarse a los cambios que se dan desde el momento del diagnóstico de la enfermedad, ya que desde ese momento existen cambios en el contexto del paciente, momento en el que empieza a elaborar un duelo anticipatorio junto con su familia como también el psicólogo.

Se debe tomar en cuenta que, para la elaboración del duelo, el duelo anticipatorio también logra ser un paso a superar dentro de este proceso que logre evitar que se generen reacciones como: “molestias somáticas, preocupación por pensamientos o imágenes acerca del desaparecido, culpa relacionada con el muerto, reacciones violentas, pérdida de funciones y capacidades y una tendencia a asumir rasgos del muerto en la propia conducta” (Tizón, 2013, p.65). De esta manera, se logra realizar un trabajo de duelo con el acompañamiento psicológico pertinente, tanto para el paciente como para la familia.

La muerte es impredecible y a la vez tan certera, la reflexión sobre ella lleva al sujeto a considerar su estilo de vida, el cuidado de la salud, sus relaciones interpersonales, además que se genera otro concepto acerca de la muerte. Los aprendizajes y enseñanzas que se derivan de la misma hacen que el profesional pueda comprender la situación del sujeto y buscar permanentemente alternativas ajustándose a la condición del paciente oncológico.

### 4.3 CONCLUSIONES

El análisis teórico de la presente investigación desde el enfoque psicoanalítico y los resultados obtenidos a través de las entrevistas semi-estructuradas permitió llegar a conocer el proceso de duelo del psicólogo clínico y las reacciones de este frente a la muerte del paciente oncológico. En virtud de lo cual se ha arribado a las siguientes aseveraciones conclusivas:

El duelo es un proceso normal que se atraviesa al tener una pérdida significativa para el sujeto. En la teoría psicoanalítica propuesta por Freud menciona a los tiempos lógicos como el proceso para elaborar la pérdida del objeto amado, implica retirar la catexia libidinal del objeto para que regrese nuevamente al yo. En el proceso de duelo se ven reflejados emociones y sentimientos por el fuerte lazo que se mantuvo con el objeto amado perdido. El sujeto puede manifestar sentimientos de tristeza, dolor e incluso rabia. Estas manifestaciones están tipificadas en los fundamentos teóricos acerca de la elaboración del duelo.

Se encontró en los psicólogos clínicos una fuerte relación entre el tema de la muerte y la toma de conciencia acerca del valor de la vida. Se muestran conductas de cuidado de la salud, la dedicación en el trabajo diario con pacientes oncológicos, buscar nuevas estrategias para brindar una mejor atención al paciente y su familia, tener una sensibilización especial hacia los pacientes. En las entrevistas realizadas se logró evidenciar como esta visión acerca de la vida y la muerte en los psicólogos es relevante en el trabajo con pacientes oncológicos.

El cáncer es una de las enfermedades con un alto índice de mortalidad a nivel mundial. Ha sido una enfermedad con mayor número de casos reportados y que van incrementando cada día. En Ecuador, esta enfermedad es una de las principales causas de muerte por lo que es importante que un equipo de profesionales de la salud se encuentre trabajando con esta población, la cual requiere una mayor atención médica. La presencia del psicólogo es fundamental dentro del proceso de acompañamiento al paciente desde el diagnóstico de la enfermedad hasta el final de la vida debido a que se ha podido constatar que la población afectada por la enfermedad es numerosa.

La labor con pacientes oncológicos no ha sido una tarea fácil para los profesionales, es necesario el acompañamiento psicológico que debe darse al equipo multidisciplinario,

pues son ellos quienes trabajan constantemente con el dolor, el sufrimiento y la muerte de los pacientes y su familia. A través de este acompañamiento que recibe el profesional se puede llegar a precautelar la salud mental y emocional, así como también el *Burnout* en los profesionales.

Se logró realizar una propuesta de guía de formación a psicólogos clínicos con enfoque psicoanalítico para poder tener en cuenta que al momento en el que el profesional pueda enfrentarse a una pérdida en su diario trabajo clínico con pacientes oncológicos, puede evidenciar manifestaciones o reacciones propias de la pérdida, esto se puede generar debido a la transferencia y contratransferencia dentro de la intervención psicológica junto con el paciente.

Los fenómenos que pueden surgir, no son nada fuera del contexto de la intervención psicológica, puestos estos se evidencian debido a la relación emocional que se logra desarrollar por el acercamiento y estar trabajando conjunto con el paciente y su familia.

Por otra parte, se puede llegar a sugerir que el psicólogo clínico realice un trabajo personal para dar paso al reconocimiento de emociones, reacciones, manifestaciones y limitantes como profesional y como sujeto que le permitan verse vulnerable y dificultar su trabajo profesional con otros pacientes.

Se toma como sugerencia la atención psicológica que se debe prestar en el trabajo del duelo personal del psicólogo clínico debido a que es un factor de gran importancia, en el que se pudo ver reflejado la relación que se estableció con el paciente. Se considera que existen casos en que los duelos no resueltos del psicólogo que pueden desplazarse en la actitud con el paciente y el manejo del tema de la muerte. Es importante señalar la manera como el profesional ha vivido las experiencias de duelo a lo largo de su formación personal y profesional debido a que a partir de estas experiencias el psicólogo clínico pudo adquirir nuevos aprendizajes o nuevas estrategias en el abordaje terapéutico.

También, ha resultado interesante la aplicación de nuevas estrategias y métodos de intervención tomados en base de su formación profesional. Estas estrategias han sido parte fundamental de su práctica clínica evidenciando buenos resultados en pacientes oncológicos. El psicólogo al elaborar técnicas propias descubre el compromiso con su trabajo, de esta forma logra comprender mejor la situación del paciente oncológico.

El trabajo de una supervisión es importante para el psicólogo clínico con enfoque psicoanalítico debido a que de esta manera logre tener una base firme para su práctica clínica, Si bien podemos tomar relevante que el profesional realice esta supervisión como parte de su formación incluso para manejar casos complejos evitando que se genere malestar en el psicólogo y llegue a verse afectado de alguna manera.

Para el trabajo con pacientes oncológicos se puede contar con un equipo interdisciplinario en el que el psicólogo para que pueda apoyarse y realizar un completo abordaje terapéutico. El psicólogo a través de los equipos interdisciplinarios se puede guiar para entender mejor la situación del paciente y aplicar estrategias adecuadas.

En conclusión, el trabajo esencial que realiza el psicólogo clínico con pacientes oncológicos ha permitido que la conceptualización por parte del profesional acerca de la muerte sea diferente. No hay que dejar de lado que el profesional no deja de ser sujeto quien ha tenido duelos y pérdidas a lo largo de su vida, debido a que es importante que hayan sido elaboradas para brindar un mejor desenvolvimiento en el área oncológica y cuidados paliativos además de proporcionar una mejor implementación de estrategias de intervención con pacientes oncológicos

El profesional brinda un acompañamiento al paciente a lo largo de la enfermedad en la que se puede llegar a evidenciar una relación empática permitiéndole conocer y comprender mejor la situación por la que atraviesa el paciente. El psicólogo al enfrentarse diariamente con la muerte, diseña estrategias propias y utiliza herramientas para no verse afectado para llevar el duelo de una manera saludable cuando se enfrente a la pérdida de un paciente oncológico. De esta manera, cuando ocurre esta pérdida, el psicólogo debe tomar en cuenta que puede llegar a manifestar esta carga emocional en un ambiente que le brinde una guía profesional para con sus casos, y que de esta manera pueda realizar una mejor intervención clínica con otros pacientes partiendo de la mejora de sus habilidades en la práctica clínica.

#### 4.4 RECOMENDACIONES

A lo largo de la investigación realizada fueron diversas las experiencias, conocimientos y aprendizajes que los Psicólogos Clínicos pudieron brindar. El tema de la muerte aún sigue siendo un tabú que incluso en las instituciones de salud pervive como un tema del que no se llega a hablar abiertamente.

Algunas instituciones que prestan servicios a personas diagnosticadas con una enfermedad que amenace su vida tienen un manejo diferente sobre el tema de duelo y muerte y a su vez lo imparten a sus pacientes. De esta manera, se puede considerar que los pacientes no llegan a recibir toda la información acerca de la enfermedad y las necesidades que surgen a partir de ese momento.

Se recomienda ampliar nuestro conocimiento acerca de este tema tan importante como es la muerte, ya que de este modo se puede dar a conocer que a pesar de que una persona se encuentre al final de su vida puede recibir una atención de calidad permitiéndole morir en paz y sin dolor.

