



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

DECLARACIÓN y AUTORIZACIÓN

Nosotros: **ADRIANA ELIZABETH PAREDES REYES**, CI:1720474715, **VERÓNICA ELIZABETH PAZMIÑO SEGOVIA**, CI: 0502592652, autoras del trabajo de graduación intitulado: **“Intervención en crisis con el adulto mayor con diagnóstico oncológico en etapa terminal, asistido en la unidad de cuidados paliativos de la Fundación ABEI adultos desde octubre 2011 a enero 2012”**, previa a la obtención del título profesional de **PSICÓLOGA CLINICA**, en la Facultad de **Psicología**

1.- Declaramos 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.- Autorizamos 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, mayo 2012

Adriana Elizabeth Paredes Reyes

CI: 1720474715

Verónica Elizabeth Pazmiño Segovia

CI: 0502592652

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCION DEL TÍTULO DE
PSICÓLOGAS CLÍNICAS**

**“INTERVENCIÓN EN CRISIS CON EL ADULTO MAYOR CON
DIAGNÓSTICO ONCOLÓGICO EN ETAPA TERMINAL, ASISTIDO
EN LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS DE LA FUNDACIÓN
ABEI-ADULTOS DESDE OCTUBRE 2011 A ENERO 2012”**

**ADRIANA ELIZABETH PAREDES REYES
VERÓNICA ELIZABETH PAZMIÑO SEGOVIA**

DIRECTOR: MTR. FRANCISCO JARAMILLO TEJADA

QUITO, 2012

DEDICATORIA

A Dios porque siempre ha estado a mi lado en los momentos difíciles, demostrándome que Él es mi fuente principal de fortaleza y confianza para vencer miedos, vacilaciones y obstáculos, sin perder la esperanza en mis capacidades y en la bondad humana.

A mis padres por demostrarme que la vida es un constante caminar con altos y bajos, con logros y pérdidas que nos sirven de peldaños para alcanzar nuestra autorrealización. Deseo dedicarles este primer logro en mi vida profesional, por su constante e incondicional apoyo, dedicación, comprensión, paciencia y amor; por enseñarme a ser perseverante en la consecución de mis metas, a creer en mí misma, a no usar la palabra “imposible” cuando la vida representa una posibilidad de alcanzar lo que nos planteamos. Por enseñarme que la existencia no basta, que la vida no tiene sentido si no es vivida pensando en el bienestar de los demás.

A mis hermanos Pabli, Israel y Emmita, parte fundamental de mi vida, quienes han sido ejemplo de superación y motivación diaria; porque con su amor, apoyo y tiempo otorgados, me alentaron a conquistar este objetivo.

A mi prima querida Gaby, por recorrer siempre a mi lado momentos de infinita alegría, tristeza y de esfuerzo. Por brindarme siempre la palabra precisa en el momento perfecto.

A la vida, que es un perenne caminar y que pone a nuestra disposición las mejores herramientas para recorrerla y lograr alcanzar un bien mayor.

A las personas que padecen de cáncer, por regalarnos la siguiente reflexión: llegar a comprender a la muerte sólo cuando comenzamos a ocuparnos verdaderamente de la vida.

Con mucho amor y gratitud,

Adriana

Fernando, Ledy, Victoria y Freddy: a través de sus enseñanzas he llegado a entender que “*Sirve vivir, si se vive para servir*”. He comprendido que una pequeña acción puede generar cambios radicales sobre la vida de otras personas. Gracias por estar junto a mí; por estimularme a trabajar con valor y entereza, y ante todo a tener presta una sonrisa sincera y la mejor actitud frente a las adversidades de la vida.

Con profundo amor para ustedes que iluminan mi vida,

Verónica

AGRADECIMIENTO

A la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, que en sus espacios nos hemos encontrado acompañadas de grandes profesionales quienes nos han llevado al conocimiento.

A la Facultad de Psicología, y al personal que la conforma, que nos han permitido desarrollar nuestra carrera de la manera más beneficiosa, propugnando no sólo formarnos en base a los conocimientos establecidos, sino que nos han impulsado a apoderarnos de nuestras propias palabras y a traducir los conceptos en acciones prácticas en el trabajo a favor de la sociedad.

Al director de la presente disertación, Mtr. Francisco Jaramillo Tejada, quien nos ha sabido ofrecer su tiempo y transmitimos su experiencia, a fin de llevar a cabo el proyecto de investigación, velando por la calidad del trabajo y por nuestro bienestar en el ámbito profesional y humano.

A la Fundación ABEI-Adultos, en la persona de la Psc. Daniela Suárez, quien ha contribuido para que esta investigación sea posible. Por su ayuda tanto en los aspectos formales de la terapéutica, así como con su apoyo en lo personal.

A nuestras familias que, a lo largo de este recorrido, nos han dado el soporte necesario para culminar con éxito este escalón en nuestras vidas.

Adriana y Verónica

TABLA DE CONTENIDOS

DEDICATORIA	I
AGRADECIMIENTO	II
TABLA DE CONTENIDOS	III
RESUMEN	VI
INTRODUCCIÓN	VII
CAPÍTULO I.....	1
1. CRISIS EN EL ADULTO MAYOR	1
1.1 CRISIS	1
1.1.1 <i>Definición</i>	1
1.1.2 <i>Tipos de Crisis</i>	5
1.1.2.1. Circunstanciales	5
1.1.2.2. Del desarrollo	6
1.1.3 <i>Fases de la crisis</i>	11
1.1.4 <i>Duración de la crisis</i>	13
1.1.5 <i>Variables que influyen en la resolución de una situación de crisis</i>	14
1.2 EL ADULTO MAYOR	18
1.2.1 <i>Cambios biológicos, cognitivos, psicológicos y su significado en el adulto mayor...</i>	18
1.3 LA INTERVENCIÓN EN CRISIS.....	20
1.3.1 <i>Definición</i>	20
1.3.2 <i>Modelo de Intervención en Crisis</i>	21
CAPÍTULO II.....	27
2.1 EL CÁNCER.....	27
2.1.1 <i>¿Qué es el cáncer?</i>	27
2.1.2 <i>El cáncer desde el punto de vista psicológico</i>	27
2.2 EFECTOS PSICOLÓGICOS EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO.....	29
2.2.1 <i>El sufrimiento desde la subjetividad del paciente</i>	29
2.2.2 <i>Mecanismos de defensa</i>	30
2.2.3 <i>Reacciones frente a la enfermedad</i>	31
2.2.3.1 <i>Conductas adaptativas</i>	32
2.2.3.2 <i>Conductas desadaptativas</i>	33
2.2.4 <i>Estrés y Catarsis</i>	34
2.3 <i>EFECTOS EMOCIONALES EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO</i>	35
2.3.1 <i>Autoconcepto del paciente</i>	39
2.3.2 <i>Labilidad emocional</i>	40
2.3.3 <i>Aspecto psicosocial del paciente: relaciones interpersonales</i>	40
CAPÍTULO III.....	43
3. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN EN CRISIS CON EL ADULTO MAYOR CON DIAGNÓSTICO ONCOLÓGICO EN ETAPA TERMINAL.....	43
3.1 ANÁLISIS DE LOS CASOS ATENDIDOS EN LA FUNDACIÓN ABEI ADULTOS.....	43

3.1.1	<i>Planteamiento del problema</i>	43
3.1.2	<i>Metodología</i>	46
3.1.2.1.	Población	47
3.1.3	<i>Análisis de resultados</i>	48
3.2	PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS EN LA ATENCIÓN DEL ADULTO MAYOR CON DIAGNÓSTICO ONCOLÓGICO EN ETAPA TERMINAL	64
3.3	TERAPIA PARA LA CRISIS O INTERVENCIÓN EN CRISIS DE SEGUNDA INSTANCIA.....	71
3.4	ELABORACIÓN DEL DUELO EN EL PACIENTE CON CÁNCER	80
CONCLUSIONES		85
RECOMENDACIONES		87
BIBLIOGRAFÍA		89
	DOCUMENTOS IMPRESOS	89
	DOCUMENTOS ELECTRÓNICOS	90
ANEXOS		91
ANEXO 1: ORIGEN, TIPOS Y TRATAMIENTOS DEL CÁNCER		92
ANEXO 2: FICHAS DE ANAMNESIS. PACIENTES ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS DE LA FUNDACIÓN ABEI-ADULTOS DE OCTUBRE 2011 A ENERO 2012		95
ANEXO 3: DIARIO DE CAMPO DE PACIENTES DE INTERVENCIÓN EN CRISIS		118
ANEXO 4: ANÁLISIS DE CASOS. PACIENTES ATENDIDOS EN INTERVENCIÓN DE CRISIS DE LA FUNDACIÓN ABEI-ADULTOS		121
ANEXO 5: ENCUESTA DIRIGIDA AL PERSONAL		132