Se considera importante el conocimiento del Psicólogo Clínico al trabajar con pacientes oncológicos. La experiencia en la clínica también es vital para que se pueda brindar una buena atención a los pacientes, permitiéndoles tener una mejor calidad de vida con la enfermedad y el diagnóstico.

La muerte es un proceso natural en la que se puede evidenciar una variedad de emociones y sentimientos debido a la carga emocional que se puede suscitar en el sujeto por el lazo afectivo generado con el objeto perdido. El equipo médico que trabaja con pacientes oncológicos debe estar preparado, poseer sustentación teórica y metodológica, supervisar sus casos clínicos de la mano con un equipo multidisciplinario y sobre todo continuar con el trabajo personal ya que se puede generar una serie de manifestaciones que puedan entorpecer la eficacia laboral. Es importante que el Psicólogo Clínico tome en cuenta estas medidas para su práctica clínica y trabajo con la muerte y el sufrimiento que se presenta a diario, es por esto, que es preciso que profesional de la psicología clínica posea vocación y entrega en esta área de trabajo.

El acompañamiento al paciente oncológico y su familia debe ser integral, de esta forma se entiende que existen otras áreas en las que el paciente puede verse afectado por

el cáncer, siendo así, el trabajo interdisciplinario es un recurso en el que el psicólogo clínico debe apoyarse constantemente. El personal debe estar capacitado para implementar planes de trabajo que se encuentren adaptados a la realidad del paciente.

El trabajo de los psicólogos clínicos a pacientes oncológicos resulta ser importante y muy demandante debido a que brinda un acompañamiento durante el progreso de la enfermedad hasta el final de su vida. Los psicólogos clínicos a pesar de cumplir diariamente con su labor profesional son seres humanos que siempre están expuestos a diferentes situaciones de pérdida debido a que se encuentran en contacto con la muerte. De esta manera al mantener un contacto con los pacientes se puede llegar a generar algún vínculo que incluso pueda influir en su trabajo profesional y a nivel personal.

La transferencia es un fenómeno que incluye al sujeto y al psicólogo clínico dentro del abordaje terapéutico, la presencia del profesional en este espacio posibilita el estudio del funcionamiento psíquico del paciente por lo que, dentro de la intervención psicológica se llegan a manifestar pensamientos y sentimientos que logran encaminar el acompañamiento al paciente. De esta manera el psicólogo a través de sus experiencias podrá crear un vínculo emocional con el paciente con la finalidad de resolver los conflictos por los cuales está atravesando por la enfermedad. Por otro lado, el psicólogo clínico con orientación psicoanalítica debe tomar a la contratransferencia como un elemento técnico que sirve para entender la dinámica psíquica del paciente y le permite organizar el discurso del paciente en el que expresa su malestar.

Sin embargo, se debe tener en cuenta que en la supervisión de casos es indispensable hablar sobre estos fenómenos que se manifiestan dentro del proceso, ya que en algún momento puede tomar un camino diferente en la que el inconsciente puede llevar la relación terapéutica de forma negativa, es así que, por medio de esta supervisión se puede prevenir efectos adversos a la hora de tratar con el sujeto.

El análisis personal es una experiencia íntima en la cual el profesional busca una mirada diferente de otro profesional, conoce su propio funcionamiento psíquico y de esta manera impedir que estos factores interfieran en la aproximación clínica con los pacientes oncológicos. De este modo, el profesional no se enfoca en las situaciones que ha atravesado, sino la forma en que se ha visto afectado. Por ello, el psicólogo clínico debe atravesar el análisis personal de forma continua para realizar una mejor intervención junto

con la búsqueda de mejores soluciones a los conflictos que el inconsciente pueda evidenciar.

Finalmente, se recomienda que la formación sea continua, la realización de investigaciones permite explorar otros campos, en los que se pueda aprender y seguirse capacitando a nivel profesional. El cáncer y los cuidados paliativos son áreas de trabajo complejas en las que se necesita un aprestamiento integral a nivel personal y profesional para que el psicólogo clínico no se vea afectado en algún momento en la relación paciente-terapeuta y en la tramitación de su propio duelo. De esta manera, es fundamental que el profesional tenga claro el área de trabajo y las implicaciones que puede llegar a tener en su vida personal al enfrentarse constantemente en el desempeño de su profesión con la muerte y el sufrimiento de sus pacientes que se encuentran atravesando una enfermedad que potencialmente amenaza su vida.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abad, E., Tejerina & Nieto. (2004). *Psicología para ciencias de la salud*. Madrid: McGraw Hill - Interamericana.
- Bacqué, Marie-Frédérique; Hanus, Michel (2000). *Le deuil*. Paris: Puf
- Beauchamp, T., & Childress, J. (1999). *Principios de ética biomédica*. Barcelona: Masson.
- Broche-Yépez, Y. & Medina, W. (26 de Julio de 2011). *Revista Psicológica.com*. Obtenido de Resiliencia y afrontamiento: Una visión desde la psicooncología: [https://www.researchgate.net/publication/258244436\\_Resiliencia\\_y\\_afrontamiento\\_Una\\_vision\\_desde\\_la\\_psicooncologia](https://www.researchgate.net/publication/258244436_Resiliencia_y_afrontamiento_Una_vision_desde_la_psicooncologia)
- Cajaraville, G., Carreras, M., Massó, J. & Tamés, M. (2002). *Farmacia Hospitalaria Tomo II*. Madrid: SEFH.
- Carulla, J. (s.f). *Sociedad Española de Oncología Médica*. Obtenido de Síndrome de agotamiento profesional (burnout) en oncología: [https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/comunicaciones/tenerife/ix\\_tenerife018.pdf](https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/comunicaciones/tenerife/ix_tenerife018.pdf)
- Castillo, S. (Marzo de 2001). *The Scientific Electronic Library Online*. Obtenido de El síndrome de "Burn Out" o síndrome de agotamiento profesional: [https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-00152001000100004](https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152001000100004)
- Cruzado, J. A. (2010). *Tratamiento psicológico en pacientes con cáncer*. Madrid: Editorial Síntesis.
- De Dreizzen, A. (2001). *Los tiempos del duelo*. Rosario: Homo Sapiens.
- Diccionario de Real Academia (RAE). (2014). Obtenido de: <https://dle.rae.es/?id=R3sxujS>
- Espíndola, G. (21 de Noviembre de 2014). *La supervisión clínica, pilar de la práctica psicoanalítica*. Obtenido de <https://www.centroeleia.edu.mx/blog/la-supervision-clinica-pilar-de-la-practica-psicoanalitica/>

- Freud, S (1910/1972). *Las perspectivas futuras de la psicoterapia analítica, Obras Completas. Vol.11*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Ediciones.
- Freud, S. (1915/2007). *Duelo y Melancolía, Obras Completas*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Ediciones.
- Freud, S. (1986/1912). *Sobre la dinámica de la transferencia. Obras Completas. Vol.12*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Ediciones.
- Gálvez-Hernández, C., & Ortega, A. (28 de Marzo de 2018). *Psicooncología*. Obtenido de: Mujeres Jóvenes con Cáncer de Mama: Necesidades de Apoyo en Atención y Resiliencia:  
<https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/61436/4564456548064>
- García-Conde, J. (2000). *Oncología clínica básica*. Madrid: Arán Ediciones.
- Guillem, V., Romero, R. & Oliete, E. (22 de Junio de 2016). *SEOM*. Obtenido de <http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/documentacion/manuales/duelo/duelo08.pdf>
- González, M. (2007). *Tratado de medicina paliativa y tratamiento de soporte del paciente con cáncer*. Madrid: Ed. Médica Panamericana.
- Gravin, J., & Fleisher, L. (2006). *Cuidados Paliativos, Clínicas Anestesiólogas Norteamericanas*. Barcelona: Elsevier España.
- Grinberg, L. (1975). *La supervisión psicoanalítica: teoría y práctica*. Buenos Aires: Piados.
- Guic Sesnic, E. &. (Agosto de 2016). *ARS MEDICA: Revista de Ciencias Médicas*. Obtenido de El trabajo de duelo:  
[https://www.researchgate.net/publication/305988947\\_El\\_trabajo\\_de\\_duelo](https://www.researchgate.net/publication/305988947_El_trabajo_de_duelo)
- Hartmann, H. (1969). *Ensayos sobre la psicología del yo. 1era eEdición*. Mexico: Fondo de Cultura Económica.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2017). *Registro Estadístico de Nacidos Vivos y Defunciones 2017*. Obtenido de Registro Estadístico de Defunciones Generales - Principales resultados 2017:  
<http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web->

[inec/Poblacion\\_y\\_Demografia/Nacimientos\\_Defunciones/2017/Presentacion\\_Nac\\_y\\_Def\\_2017.pdf](#)

IPA. Asociación Psicoanalítica Internacional. . (s.f.). Obtenido de Historia de la IPA: <https://www.ipa.world/>

Klein, Heimann & Isaacs. (1952/1985). *Desarrollos en Psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.

Klein, M. (1948/1964). *Contribuciones al Psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.

Klein, M. (1921/1984). *Psicoanálisis del Desarrollo Temprano*. Barcelona: Paidós.

Kübler- Ross, E. (1969). *Sobre la Muerte y los Moribundos*. Barcelona: Grijalbo.

Lindemann Citado en Montoya. (8 de Marzo de 2013). *Medicalia.org*. Obtenido de Fundamentos Teóricos del Duelo: <https://medicalia.ning.com/profiles/blogs/fundamentos-te-ricos-del-duelo>

López-Casero, N. & Cerezo, S. (2011). *Cuidados paliativos en el paciente oncológico*. Madrid: Editorial Visión Libros.

*Manual de Práctica clínica Merck (Español)*. (10 de Febrero de 2019). Obtenido de Oncología: <http://manualmerck.tripod.com/>

Maqueo, M. & Espinoza, A. M. (s/a). *Humanidades Médicas*. Obtenido de: Profesionales de la salud ante la muerte.

Méndez, V. (2019). Quito.

Ministerio de Salud Pública. (2014). *Cuidados Paliativos, Guía de práctica clínica (Adopción de GPC sobre cuidados paliativos en el SNS)*. Quito: MSP.

Nasio, J. (1996). *El libro del dolor y del amor*. Barcelona: Gedisa Editorial.

OMS. (2007). *Palliative care (Cancer control : Knowledge into action : WHO guide for effective programmes)*. Geneva: WHO Press.

Organización Mundial de la Salud, (. (19 de Febrero de 2018). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Cuidados Paliativos: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

- Organización Mundial de la Salud. (Febrero de 2015). *Cáncer*. Obtenido de Datos y Cifras: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
- Registro de Tumores Solca Matriz. (2012). *Mortalidad*. Obtenido de: <http://www.estadisticas.med.ec/webpages/reportes/Grafico3-1.jsp>
- Robert, V., & Álvarez, C. (2013). *Psicooncología: un modelo de intervención y apoyo psicosocial*. Santiago de Chile.
- Segal, H. (1982). *Introducción a la obra de Melanie Klein*. Barcelona: Paidós.
- Sociedad de Lucha Contra el Cáncer del Ecuador SOLCA. (s.f). *Publicaciones Científicas*. Obtenido de Registro de Tumores: <https://www.solca.med.ec/docencia-e-investigacion/publicaciones-cientificas/registro-de-tumores/>
- Téllez, J. (s.f.). *Estrés psicológico y enfermedad*. Obtenido de Asociación Colombiana de Psiquiatría Biológica: <http://psiquiatriabiologica.esy.es/wp-content/uploads/2017/04/AVANCES-3.pdf>
- Tizón, J. (2013). *Pérdida, pena, duelo*. España: Herder Editorial.
- Worden, W. (2008). *El tratamiento del duelo. Asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Paidós.

## ANEXOS

### ANEXO 1: FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

**TÍTULO DEL ESTUDIO:** El duelo del psicólogo frente a la muerte de un paciente oncológico.

**NOMBRE DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL:** Vanessa Carolina Méndez Posligua

**NOMBRE DE LA DIRECTORA DE DISERTACION:** Mtr: Daniela Castro.

**INSTITUCIONES:** Instituciones que trabajan con pacientes oncológicos.

**SOBRE EL CONSENTIMIENTO INFORMADO:** A través del presente documento, se le solicita su participación en un estudio de investigación para una disertación de grado de la Facultad de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Este documento describirá en detalle el objetivo del proyecto, los procedimientos que se utilizarán, así como los posibles riesgos y beneficios de su participación. Además de la información proporcionada en este documento, usted puede solicitar al o a la responsable del proyecto de investigación cualquier información extra que le ayude a entender el objetivo de su participación; si decide participar, por favor firme al final del documento. Además, se le proporcionará a usted una copia de este formulario.

**OBJETIVO DEL PROYECTO:** Identificar el efecto del duelo por la muerte de un paciente oncológico en el trabajo del Psicólogo.

**PROCEDIMIENTOS:** Si decide participar, se realizarán una serie de encuentros en los que se aplicarán entrevistas semiestructuradas a psicólogos clínicos acerca de la experiencia dentro de las instituciones que trabajan con el cáncer y como es el proceso de

duelo ante la pérdida de un paciente. Las entrevistas serán grabadas en formato de audio únicamente con fines de registro para la investigación.

**BENEFICIOS:** Este estudio tiene fines exclusivamente académicos con el fin de crear un espacio de reflexión acerca del tema y dar a conocer la perspectiva de otros profesionales en el trabajo con pacientes oncológicos.

**RIESGOS:** La participación en el estudio no implica ningún riesgo para usted. Aunque usted acepte participar en este estudio, tiene derecho en cualquier momento a negarse a responder alguna de las preguntas que considere especialmente sensible o incómoda.

**CONFIDENCIALIDAD:** La participación es completamente anónima y todos los documentos originales se mantendrán en estricta confidencialidad. Se resguardará el anonimato de las fuentes, pero el análisis de las entrevistas, así como algunos extractos textuales de las mismas pueden ser publicadas en los documentos académicos que se generen de la investigación. En caso de publicar un extracto del testimonio se utilizará seudónimos para preservar la identidad del participante.

**INFORMACIÓN DE CONTACTO:** Si usted tiene alguna pregunta acerca de este proyecto, por favor ponerse en contacto con:

Estudiante: Vanessa Carolina Méndez Posligua

0992801553

v.mendez.p@hotmail.com

Directora de disertación: Mtr. Daniela Castro.Falconi

0991433663

dcastro923@puce.edu.ec

Además, para cualquier consulta o inconveniente que se presentara usted puede ponerse en contacto con Mgtr. Paulina Barahona Cruz, Decana de la Facultad de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, al correo electrónico pbarahona@puce.edu.ec o al número 2991700 ext. 1268 en la ciudad de Quito, Ecuador.

Yo, ..... confirmo que he sido informado/a verbalmente sobre la investigación denominada “El duelo del psicólogo frente a la muerte de un paciente oncológico”. Aseguro que he leído la información adjunta, que he podido hacer preguntas y discutir sobre su contenido. Doy mi consentimiento para participar en esta investigación y soy consciente de que mi participación es enteramente voluntaria. Comprendo que puedo finalizar mi participación en el estudio en cualquier momento, sin que esto represente algún perjuicio para mí.

FIRMA DEL PARTICIPANTE: \_\_\_\_\_

Cc: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

INVESTIGADOR/A: \_\_\_\_\_

Cc: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

## ANEXO 2: PREGUNTAS DE ENTREVISTA

¿Cuál es su nombre?

¿Qué edad tiene?

¿Cuál es su estado civil?

¿Con quién vive?

¿A qué dedica su tiempo libre? ¿Tiene pasatiempos? ¿Lo realiza acompañado?

¿Cuánto tiempo lleva trabajando en la institución?

¿Cómo llegó a este lugar?

¿Qué le motivó a trabajar en este lugar o con paciente oncológicos?

¿Cómo describe su desempeño en el lugar de trabajo?

### · DUELO

¿Desde qué línea trabaja y como esa línea concibe el tema del duelo?

¿Ha tenido experiencias personales de muerte y duelo?

¿Cómo vive o vivió esta experiencia de duelo?

¿Los duelos y pérdidas personales han afectado en algún momento su trabajo?

¿Ha notado algún cambio en usted a causa de pérdidas y duelos experimentados?

¿A mayor o menor tiempo de trabajo con pacientes oncológicos, cambió su metodología?

¿Usted ve necesario la supervisión de los casos?

¿Acostumbra a supervisar sus casos? ¿Con que profesional?

#### · MUERTE

¿Cómo enfrentó la muerte de su primer paciente oncológico?