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA Nro. 1: RESPUESTAS CONDUCTUALES DEL PACIENTE CON CÁNCER	32
TABLA Nro. 2: TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	47
TABLA Nro. 3: SEGMENTOS DE POBLACIÓN.....	47
TABLA Nro. 4: CUADRO DEMOGRÁFICO DE LA POBLACIÓN	48
TABLA Nro. 5: ANAMNESIS PCT 001.....	96
TABLA Nro. 6: ANAMNESIS PCT 002.....	97
TABLA Nro. 7: ANAMNESIS PCT 003.....	98
TABLA Nro. 8: ANAMNESIS PCT 004.....	99
TABLA Nro. 8: ANAMNESIS PCT 005.....	100
TABLA Nro. 9: ANAMNESIS PCT 006.....	101
TABLA Nro. 10: ANAMNESIS PCT 007.....	102
TABLA Nro. 11: ANAMNESIS PCT 008.....	103
TABLA Nro. 12: ANAMNESIS PCT 009.....	104
TABLA Nro. 13: ANAMNESIS PCT 010.....	105
TABLA Nro. 14: ANAMNESIS PCT 011.....	106
TABLA Nro. 15: ANAMNESIS PCT 012.....	107
TABLA Nro. 16: ANAMNESIS PCT 013.....	108
TABLA Nro. 17: ANAMNESIS PCT 014.....	109

TABLA Nro. 18: ANAMNESIS PCT 015.....	110
TABLA Nro. 19: ANAMNESIS PCT 016.....	111
TABLA Nro. 20: ANAMNESIS PCT 017.....	112
TABLA Nro. 21: ANAMNESIS PCT 018.....	113
TABLA Nro. 22: ANAMNESIS PCT 019.....	114
TABLA Nro. 23: ANAMNESIS PCT 020.....	115
TABLA Nro. 24: ANAMNESIS PCT 021.....	116
TABLA Nro. 25: ANAMNESIS PCT 022.....	117
TABLA Nro. 26: ANÁLISIS DE CASO PCT 001	122
TABLA Nro. 27: ANÁLISIS DE CASO PCT 003.....	123
TABLA Nro. 28: ANÁLISIS DE CASO PCT 004.....	124
TABLA Nro. 29: ANÁLISIS DE CASO PCT 006.....	125
TABLA Nro. 30: ANÁLISIS DE CASO PCT 008.....	126
TABLA Nro. 31: ANÁLISIS DE CASO PCT 009.....	127
TABLA Nro. 32: ANÁLISIS DE CASO PCT 010.....	128
TABLA Nro. 33: ANÁLISIS DE CASO PCT 013.....	129
TABLA Nro. 34: ANÁLISIS DE CASO PCT 014.....	130
TABLA Nro. 35: ANÁLISIS DE CASO PCT 019.....	131

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO Nro. 1: FASES DE LA CRISIS.....	12
GRÁFICO Nro. 2: ENFERMEDAD Y EVOLUCIÓN.....	49
GRÁFICO Nro. 3: ENFERMEDAD Y CRISIS.....	49
GRÁFICO Nro. 4: LABILIDAD EMOCIONAL	50
GRÁFICO Nro. 5: CONTROL EMOCIONAL	51
GRÁFICO Nro. 6: CONDUCTAS ADAPTATIVAS.....	52
GRÁFICO Nro. 7: CONDUCTAS DESADAPTATIVAS.....	53
GRÁFICO Nro. 8: VISITAS FAMILIARES.....	54
GRÁFICO Nro. 9: PRESENCIA REGULAR DE LA FAMILIA.....	55
GRÁFICO Nro. 10: SOPORTE FAMILIAR.....	55
GRÁFICO Nro. 11: FALTA DE SOPORTE FAMILIAR	56
GRÁFICO Nro. 12: CONFLICTOS CON EL PERSONAL.....	57
GRÁFICO Nro. 13: CONCEPTUALIZACIÓN DE CRISIS - PERSONAL.....	58
GRÁFICO Nro. 14: INDICADORES DE CRISIS - PERSONAL.....	58
GRÁFICO Nro. 15: REACCIÓN DEL PERSONAL ANTE LA CRISIS	59
GRÁFICO Nro. 16: ATENCIÓN DE LAS CRISIS	60
GRÁFICO Nro. 17: MANEJO DE LA CRISIS.....	60
GRÁFICO Nro. 18: DISPOSICIÓN DEL PERSONAL A CAPACITARSE.....	61
GRÁFICO Nro. 19: RELACIONES INTERPERSONALES DEL PACIENTE.....	62
GRÁFICO Nro. 20: AVALIZACIÓN DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN	119

RESUMEN

La investigación realiza un acercamiento a las herramientas de Intervención en Crisis con un grupo de adultos mayores con diagnóstico oncológico en etapa terminal de la Unidad de Cuidados Paliativos de la Fundación ABEI-Adultos. El tratamiento gira alrededor de la interrogante que ha dirigido el desarrollo de este trabajo, ¿cómo realizar un proceso de Intervención en Crisis de manera que se atenúen en el paciente las repercusiones psicológicas y emocionales? Para llevar a cabo este fin, se ha elaborado una metodología de investigación fundada en los principios éticos de la psicología. Es así que, se emprende el estudio de casos de la población y encuestas dirigidas al personal médico, pues ambos son elementos indispensables para entender las necesidades a las que se debe responder; y posteriormente sistematizados a través de un análisis de la información, concluyendo en la creación de una propuesta de trabajo específico en Primeros Auxilios Psicológicos y Terapia de Crisis.