¿Se vio afectado y de qué manera?

No siendo así, ¿cómo hizo para no verse afectado?

¿Después de esta experiencia cree haber notado un cambio en su forma de trabajo con los pacientes oncológicos?

#### · CÁNCER Y CUIDADOS PALIATIVOS

Desde su ejercicio profesional, ¿cómo psicólogo clínico cómo definiría el cáncer y los cuidados paliativos?

¿Cuál es su punto de vista acerca del trabajo interdisciplinario con pacientes oncológicos?

¿Qué metodología utiliza usted en la atención de pacientes oncológicos?

¿Cuál es su punto de vista sobre el trabajo con el tema de la muerte?

¿Qué aprendizajes ha tenido como psicólogo clínico y trabajo con pacientes oncológicos?

¿Qué recomendaría usted para el ejercicio profesional y trabajo con pacientes oncológicos?

ANEXO 3: PREGUNTA 1: ¿Desde qué línea trabaja y como esa línea concibe el tema del duelo?

Tabla 5: PREGUNTA 1: ¿Desde qué línea trabaja y como esa línea concibe el tema del duelo?

### CATEGORÍA DUELO

PREGUNTA 1: ¿Desde qué línea trabaja y como esa línea concibe el tema del duelo?	
Nro	RESPUESTA
1	<p>Yo trabajo a nivel si no es psico-oncológico, digamos a nivel de psicoterapia individual. Yo trabajo desde una línea es más una forma que una escuela. La línea se podría resumir en fenomenológico reflexiva o fenomenológica hermenéutica, la cual no se adscribe a ninguna teoría previa. Primero se hace una descripción, de lo que le pasa, luego una interpretación sobre eso, eso a nivel general. Cuando es a nivel de duelo, yo lo que intento es, si bien hay estas fases de duelo que se han mencionado. Lo que yo veo es la necesidad de ese paciente en ese momento y que es lo mejor que yo puedo darle para ayudarlo, para tratarlo, porque los psicólogos no ayudamos, tratamos, en el momento en que se presenta.</p> <p>Puede haber gente que te viene en la etapa de negación o puede haber gente que ya te viene en la etapa de un poco más de aceptación o en la etapa de ira, y dependiendo de eso yo me adscribo a ver cuál es tu necesidad de este momento como paciente, desde donde me estás hablando para podernos ubicarnos, es un poco de reflexivo y luego se hace una interpretación desde la realidad del paciente sobre ese fenómeno del duelo.</p>
2	<p>Trabajo bastante desde la sistémica pero no me encasillo. No me encasillo en la sistémica porque la oncología es muy subjetiva. Hay un montón de partes donde te ves siendo súper humanista, con los niños eres súper conductual; entonces trabajo desde la sistémica porque como te dije, antes del cáncer es algo que afecta a todo el sistema. Yo he visto intentos de suicidio a mil, bajas en notas, bajas en niveles académicos, la autoestima hecho pedazos, un montón y solo en los hermanos y es algo que nadie lo piensa. Trabajar desde la sistémica si me permite un montón eso. Si es como que la que más sostiene el tema de alguna manera, pero es inevitable unir cosas de otras líneas.</p>
3	<p>Yo tengo formación en psicoanálisis, Gestalt, en psicodrama y cognitivo conductual. Yo básicamente lo que hago es que inicio la entrevista y pregunto primero como fue el diagnóstico, como se enteró del diagnóstico, si sabe su diagnóstico y a partir de lo que me da el paciente yo voy dirigiendo la entrevista según lo que necesita el paciente. Yo no lo hago al revés. Yo no tengo una corriente y pongo la corriente al servicio del paciente, sino que yo veo al paciente, veo que necesidades tiene el paciente y según mis conocimientos me adecuo al paciente y le doy lo que necesita.</p>
4	<p>Yo soy terapeuta familiar sistémica y trabajo muchísimo en base a eso. Eh un poco porque ya desde antes, bueno hablando del duelo, también ya le incluyo el duelo anticipatorio en el proceso en el que la familia está aceptando y asimilando todo lo que va a venir preparándola para la despedida, el paciente con sus asuntos pendientes por resolver entonces eso es lo que se hace es ya empezar con esa idea de la muerte y lo que va a pasar ya con el proceso de duelo. Entonces es una reorganización del sistema familiar desde ahí principalmente, enfocados en cuál era el rol de la persona que va a fallecer o que falleció y este también las intervenciones son básicamente en duelo yo no intervengo mucho en grupo sino más bien individualmente porque cada uno lo elabora de una manera distinta desde su posición y desde su vínculo con la persona que va a fallecer, pero prácticamente todo está orientado a reorganizar la familia.</p>

- 
- 5 Como te comentaba anteriormente, no tengo una línea de referencia. En sí, pienso que el duelo debe ser manejado de una forma muy distinta e integral a la que se viene haciendo. Un duelo no es solo la pérdida de una persona, un duelo es una pérdida en general , puedes perder un trabajo, puedes perder una casa, puedes perder un par de pantalones, puedes perder una mascota y todo eso implica una pérdida, pero más allá de eso yo creo que hay que buscarle una visión integral a lo que es ese duelo, a lo que es esa pérdida, lo que es el entorno, la afectación del entorno, el entorno social, creo que un poco me identificaría desde una línea más humanista, una visión más de salud social, probablemente esas serían mis referencias, mis referentes.
- 

Elaborado: Méndez, V. (2019)

ANEXO 4: PREGUNTA 2: ¿Ha tenido experiencias personales de muerte y duelo?

Tabla 6: PREGUNTA 2: ¿Ha tenido experiencias personales de muerte y duelo?

---

<b>PREGUNTA 2: ¿Ha tenido experiencias personales de muerte y duelo?</b>	
<b>Nro.</b>	<b>RESPUESTA</b>
1	Si, bastantes
2	Si, un montón. Mi abuela como te decía falleció hace más de 10 años con cáncer, mi tío falleció hace 2 años con cáncer, mi abuelo paterno falleció, no es mucho, es como 6 años, por el último mundial, igual con cáncer y mi abuelo materno falleció hace como 5 años creo, pero no con cáncer. Pero si, más bien al ser una familia tan cercana y el saber sobre cuidados paliativos, tuve la oportunidad de hacer un buen proceso Pre y Post, tuve la oportunidad de despedirme de todos, menos de mi abuelo paterno. Entonces fue súper liberador de alguna manera y, sobre todo, cuando ya conoces tanto de esto. Para mí lo más importante es que nadie sufra, les vi a todos morir, quedarse dormidos, entonces es como tranquilo.
3	Sí, claro. Cuando leí esa pregunta era como muy difícil. Realmente el último duelo por el cual viví, fue un perro que se me murió, fue el último, porque familiares nunca se me han muerto a mí.
4	Sí, no muchas, pero si he tenido. Mi abuelo y mi mejor amiga, dos situaciones diferentes. Mi mejor amiga murió repentinamente en un accidente de tránsito y mi abuelo ya venía tenía 93 años y venía con una enfermedad pulmonar obstructiva crónica y una insuficiencia cardiaca tenía 93 años y no quería gastrostomía no quería ningún tipo de medida, era médico y decía que no quería nada. Y ambas cosas sucedieron cuando yo no estaba aquí y entonces si...
5	Si

---

Elaborado: Méndez, V. (2019).

ANEXO 5: PREGUNTA 3: ¿Cómo vive o vivió esta experiencia de duelo?

Tabla 7: PREGUNTA 3: ¿Cómo vive o vivió esta experiencia de duelo?

<b>PREGUNTA 3: ¿Cómo vive o vivió esta experiencia de duelo?</b>	
<b>Nro.</b>	<b>RESPUESTA</b>
1	<p>Sí, yo digamos primero muy similar a estas fases de la negación, luego esta fase que tienes como ira también, la fase la que te da un poco de depresión o bastante depresión dependiendo del caso y luego ya un poco como te reorganizas. Yo he trabajado y he vivido eso algunas veces en mi vida tanto a cualquier nivel de duelo porque el duelo también puede ser también perder un trabajo que te gusta mucho, una persona que te ama o yo que sé, pasa algo. Yo si he ido y sigo yendo, llevo mucho en terapia, soy muy fan de seguir haciendo un trabajo personal y hacer supervisiones, eso es algo muy importante, sigo yendo a terapia y a veces hay duelos, a veces no, pero los he trabajado en la medida y siempre me gusta desde hace algún tiempo.</p> <p>No me gusta iniciar nada serio hasta que esto ya ha pasado. Pero soy más selectivo en la forma de escoger las cosas y el trabajo de duelo digamos si, se pasa bastante mal porque eres persona. Porque antes de ser psicólogo somos personas y sí, yo la paso muy mal muchas veces también.</p>
2	<p>Ósea lo viví en ese momento, lo de mi abuela era súper chiquita y estaba en el colegio, estaba en sexto curso y tal vez fue la que más me impactó porque que era mi primera experiencia con la muerte. Por ejemplo, la experiencia con mi tío, yo era súper cercana a mi tío, pero a niveles inexplicables y pasaba todo mi tiempo con él, y más bien la preparación, era como que él iba a morirse y no se murió. En el hospital ya nos dijeron: “despidanse”, y nada, vivió como una semana y media más. Tuvimos el tiempo de despedirnos bien y de conversar, dejar todo súper en paz y súper tranquilo. Como que hay momentos en la vida en donde tú haces algo, sientes algo, como si estuvieras viviendo por esa persona, yo con mi tío sí hice como ese pacto y hay ciertos momentos en donde yo sé que él estaría tan feliz y tan orgulloso de mí, es como que, no es un duelo feo si no, es algo súper lindo de recuerdos, de momentos y de vivencias. De ahí siento que la experiencia de trabajar tanto con la muerte me ayudó a procesarlo más fácil</p>
3	<p>Esto de mi perro fue muy doloroso, fue como si se me hubiese partido en 2 el corazón. Fue muy doloroso, de hecho yo pasé apersonadamente como un año que no podía hablar de él, no podía ver perros porque lloraba, pero bueno después del año ya fue pasando.</p>
4	<p>O sea, justamente hablaba de esto de que fue a distancia entonces fue una situación medio particular de duelo que fue este de mi mejor amiga que fue difícil pero que me tomó mucho tiempo elaborarlo porque no pude venir a los servicios, o sea a participar de todos los rituales, entonces fue como que nunca hubiera pasado, pero al mismo tiempo sí. Y, ¿cómo lo elaboré? Después de regresar de Argentina empecé a hacer mi duelo volví a contactarme con la familia con la que no quería hablar porque no me sentía bien y ahí empecé a ir a las misas por un año, fui al cementerio elabore ahí tardíamente mi proceso de duelo, pero ahora está resuelto y estoy tranquila. Y con mi abuelo creo que fue un poco más saludable, aparte estaba un poco más preparada y aparte me molestaba mucho el hecho de que mi abuelo sufría bastante, no podía comer, no podía hacer todas las cosas que le gustaban y se notaba en él una frustración horrible entonces la verdad es que yo sentí que ya era el momento de él para descansar.</p>
5	<p>Bueno, creo que la experiencia de duelo más fuerte ha sido la muerte de mi padre y creo que allí descubrí que uno puede decirle muchas cosas al paciente, manejar muchas técnicas hasta que realmente tú lo vives, y eso no solamente me permitió aplicar el conocimiento que yo tenía sino, ir buscando otras alternativas y otras formas de manejar los duelos e incluso de comprender mejor a los pacientes y además el buscar otras alternativas para ese abordaje sea más allá de lo teórico.</p>

Elaborado: Méndez, V. (2019)

ANEXO 6: PREGUNTA 4: ¿Los duelos y pérdidas personales han afectado en algún momento su trabajo?

Tabla 8: PREGUNTA 4: ¿Los duelos y pérdidas personales han afectado en algún momento su trabajo?

<b>PREGUNTA 4: ¿Los duelos y pérdidas personales han afectado en algún momento su trabajo?</b>	
<b>Nro.</b>	<b>RESPUESTA</b>
<b>1</b>	No, haber no directamente. No directamente, pero sí de manera que yo he estado más cansado. Si estoy pasando una etapa de duelo muy fuerte tal vez estoy más cansado en el trabajo lo que hago es reducir pacientes y ver un poco más si hago cosas administrativas y menos contacto con las personas, en ese aspecto sí. Pero no así como que me desmorono y no puedo trabajar, no. De hecho hace un año sufrí algo muy fuerte y yo seguía yendo a trabajar. Yo si logro diferenciar bien, en el aspecto formal no me afecta pero en el material que es un poco el ver las cosas ya para mí, material hacia dentro, del contenido si me afecta pero lo logro distanciar bien. Porque siempre se hace un proceso, como te digo, soy muy fan de ir a terapia, de vez en cuando tengo un problema o esta situación y no logro salir, con mi psicóloga logramos salir hacia adelante.
<b>2</b>	No, esencialmente lo de mi tío, esa fue la más reciente. Yo estaba trabajando cuando me llamó mi madre y me dijo: “estamos en el hospital, ya va a morir”. Yo me tome esa semana, mi jefe sabía lo cercano que era a mi tío, dejé solucionando las cosas, ayude a mi prima a arreglar el departamento y luego regrese a trabajar normal.
<b>3</b>	Bueno,. Ahora que recuerdo aparte de mi perro que fue el último, anterior a eso se murió mi abuela y de cáncer de útero. Realmente no es que cambia como trabajabas, te sensibilizas por un tiempo más de lo normal pero no cambias tu manera de trabajar, uno sigue trabajando igual.
<b>4</b>	No, no para nada. Más bien me ha ayudado a comprender mucho más la posición en la que la persona está en el proceso de duelo y la diferencia que hay entre todos los procesos de duelo puede ser totalmente distinto por un pequeño detalle, anímicamente no, porque cuando yo empecé a trabajar y estaba trabajando con mis pacientes yo ya había resuelto mis procesos de duelo.
<b>5</b>	No

Elaborado: Méndez, V. (2019)

ANEXO 7: PREGUNTA 5: ¿Ha notado algún cambio en usted a causa de pérdidas y duelos experimentados?

Tabla 9: PREGUNTA 5: ¿Ha notado algún cambio en usted a causa de pérdidas y duelos experimentados?

<b>PREGUNTA 5: ¿Ha notado algún cambio en usted a causa de pérdidas y duelos experimentados?</b>	
<b>Nro.</b>	<b>RESPUESTA</b>
<b>1</b>	<p>Si, por ejemplo, yo me he vuelto más desconfiado de las mujeres. Entonces es un duelo también, me he vuelto más desconfiado en ese aspecto.</p> <p>También cuando veo gente que está sufriendo mucho o que ya va a morir, sean allegados o a nivel personal, es como que “que estoy haciendo con mi vida y que quiero”, entonces no me gusta perder el tiempo de mi vida. Es una cuestión de que no me gusta perder el tiempo. Perdemos el tiempo, muchas veces estamos tonteando en Facebook o una tarde como esta y no tengo pacientes me quedo viendo al aire o haciendo otras cosas, pero no me gusta perder el tiempo en el sentido de que si hago algo quiero que me enriquezca de alguna manera, aunque sea perder ese tiempo. En eso me ha ayudado un poco, ósea me ha cambiado al ser un poco más efectivo de mi tiempo, como efectivizo mí tiempo.</p> <p>Uno se siente realmente privilegiado de todavía seguir en vida y de tener esta vista, aunque esté un poco nublado, pero es bonito y apreciar esto. Estos detalles que en el día a día ni te das cuenta, que si tú te fijas vas a ver diferentes tonos de blanco, aunque una casa este pintada de blanco, son esas cosas. Yo me he vuelto más perceptivo, más perceptivo, más agudo en esa percepción. Hay que valorar ese momento, es el no de perder el tiempo, pero en el sentido de valorar ese momento que estás viviendo de una manera un poco más peculiar.</p>
<b>2</b>	<p>O sea, un poco, pero más laboral. Como te decía antes, yo empecé con mi voluntariado, no era un trabajo formal. Esas muertes me pegaron fuertísimo, y no sabía bien cómo manejarlo profesionalmente porque tampoco lo estaba haciendo profesionalmente, era un voluntariado. Eso me cambió un montón en dos cosas, creo que buenas ahora porque en ese momento no sabía. La una fue, decidirme a especializarme en esto y querer seguir trabajando en esto. Me preparó un montón a trabajar con niños, me desarrollo muchísimo mejor con niños, no me gustan los adultos. Entonces me dio ese cambio que fue bueno.</p>
<b>3</b>	<p>Bueno lo que pasa es que realmente no es el cambio, yo siento que tengo una sensibilidad especial con el paciente oncológico porque yo pase por esto cuando tenía 17 años, entonces no es un cambio, es algo que yo llevo cuando inicie todo esto. Entonces, tengo muchísima empatía con el paciente y entiendo que es la quimioterapia, como se siente cuando recibe quimioterapia, cuando uno recibe radio, cuando recibe un diagnóstico, entonces tengo la capacidad de ponerme en el lugar del otro.</p>
<b>4</b>	<p>Si bueno como te decía creo que me ha hecho ponerme en el lugar de las otras personas donde se me hace muy fácil ser más empática porque ya lo he vivido y porque siento que aparte de eso saber que existe la posibilidad y le puedes garantizar a la otra persona, por ejemplo en las terapias de grupo yo participo del grupo no solamente como terapeuta yo participo también del grupo compartiendo mis experiencias de duelo entonces es también para ellos esperanzador saber que se puede superar este tipo de pérdidas y se puede uno re organizar y ver la vida de distintas maneras porque en un inicio la persona, muchas personas no tienen mucha esperanza de salir adelante, es doloroso.</p>
<b>5</b>	<p>Bueno en mi caso sí, porque en mi caso por ejemplo con la muerte de mi padre, mi padre era mi confidente, era mi amigo, entonces sí creo que ha habido muchas cosas que se han modificado a partir de ahí ello.</p>