INTRODUCCIÓN

El proceso de Intervención en Crisis pretende, ante todo, facilitar un proceso de aceptación que se ajuste a las expectativas del paciente en torno a su enfermedad. Este planteamiento nos convoca a desligar nuestra atención exclusiva en la enfermedad y sus efectos nocivos, y a orientarnos en la subjetividad del paciente oncológico. El interés de las autoras para el desarrollo de esta disertación se basa principalmente en el reconocimiento de la vulnerabilidad que se encuentran estas personas, aún más los adultos mayores, y la intención final de proponer un sistema de trabajo que se acople a las necesidades propias de esta población.

En ocasiones, en el tratamiento directo con el individuo surgen dificultades, sin embargo, la Intervención debe tener una estructura apropiada a las necesidades para producir los efectos esperados. El problema nace de la ineficiencia en las atenciones de Primera y Segunda Instancia que están siendo proporcionadas; *las crisis deben ser solventadas de manera rápida y oportuna, de lo contrario puede acentuar los efectos nocivos que aparecen en la persona*. No sólo se requiere trabajar sobre el paciente como un elemento aislado, sino como respuesta a un conjunto de situaciones que tienen cabida en su existencia, entre las que se encuentran factores como: la familia y el equipo médico asistencial, dos agentes que pueden producir cambios en la mejora o estancamiento de la persona.

El objetivo que ha marcado el ritmo y la calidad de la investigación ha sido *culminar con un procedimiento para la Intervención en Crisis del paciente que recibe cuidados paliativos en este estadio de su enfermedad y que requiere un soporte técnico y humano*. El sistema de trabajo se ejecutó de manera directa y personalizada, mediante la atención de Intervención en Crisis y un posterior análisis de cada uno de los casos, sustentados a través de datos estadísticos. Adicionalmente, en visión de la importancia ejercida por el personal auxiliar, se realizó una encuesta. Se complementó con un análisis de información de los miembros del equipo sobre los conocimientos previamente mencionados e identificar el manejo que realizan de las crisis en sus labores cotidianas. Ambos, componentes vitales, para la consecución de la recolección de la información.

El desarrollo se ha cimentado en base de la comprensión de lo que supone una Intervención en Crisis en las dos primeras instancias en las cuales se ha centrado el presente texto, y las competencias que abarcan cada una de ellas. Posteriormente, se direccionó hacia un estudio transversal de los efectos psicológicos, con un enfoque especial sobre las emociones, para contextualizar los temas que se tratan con los pacientes de este grupo. Por último se realizó una propuesta de trabajo sobre cada una de las instancias mencionadas como conclusión de un análisis en función a la Intervención directa mantenida con cada uno de los individuos.

El trabajo muestra un modelo integral para disminuir los efectos psicológicos y emocionales que aparecen en el paciente que tiene diagnóstico oncológico en etapa terminal, tomando en cuenta a la familia y personal que le acompañan en este periodo de vida. Son herramientas de uso práctico al servicio de quienes asisten al paciente, para poder afrontar una situación crítica como es el cáncer. Por tanto, este aporte significa una mejora significativa en la calidad de vida del adulto mayor, desde la intervención psicológica.

CAPÍTULO I

1. CRISIS EN EL ADULTO MAYOR

1.1 Crisis

1.1.1 Definición

Para empezar a desarrollar este primer tema es fundamental partir de la siguiente premisa: las crisis no siempre son sucesos negativos y poco comunes, puesto que no sería viable el crecimiento ni desarrollo sin la presencia de episodios críticos a lo largo de la vida de cada sujeto; ya que los acontecimientos y situaciones críticas son parte de nuestra vida. Bajo estos lineamientos, resulta inevitable hacernos las siguientes preguntas ¿Por qué entendemos a la crisis en un sentido negativo? ¿Qué la hace ser percibida en este sentido?