Elaborado: Méndez, V. (2019)

ANEXO 8: PREGUNTA 6: ¿A mayor o menor tiempo de trabajo con pacientes oncológicos, cambió su metodología?

Tabla 10: PREGUNTA 6: ¿A mayor o menor tiempo de trabajo con pacientes oncológicos, cambió su metodología?

---

**PREGUNTA 6: ¿A mayor o menor tiempo de trabajo con pacientes oncológicos, cambió su metodología?**

---

Nro.	RESPUESTA
1	<p>Sí, pero esto es más por cuestiones estructurales. No es lo mismo trabajar en un hospital con un equipo multidisciplinario en donde los roles están súper bien definidos, que trabajar en tu consulta privada y ahí hice cambio de metodología, pero a nivel estructural. Por ejemplo, el hecho de que tal vez los pacientes aquí en Ecuador tienen otro tipo de necesidades que en Europa que es en donde yo mayoritariamente he trabajado, y en ese sentido la metodología, no es que yo era cognitivo conductual y me he vuelto existencialista, eso no. Yo creo que además justamente, algo que solo sueño un poco arrogante con esto, y es el privilegio que yo creo que he podido ser coherente en cada etapa con lo que más yo he necesitado a nivel personal y profesional. A mí por ejemplo el existencialismo es algo que siempre me gustó mucho, esto de la muerte, cual es el sentido de mi vida y todo esto tiene mucho que ver con esta fase terminal, que tiene que ver con el cierre biográfico, aunque no pueda cerrarlo completamente. No es lo mismo una persona de veinte y tantos años vaya a fallecer, que una persona de noventa años.</p> <p>Entonces, como cerrar estas biografías. Entonces en ese aspecto sí, pero más a nivel estructural. No es lo mismo tu consulta privada que en un hospital.</p>
2	<p>Creo que como si tengo esa diferencia entre lo que hacía voluntariamente y lo que hacía profesionalmente. Ya entrados los 3 años y medio más o menos de la diferencia que tengo, fuerte, marcada, ahí sí me di cuenta todo lo que puede hacer con niños es muy diferente y me gusta porque va más conmigo de lo que podía hacer con adolescentes y adultos. Empecé a investigar un montón, creo que en Ecuador de por sí no hay nada de Psicooncología, peor en niños. Empecé a investigar un montón, conseguir contactos en España, en Chile y en Estados Unidos. En Ecuador no hacen nada de eso.</p> <p>Eso también cambia un montón en mí, la metodología también de mi trabajo. Si me ves jugando no es que estoy jugando, estoy haciendo algo terapéutico y eso trabajaba un montón. Yo intentaba trabajar de alguna manera con mis pasantes y que entiendan que con un niño no te puedes sentar a hacer terapia así como así, como convencionalmente lo piensas y peor con niño con cáncer. Un niño con cáncer se pierde de muchísimas cosas y a través del juego, te enseña muchísimas cosas que está pensando y sintiendo y tal vez sin entender.</p>
3	<p>No, lo que me di cuenta fue por ejemplo, tengo 27 años trabajando en esto, me vine para acá hace 3 años y aquí estuve 6 meses sin trabajar y me di cuenta que estaba desgastada, ósea que cansa, es muy desgastante emocionalmente porque es tratar continuamente con dolor, con sufrimiento y con muerte.</p>
4	<p>Creo que no, a ver cuando yo empecé a trabajar directamente en otra institución, trabajé como que 4 años con personas con enfermedades incurables no solamente con pacientes oncológicos, mi metodología no cambió porque yo ya venía con la idea de la teoría sistémica y básicamente me mantuve en eso porque me parece súper importante porque en cuidados paliativos trabajas con todos y el proceso de duelo afecta a todo el sistema, entonces para mí cambiar mucho mi metodología no fue así la verdad, mientras más tiempo trabajo en cuidados paliativos creo que uno va afinando ciertos detalles, va haciendo ciertos cambios porque al inicio uno se apega mucho a la teoría o a que tiene que ser como estructurada pero en cuidados paliativos tienes una apertura súper grande para trabajar con cada persona como una persona individual e irreplicable con una historia única entonces a partir de eso también lo voy modificando entonces me parece súper positivo y ayuda muchísimo trabajar a partir de la espiritualidad.</p>

- 5 Yo creo que vas perfeccionando las cosas, como te decía, cada paciente es distinto, yo no me quedo en una sola técnica sino la necesidad que el paciente tiene. En primera instancia pensaba que podía manejarlo al dedillo, al empezar a hacerle preguntas o escucharle al paciente largamente era la solución, ahora pienso que uno tiene que suturar la atención al paciente oncológico de acuerdo a su necesidad. Hay que aclarar que ya de por sí cada persona tiene una historia, tiene una problemática y esta problemática se reagudiza o se vuelve mucho más grande con la enfermedad con lo cual ahí entras en un dilema, ¿qué trato? aquellos problemas que hoy se han reagudizado? o el enfrentamiento a la enfermedad?, y como esos problemas que no se han abordado anteriormente afectan en la evolución de ese paciente, entonces tienes que sopesar y poner en una balanza qué es lo que debo manejar primero y qué es lo prioritario, por una parte y por otra parte, yo creo que lo más importante también es poder coincidir con el equipo médico, clínico y quirúrgico, porque ellos también tienen sus objetivos y ellos tienen ciertas expectativas hacia el paciente. Entonces uno se convierte, como psicooncóloga te puedo decir, te conviertes en un mediador, en un momento determinado eres coach, en otro momento eres médico, en otro momento te conviertes en psiquiatra y entonces parte mucho de la situación y las diversas formas en las que se expresa la situación.

Elaborado: Méndez, V. (2019)

#### ANEXO 9: PREGUNTA 7: ¿Usted ve necesario la supervisión de los casos?

Tabla 31: PREGUNTA 7: ¿Usted ve necesario la supervisión de los casos?

<b>PREGUNTA 7: ¿Usted ve necesario la supervisión de los casos?</b>	
<b>Nro.</b>	<b>RESPUESTA</b>
1	Absolutamente, sí o sea nosotros y lo que yo trato de hacer un poco de hacer aquí es a veces difícil. Hay 2 formas, la supervisión y hay la intervisión, que lo llamaban en Alemania la intervisión es, tu y yo somos colegas y trabajamos en este hospital, entonces hay este problema con este paciente, tú me puedes intervisiónar, hagamos, por qué estamos como en el mismo sistema laboral, el mismo sistema en donde estamos en la misma área, un sistema es este caso. Pero una supervisión es digamos alguien que está más externo, entonces yo apruebo al 100 por ciento que siempre haya una supervisión a nivel de equipos de trabajo, lo trabajas en supervisión pero absolutamente sin supervisión no se puede trabajar, estoy seguro.
2	Si, full. Sobre todo, ahorita que estoy en mi consulta privada. Antes lo hacía muchísimo más cuando me tocaba lidiar con problemas, por ejemplo: de los papás, problemas de pareja, cosas así que prefería hasta derivarles. Me parece lo más ético que puede hacer un psicólogo sobre todo cuando es como: “chuta no puedo, no sé qué hacer, o superviso o derivo”, porque si no, estás lidiando con la salud mental de paciente, no puedes simplemente tenerlo y ver qué hacer. Ahora, hago muchísimo más supervisión porque también estoy enfrentando a pacientes no oncológicos o pacientes derivados por alguna situación oncológica, pero que no necesariamente tienen cáncer. Son cosas con las que no estoy acostumbrada al cien por ciento a trabajar entonces si hago un montón de supervisión.
3	Claro, claro que es necesario. Todo psicólogo debe tener supervisión de casos.
4	Si, eh deberíamos hacer todos los miembros del equipo no solo los psicólogos deberíamos hacer dos veces al año una supervisión. Eso aparte me parece muy lógico y aparte muy importante pero en mi maestría en Alemania cuando hice mis pasantías y comencé a hacer mi tesis sobre los estándares del Hospices a nivel internacional en todas partes todo el

---

personal o sea todo el equipo tenía que ir a supervisión 2 veces al año como una forma de prevenir el quemamiento de, también de que la persona pueda trabajar mejor orientada a los objetivos con los pacientes y mejoraba también el trabajo en equipo porque las personas estaban como que más saludables a nivel psicológico emocional espiritual digamos, entonces sí me parece importante.

---

- 5 Yo considero que el abordaje se debe hacer transdisciplinario, no solo multidisciplinario por qué, por qué un paciente oncológico tiene problemas sociales, tiene problemas económicos, tiene problemas afectivos, tiene problemas en el acceso incluso dentro de la infraestructura para acudir a un hospital para saber: en donde se atiende, cómo se atiende, cuando se lo atiende, entonces todos estos elementos que uno debe considerar incluso la sociedad a la cual pertenece. No considero que el tema debe ser solamente uno como el que lleva el caso sino, que debe tener la visión de muchos otros psicólogos y otros médicos también, porque además uno puede tener una visión desde un punto de vista. Tú puedes plantearle al paciente de una manera, pero siempre el apoyo de otro colega te va a permitir ver el horizonte mucho más amplio, incluso en alternativas y estrategias.
- Por otra parte también creo que es importante que no sea solamente un psicólogo, un solo psiquiatra, un solo médico el que trate el paciente porque también generas dependencia, si el paciente genera dependencia de ti y no es que tú le generes, pero si se generan apegos y afectos hacia el paciente.
- 

Elaborado: Méndez, V. (2019)

ANEXO 10: PREGUNTA 8: ¿Acostumbra a supervisar sus casos? ¿Con qué profesional?

Tabla 42: PREGUNTA 8: ¿Acostumbra a supervisar sus casos? ¿Con qué profesional?

---

**PREGUNTA 8: ¿Acostumbra a supervisar sus casos? ¿Con que profesional?**

---

Nro.	RESPUESTA
1	No lo realizo con todos mis casos, por qué hay casos que puedes manejar. Yo soy de la idea de que la supervisión es muy personal y alguien puede estar en desacuerdo. Es cuando tú ya no puedes más con ese caso, pero no es por falta de conocimiento sino algo “este caso está haciendo algo distinto en mí y no puedo trabajar entre comillas cómodamente, como normalmente, usualmente, y no sé cómo salir de esto” por contratransferencia por qué no quieres hablar. Entonces si yo voy a terapia y ahí también superviso casos y tengo colegas con los que interviono, estamos conversando sobre tengo este caso, este otro caso. No es necesario de la misma línea, yo pienso que más importante es tener una persona que se adscriba a una línea, tenga una visión bien abierta y amplia del caso entonces no es necesario. Como se sabe hasta hoy en día no hay nada que ninguna investigación que certifique que nuestras emociones y esas cosas generan cáncer, no existe, y si hay está mal hecha porque los perros y los gatos también tienen cáncer y es por eso. Yo me iría con un psico-oncólogo y tengo amigos con los que hablo casos de cáncer que no son psico-oncólogos pero que tiene una visión bien abierta.
2	Actualmente hago supervisión, muchísimo más que antes. Él es un psicólogo, pero depende un poquito del tema más específico del paciente. Tengo algunas personas con las que hago supervisión, tengo esa confianza y buena relación con muchísimos psicólogos y dependiendo un

---

---

poquito del tema y la especialización. Me parece muy importante la especialización, entonces dependiendo de eso busco la supervisión.

---

**3** Sí, sí. Tengo amigos con lo que hacemos y supervisamos casos. Son profesionales de la misma área

---

**4** Lastimosamente en Ecuador es bastante difícil porque la institución en la que yo trabajo no existe esa norma, lo único que se puede acercar a supervisar de los casos es la reunión semanal que tenemos en equipo en la que todos hablamos de los pacientes y usamos, a ver, se trabaja muchísimo con el humor un espacio para distendernos para decir cosas y hablar cosas de los pacientes que quizá no te permitirías en el día a día cuando estás trabajando en serio con objetivos y todo. En cambio, con el equipo si, lo usamos con muchísima naturalidad el humor, también hablar de los sentimientos de que te pasa con este paciente, de decir las cosas muy abiertamente de guiarte y acompañarte en el proceso, pero esa no es una supervisión, porque una supervisión es otra cosa bien diferente, me encantaría poder hacerlo, pero obviamente también implica un costo para el psicólogo entonces esa es otra limitante también. Personalmente fuera de eso, si tengo mi psicoterapeuta pero a menos de que haya algo muy fuerte con algún caso lo podría traer a mi terapia pero hasta ahora la verdad no me ha pasado gran caso que tenga que llevarlo a mi terapia

---

**5** Yo normalmente suelo hacer seguimiento de mis casos, en otras ocasiones me comunican que es lo que ha pasado con mis pacientes y en otras ocasiones son los mismos familiares los que te llaman incluso a agradecer por lo que tú has hecho. A veces tus colegas te llaman por temas muy puntuales, hay otros que te piden que tú hagas la terapia completa, depende de la situación. El tema de la atención psico-oncológica es muy dinámica, entonces no puedes tú estandarizar y decir esto es y así va a ser hasta el final. Tengo muchas anécdotas en el sentido de que es muy importante que otro profesional te escuche, he tenido casos de pacientes con agonías muy prolongadas por conspiración del silencio, porque no se le explicó bien o porque el paciente no entendía y esto lleva a que el último momento del paciente no sea en condiciones, entonces considero que sí se debe trabajar siempre en equipo.

---

Elaborado: Méndez, V. (2019)

ANEXO 11: PREGUNTA 9: ¿Cómo enfrentó la muerte de su primer paciente oncológico?

Tabla 53: PREGUNTA 9: ¿Cómo enfrentó la muerte de su primer paciente oncológico?

CATEGORIA MUERTE	
PREGUNTA 9: ¿Cómo enfrentó la muerte de su primer paciente oncológico?	
Nro.	RESPUESTA
1	Bueno eso fue bastante chocante porque esta persona me pidió que yo le acompañe a morir y el proceso de ver morir a alguien es bien complicado, porque empiezan como yéndose y luego vienen las respiraciones como más frenéticas, más dura, y eso a mí sí me perturbó unos días, me pidió que le acompañe y yo soy así. Me pidió, “¿me vas acompañar?”, vale yo te acompañó y estuve hasta que falleció. Entonces me afectó bastante, el hecho de verle morir, no tanto que se haya muerto. No sé cómo explicártelo, porque no había un vínculo así, le había visto unas 3 o 4 veces me comprendes.
2	Paciente no me acuerdo quien fue. El tener tantas muertes cuando era voluntaria, me hizo trabajar mis procesos personales. Empecé a afrontarlo mucho más suave de alguna manera. Pero tanto como decirte de mi primer paciente que se me murió, no me acuerdo. Es como un manejo diferente y sobre todo cuando trabajas en fundaciones. Yo ahorita, tenía como setecientos pacientes en la fundación, es como que pierdes el hilo de todos.
3	Es muy duro cuando se te muere un paciente. Pero fue un paciente que vi por mucho tiempo, un paciente que ayudé a morir y eso es lo reconfortante, el saber que le diste paz durante su fallecimiento, entonces es duro, pero a la vez es muy reconforte y es muy lindo.
4	No me acuerdo cual fue mi primer paciente oncológico la verdad, tengo recuerdos de los primeros sí, me acuerdo mucho la sensación un poco, siendo terapeuta familiar sistémica y ya había explorado mucho el tema de cuidados paliativos porque mi tesis de psicología fue sobre cuidados paliativos y mi tesis sobre el pos grado en terapia familiar fue sobre cuidados paliativos, no estaba tanto en el aire porque me auto eduqué digamos. Pero una cosa es leer y explorar a nivel teórico y otra cosa es ponerlo en práctica. entonces no recuerdo que haya sido algo muy traumático ni difícil de manejar, si me acuerdo que al principio hablaba mucho de esto cuando salía del trabajo cuando hablaba con mi pareja o habla con mi familia respecto de las cosas que estaba viendo pero no recuerdo haber hablado de eso con tristeza o con dolor o con angustia sino más bien con mucha... más que emoción yo creo que... no sé qué palabra usar... creo que sería, que me parecía demasiado interesante todo lo que estaba haciendo me parecía muy valioso todo lo que los pacientes te enseñan a tí como acompañante en este proceso y lo natural que puede llegar a ser y la paz que puede llegar a tener una persona contrario a lo que se piensa, eso me acuerdo
5	Bueno, yo creo que todos nosotros somos de ritualidades, creo que el ritual es muy importante. En mi caso, en mi primer paciente yo lo que hice fue rezar y encenderle una vela, ese fue el ritual que a mí me funcionó desde mi fe y desde mi creencia católica, y agradecerle por haber sido el primero.