El sentido pesimista del término crisis aún persiste en nuestros días, haciendo uso, a veces equívoco, al describir un estado de desequilibrio, desorganización y trastorno. Recorriendo por la conceptualización del término crisis, encontramos que para el psicólogo alemán Erik H. Erikson (1966) una crisis no sugiere una catástrofe devastadora, sino que designa un momento crucial y necesario para el desarrollo, en el cual se organizan los recursos para un crecimiento ulterior, recuperando así el estado de equilibrio y organización por medio de una adecuada resolución y una marcada diferenciación. Con esta aproximación, que da este autor al término crisis, se hace referencia a lo que posteriormente se analizará como crisis del desarrollo; no obstante, puede ser aplicado a todas las crisis vitales en los sujetos.

Adicionalmente, el término crisis (weiji, 危机), dentro del sistema de ideogramas chinos, se compone de dos acepciones: por un lado significa peligro (Wēi, 危) y por otro oportunidad (Jī, 机). Desde este punto de vista, para Slaikeu (1996) todas las crisis conllevan cambios y los cambios traen consigo crisis.

La palabra crisis, por tanto, abre una línea de pensamiento para un estado en el cual se genera un punto límite de cambio, el mismo que puede dirigirse a un crecimiento y mayor desarrollo o a su vez a una enfermedad. Es pertinente desde este punto enfatizar que, una crisis se presenta antes de que ésta desemboque en un proceso de

crecimiento, de desarrollo, de trastorno, de trauma o de deterioro. Al parecer, este punto es el que le da una perspectiva pesimista a la crisis.

Sin embargo, si bien se puede poner mayor énfasis en el sentido de oportunidad que nos presenta una crisis, no se debe, y de hecho sería negligente, minimizar y relegar a un segundo plano el lado potencial destructivo que ésta también posee; por lo que, como profesionales de la salud mental se ha de dirigir el trabajo a enriquecer y fortalecer las aptitudes de los sujetos para enfrentarla de una manera adecuada.

Entonces cabe preguntarse ¿de qué depende que una crisis desemboque en un crecimiento o en un deterioro psicológico? Slaikeu (1996) hace una consideración especial en su teorización de la crisis a esta pregunta, en la cual el crecimiento dependerá de los recursos con los que esté dotado el sujeto para enfrentar, manejar y resolver una situación de crisis. Estos son:

1. *Recursos personales*, recursos que a lo largo de la vida, el sujeto ha ido aprendiendo y aprehendiendo de las diversas experiencias vivenciales en las cuales surgieron modelos o patrones de conducta reactiva frente a las situaciones de crisis.
2. *Recursos sociales* con los que cuenta el sujeto; entre estos recursos se considera a todo el entorno que rodea a la persona como su familia, sus amigos y la sociedad en general.
3. *Recursos espirituales*, este recurso no es abordado por Slaikeu pero dentro del trabajo con pacientes adultos mayores con diagnóstico terminal, se ha podido evidenciar que este tipo de recurso es muy relevante. El sistema de creencias de un paciente terminal aporta efectos importantes en su estado de salud, calidad de vida y esperanza de trascendencia espiritual.
4. Además, el manejo de una crisis también dependerá de la *gravedad del suceso* que la precipita, es decir, existen sucesos o circunstancias que son potenciadoras de crisis como lo es un diagnóstico terminal de cáncer.

Gerard Caplan (1964) enfatiza de manera especial el modo de resolución que se dé a la crisis, ya que, ésta se relaciona de manera directa con el impacto (psicológico, físico y emocional) que tendrá sobre la salud mental; su resolución inadecuada puede conducir a un deterioro psíquico, demostrando así, los resultados desadaptativos que se producen alrededor de un suceso de este tipo. Se dice que una persona está en crisis, cuando una situación rebasa las capacidades del sujeto para enfrentar el momento actual con sus recursos anteriormente aprendidos.

Esta incapacidad de enfrentamiento es vivenciada por el sujeto como un fracaso y lo lleva a un punto crucial en el cual, la persona o adquiere nuevos recursos para poder

superar la crisis, o termina en un debilitamiento psíquico. Es decir, la persona en crisis llegaría a un punto de progreso o de retroceso.

Para continuar con la conceptualización del término crisis, Slaikeu designa este momento como "... un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por una incapacidad del individuo para manejar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo" (Slaikeu, 1996, p. 16). Esta definición describe los principales elementos que abarca el significado de la palabra crisis, pues corresponde a una desorganización emocional, de características desestructurantes y desestabilizantes para el psiquismo; además, genera un colapso en las estrategias previas de enfrentamiento; y por lo general, son desencadenadas por algún suceso específico.