Elaborado: Méndez, V. (2019)

ANEXO 12: PREGUNTA 10: ¿Se vio afectado y de qué manera?

Tabla 16: PREGUNTA 10: ¿Se vio afectado y de qué manera

<b>PREGUNTA 10: ¿Se vio afectado y de qué manera?</b>	
<b>Nro.</b>	<b>RESPUESTA</b>
<b>1</b>	Me afectó en el sentido en que no pude comer, no pude dormir y me quedé, o sea me afectó mucho en quedarme con esa imagen de las respiraciones entrecortadas y de sentir yo la angustia de que esa persona como que no va a seguir respirando y como que se está ahogando, en eso me afectó bastante.
<b>2</b>	Depende, esencialmente fueron dos casos que fueron los que me llevaron primero a poner como que un término a mi voluntariado, necesitaba un descanso emocional y personal porque me involucré demasiado y necesitaba decidir qué hacer con mi vida. El uno fue una relación como si hubiera muerto mi amigo entonces fue súper fuerte. La otra fue el Bryan, Bryan, es un problema cuando no manejas bien el voluntariado. Me parece súper importante que profesionales lo manejen ahora que entiendo todo. Me enseñó un montón, me llevó a decidir que no quiero enfrentarme otra vez a alguien de mi edad y no quiero esperar a ser mayor para poder trabajar en esto y me decidí por niños. Definitivamente, tomé la decisión de que, si me quiero dedicar a esto, ¡sí!, encontré algo que me apasiona perfecto lo voy a hacer, pero en algo que yo pueda manejar profesionalmente y éticamente y sé que con los niños me va y me ha ido en estos últimos 4 años excelente y estoy súper bien
<b>3</b>	No, porque te sientes que diste paz. Porque el paciente generalmente tiene mucho dolor, generalmente ya está pasando mucho tiempo por agonía, entonces sabes que la muerte es una salida, es una opción que le da.
<b>4</b>	No me vi afectada.
<b>5</b>	Bueno afectada no, siempre es un impacto saber qué ese paciente falleció.

Elaborado: Méndez, V. (2019)

ANEXO 13: PREGUNTA 11: No siendo así, ¿cómo hizo para no verse afectado?

Tabla 75: PREGUNTA 11: No siendo así, ¿cómo hizo para no verse afectado?

<b>PREGUNTA 11: No siendo así, ¿cómo hizo para no verse afectado?</b>	
<b>Nro.</b>	<b>RESPUESTA</b>
<b>1</b>	No aplica
<b>2</b>	No aplica
<b>3</b>	<p>Mira, desde que inicié tengo una metodología de trabajo, yo cuando salgo del hospital me paso un switch y no pienso más en pacientes, yo pienso en mi familia, en vida. Los fines de semana no pienso en mis pacientes, pienso en vida. Esta estrategia la tuve que aprender al inicio porque es muy duro y si tú sigues pensando en los pacientes, y si tú sigues pensando en las historias, en la familia te desgastas muchísimo más, acuérdate que te dije que estaba desgastada y uso esa metodología, imagínatela si no la hubiese usado.</p> <p>Por ejemplo, cuando tengo semanas muy difíciles, muy complicadas, que se me haya muerto un paciente, semanas en las que me haya involucrado un poco más de la cuenta por X motivo de las historias, me iba a la playa, me iba al cine, me iba fuera de la ciudad, entonces esas eran las estrategias que utilizaba para no verme afectada.</p>
<b>4</b>	Fue porque definitivamente, no tenía una formación oficial pero ya me había capacitado en el tema. Es otra cosa cuando vas recién graduada de la universidad o no has tenido experiencia en esto, porque en este trabajo es completamente diferente a otros tipos de trabajo en psicología.
<b>5</b>	Yo creo que la mayor parte de las ocasiones es que tú sientes como una misión cumplida, tú das todo lo que puedes hacia ese paciente y sobre todo creo yo que es tener la capacidad de razonar cuál es la situación de ese paciente. En mi caso, mi primer paciente era un paciente terminal que difícilmente iba a poder salir, con una problemática familiar fuerte e importante, de alguna manera yo sabía que iba a fallecer, entonces de alguna forma yo estaba preparada para eso.

Elaborado: Méndez, V. (2019)

ANEXO 14: PREGUNTA 12: ¿Después de esta experiencia cree haber notado un cambio en su forma de trabajo con los pacientes oncológicos?

Tabla 86: PREGUNTA 12: ¿Después de esta experiencia cree haber notado un cambio en su forma de trabajo con los pacientes oncológicos?

**PREGUNTA 12: ¿Después de esta experiencia cree haber notado un cambio en su forma de trabajo con los pacientes oncológicos?**

Nro.	RESPUESTA
1	O sea, después de eso me volví como más sensible, no de llorón ni nada de esto, sino tener una sensibilidad especial que creo yo, esto no sé cómo explicarlo bien, que cuando trabajas en cuidados paliativos desarrollas una sensibilidad especial con la gente, entonces me volví mucho más perceptivo y con la cuestión de: “esta persona se me puede morir mañana”, “que es lo mejor que puede tener ella del día de hoy?”, algo así. Eso sí cambió radical, no es que “mañana le veo, mañana le veo y está muerto y me pasó, me pasó muchas veces que: “ah nos vemos mañana” y no hay mañana
2	Sí completamente, sobre todo como te decía con los niños. A pesar de que existen tantos protocolos y cosas así, cada niño es un mundo. Me veo todas las series, sale la película y me voy a ver porque sé que al siguiente día el niño me va hablar sobre eso. A través de eso hago un trabajo terapéutico bueno, así lo considero, tengo una buena transferencia con los niños en esos términos igual, y a través de eso manejo un montón. Tenía un niño con el que trabajé, no podía expresar bien sus emociones, tengo estos muñequitos de las de las emociones de la película “Inside out”, con estos muñequitos me decía: “ella es la tristeza” y si, es la tristeza. Vamos trabajando en la película, que hace la tristeza, cómo reacciona, ¿porque siempre la tristeza llora?, entonces, ¿qué es lo que te hace sentir?, porque su papá había muerto con cáncer, entonces reaccionaba un montón a esa situación. Cualquier psicólogo te escucha y te ve y dice, ¿Qué estás haciendo?, pero el niño reaccionó súper bien y al fin pudo expresar lo que el sentía con la muerte del papá.
3	No, simplemente aprendes. Aprendes esto, aprendes que es una solución y no es un problema. Aprendes que es paz y aprendes a sobrellevar con los familiares, decir al familiar que también es una solución y no un problema y que la mayor expresión de amor para un paciente es dejarlo ir.
4	¿Después de la experiencia de haber perdido pacientes? Si es lo que te digo que la verdad es que te vuelve más humano y te da una noción y te enfrentas con el tema de la muerte y con el sufrimiento de las personas de otra manera, ya no tanto desde esta como compasión como lastimera digamos sino que tienes la capacidad de acompañar y guiarle en el proceso para que este dolor sea enfrentado de manera saludable que al final no puedes evitar que la persona se muera entonces creo que eso me ha ayudado, no me ha cambiado para mal sino que me ha ayudado a entender mejor.
5	No

Elaborado: Méndez, V. (2019)