Enfermedades como el cáncer, son un buen ejemplo de este tipo de factores; por tanto, son potenciadores de una crisis y debido a sus características e intensa sobrecarga emocional generan un gran impacto tanto físico como psicológico en el paciente, engendrando graves trastornos y estados desequilibrantes y desorganizantes que requieren de una re-estructuración psíquica. Para una persona que padece un diagnóstico oncológico muchas veces las manifestaciones emocionales relacionadas con su enfermedad, le resultan de muy difícil manejo. Por ende, el proceso de adaptación a su nueva e imprevisible situación resulta ser inadecuada y complicada. Frente a esta serie de sucesos, el sujeto evalúa todos los recursos con los que cuenta, tanto personales como sociales para hacerle frente a su enfermedad.

Cabe mencionar que casi siempre el paciente oncológico experimenta fuertes sentimientos de impotencia y desadaptación, por lo cual percibe como fracaso cada recurso que utilice para enfrentar a presencia de esa nueva amenaza. Este hecho le genera sufrimiento y resulta indispensable permitirle re-evaluar sus recursos y estrategias para poder aliviar su experiencia de sufrimiento.

En este acercamiento a la conceptualización de la crisis se ha podido exponer diferentes características y definiciones aplicables para el presente trabajo de investigación, y se ha considerado relevante tomar en cuenta que muchas veces la palabra crisis puede dar lugar a confusiones con la acepción de trauma, debido a la estrecha relación que mantiene con este término.

Generalmente, se tiende a designar a una situación crítica como traumática; esta designación, permite cuestionarnos de la siguiente manera: ¿Es crisis sinónimo de trauma? De no ser así, ¿qué diferencia hay entre una situación de crisis y una situación traumática? Ahora bien, para la aclaración de estas interrogantes resulta necesario, inicialmente, dilucidar a qué se está haciendo referencia cuando se habla de un evento,

un hecho o una situación ¿Toda situación o evento es necesariamente crítico y/o traumático? No precisamente, y para referirnos a este hecho real, que hace presencia en un momento cualquiera, se lo hará con el término de hecho fáctico; mientras que situación alude a la circunstancia o estado en el cual se encuentra el sujeto, en un momento determinado.

Benyakar (2005) toma el término de fáctico para definir todo aquello externo al psiquismo del sujeto, y que es fuente de estímulos. De esta manera, un hecho fáctico es un evento singular, real y verdadero, independiente de las representaciones psíquicas, que se hacen presentes en la vida del sujeto. Además, señala que lo fáctico comprende dos campos: lo fáctico externo y lo fáctico interno o propio. Aquello a lo que llama fáctico externo, es el entorno, el medio ambiente o el mundo exterior. En tanto, fáctico interno o propio, se refiere al cuerpo con sus efectos y procesos dentro de su funcionamiento. Ambos campos exteriores al psiquismo; y el mundo externo, además, exterior al cuerpo. Entonces, tenemos dos dimensiones claras, lo fáctico corporal o somático y lo fáctico ambiental. Cabe mencionar que la interacción existente entre lo fáctico y lo psíquico, no se da en forma independiente, puesto que impactan al psiquismo, pese a ser independientes de las representaciones psíquicas y de los deseos del sujeto.

De esta manera, lo fáctico corporal y lo fáctico ambiental son factores potenciales tanto del placer como del displacer. Para interés del presente trabajo, únicamente se hará un enfoque en las situaciones fácticas displacenteras-desestabilizadoras, a las cuales el autor las introduce como *situaciones disruptivas*; a saber, es toda aquella situación caracterizada por una cualidad disruptiva; entiéndase aquí el término disruptivo para designar al "... impacto desestabilizante de una situación que abrupta e imprevisiblemente desborda toda previsión y defensa" (Benyakar, 2003 citado en Benyakar, 2005, p. 32). De este modo, la cualidad disruptiva genera efectos intrapsíquicos desestabilizantes y es la causante del modo en el cual un hecho fáctico impacta al psiquismo, generando situaciones disruptivas/desestabilizadoras/situaciones de crisis. Puede el lector advertir que las autoras del presente trabajo toman como sinónimo de una situación crítica, a una situación disruptiva, debido a los efectos que ocasiona en el psique del sujeto.

El cáncer, por tanto, es un hecho fáctico disruptivo que genera en el paciente cambios en sus procesos internos, en su modo de relación con el entorno, y en su funcionamiento psíquico; y por tanto, adviene una crisis teniendo como desencadenante específico a un hecho disruptivo determinado. En este punto, se puede deducir una gran diferencia entre una situación crítica y una traumática, una situación crítica tiene un hecho identificable que lo desencadena. En palabras del autor "... nos referimos a eventos

fácticos externos desestabilizantes como situaciones disruptivas [situaciones críticas] y no necesariamente traumatogénicas” (Benyakar, 2005, p. 65).

En tanto al *trauma*, se lo puede considerar una disfunción psíquica como resultado del modo –malogrado- en el que el psiquismo elabora un funcionamiento específico tras el impacto de una situación disruptiva o crítica; ya que “una situación nunca es traumática *per se*, ya que *traumático* nombra un determinado tipo de falla en la elaboración psíquica, no vinculada a priori a ningún hecho en especial” (Ídem, p. 63). En otras palabras, el término trauma está ligado a una disfunción asociada a una situación desorganizante. Una situación traumática dependerá de múltiples factores y del efecto que produzca en la psiquis del sujeto, e impida una normal interacción entre el mundo externo y el mundo interno puesto que su función reguladora está alterada. Además, genera un colapso en las relaciones psíquicas y sociales. Por tanto, los recursos con los que cuenta una persona, su estructura y sus procesos psíquicos, juegan un papel preponderante en la instauración de un trauma.

1.1.2 Tipos de Crisis

Slaikau (1996) define claramente dos tipos de crisis que pueden hacerse presentes en cualquier momento y episodio de la vida de un sujeto. Éstas son las crisis circunstanciales y las crisis vitales del desarrollo.

1.1.2.1. Circunstanciales

Se identifican por ser imprevisibles, inesperadas o inducidas por algún factor ambiental como la aparición de enfermedades graves como el cáncer, en las cuales la aparición es repentina. Su imprevisión y el grado de urgencia requieren de atención inmediata por parte de los profesionales de la salud, con el fin de disminuir la percepción de amenaza al bienestar de la persona y disminuir el impacto emocional y psicológico. De manera que este suceso, también represente una oportunidad de reelaboración y consecuente manejo funcional de conflictos personales pasados mal resueltos. Frente a un suceso totalmente devastador debemos recordar que “de la desorganización que sobreviene [característica de este tipo de crisis], debe surgir con el tiempo alguna forma de reorganización” (Slaikau, 1996, p. 68).

Las crisis circunstanciales se presenta en cualquier momento en la vida, y su impacto resulta potencialmente desbordante y desorganizante para la psique de la

persona que la vivencia. Se torna imperante evaluar los recursos que están siendo utilizados por el adulto mayor con cáncer para enfrentar su enfermedad.

1.1.2.2. Del desarrollo

Se definen así por ser “esperadas” y de cierta manera se supone su aparición en las diferentes etapas específicas en la vida de una persona. En la existencia de cada sujeto hay una sucesión de etapas con transiciones de una a otra, éstas implican cambios que suponen una crisis; por ejemplo, ir a la escuela, la adolescencia, la enfermedad, los cambios de la edad adulta y de la senectud. Todos y cada uno de estos cambios o transiciones han sido llamados acontecimientos críticos, en los cuales pueden manifestarse trastornos emocionales o puntos de inestabilidad, dependiendo del manejo que reciban.

Muchas veces el sujeto experimenta diversas emociones en amplios niveles de intensidad, lo que hace que unos sorteen de mejor manera cada etapa, y que otros necesiten mayor atención para superar la etapa anterior y continuar con la subsiguiente. Por tanto, esta perspectiva eleva a la crisis de un plano de “desorganización, negativismo, peligro y desorganización (sentimientos comunes durante la crisis), a uno más positivo; el sufrimiento puede estimular también el desarrollo personal y la maduración” (Slaikeu, 1996, p. 45). En las crisis del desarrollo, la atención no solo se dirige a los sucesos que precipitan la crisis, sino que, tiene vital importancia el desarrollo personal del individuo que la experimenta.

Uno de los autores que teorizó al respecto fue el psicólogo alemán Erik Erikson (1966), cuya teoría propone un desarrollo psicosocial de la personalidad a través de la vida, en un proceso de ocho etapas, que el autor llamó *ciclo vital humano*. En cada una de estas etapas, la persona hará uso de sus potencialidades, y puede surgir un posible desarrollo disfuncional si la crisis es manejada inadecuadamente, ya que las crisis surgen de acuerdo con el nivel de maduración. De esta manera, si una persona se ajusta a las exigencias de cada crisis, el yo se desarrollará hacia las siguientes etapas; pero si en este pase el sujeto encontrara algún obstáculo que no le permita resolver adecuadamente la crisis, ésta interferirá en el desarrollo y progreso a la siguiente etapa.

Cabe resaltar, que la solución exitosa de cada una de las ocho crisis necesita de un adecuado equilibrio entre un rasgo positivo y uno negativo correspondiente; y donde el resultado final de cada crisis incluye el desarrollo de una virtud o fortaleza particular, aún cuando la cualidad positiva debería ser la que predomine, también se necesita cierto grado de la cualidad negativa. Así, el ciclo vital comprende experiencias y aprendizaje, y al mismo tiempo une las diferentes etapas del desarrollo, que se traducen en fuerza y

debilidad coexistentes en la persona. Las crisis vitales durante el desarrollo sugieren, entonces, una serie de transiciones mediante las cuales la personalidad va a continuar su desarrollo siguiendo dos posibles vías: la del estancamiento o la del progreso, dependiendo de cómo la persona resuelva sus conflictos potenciales en cada etapa.

A continuación se presenta una breve descripción de las ocho etapas correspondientes al desarrollo psicosocial de la personalidad, tomada de la obra de Erik Erikson (1994) *Identidad, juventud y crisis*.

Infancia (confianza vs desconfianza básica: esperanza)

Va desde el nacimiento hasta los 18 meses de edad. Si el bebé es provisto de consistencia y continuidad por parte de los padres, desarrollará el sentido de que el mundo, especialmente, el mundo social, es un lugar bueno y seguro para crecer y vivir, y que las personas son de fiar. La madre debe presentar, al niño, la seguridad de ser confiable para satisfacer y regular sus necesidades. Los individuos necesitan confiar en el mundo y en los sujetos dentro de él, pero aprender a desconfiar les permite protegerse a sí mismos del peligro; es decir, que la tarea consiste en desarrollar la confianza sin eliminar completamente la capacidad para desconfiar. Si se logra este equilibrio, el niño desarrollará la virtud de esperanza, que hace referencia al hecho de confiar en que cualquier problema contará con una solución posible.

En la patología puede evidenciarse en un defecto de confianza, excesiva credulidad, adicciones, estados psicóticos, estados depresivos, retraimiento, autoengaño, entre otros. La esperanza es el resultado final de esta etapa, por lo que resultaría ser la primera fuerza psicosocial. El logro de identidad que se adquiere es: “soy lo que espero tener y dar”.

Niñez temprana (autonomía vs vergüenza: duda)

Está comprendida entre 18 meses hasta los 3 años de edad. En esta etapa, la tarea primordial es la de alcanzar cierto grado de autonomía o independencia, pero conservando un toque de vergüenza y de duda. Si los padres permiten que el niño explore y manipule su medio, desarrollará un sentido de autonomía o independencia; pero por otra parte, si los padres acuden de inmediato a sustituir las acciones dirigidas a explorar y a ser independiente, el niño pronto se dará por vencido, asumiendo que no puede hacer las cosas por sí mismo y dudar de sus habilidades, de sí mismo y sufrir pérdida de autoestima. Si se logra un equilibrio apropiado entre la autonomía y la vergüenza, la virtud que surgirá en esta etapa será la fuerza de voluntad o determinación y el autocontrol. Para lograr autonomía, necesitan suficiente control y guía por parte de los adultos, por ende, demasiada o muy poca ayuda puede volverlos compulsivos, que es

una suerte de premeditación sin vergüenza que más tarde se manifestará en lanzarse a situaciones sin considerar los límites y las consecuencias que puede causar.

Dentro de lo patológico se puede evidenciar en la obsesión, la compulsión a malas palabras, los temores paranoicos, la ira, la duda obsesiva, en esperar siempre hacer lo que desea. El logro de identidad que se adquiere es: "soy lo que puedo desear libremente".

Edad del juego (iniciativa vs culpa: propósito)

Comprendida entre los 3 a 6 años de edad. En esta etapa el niño intenta poner a prueba actividades nuevas sin dejarse abatir por el fracaso ni verse abrumado por la culpa. Es decir, la tarea fundamental es aprender la iniciativa sin una culpa exagerada. La iniciativa sugiere una respuesta positiva ante los retos del mundo, asumiendo responsabilidades, aprendiendo nuevas habilidades y sintiéndose útil. Esta crisis marca una división entre la parte de la personalidad que permanece siendo -niño-, el deseo de probar experiencias nuevas, ensayar nuevos poderes y la parte que se está volviendo -adulto-, que examina, en forma constante, la conveniencia de motivos y acciones. Demasiada iniciativa y muy poca culpa, llevaría a la persona a hacer planes sin tomar en cuenta a quién podría lastimar para lograr su objetivo; por otro lado, una persona inhibida no probará nada nuevo de lo que podría sentirse culpable posteriormente. Por lo que, un buen equilibrio entre la iniciativa y la culpa llevará al niño a la virtud del propósito, que hace referencia a la capacidad para tomar decisiones y al valor de prever y perseguir metas, sin estar inhibidos por la culpa o el miedo al castigo.

Si esta crisis no se resuelve adecuadamente, los niños pueden desarrollarse como adultos que sufren enfermedades psicosomáticas, negación histérica, autorestricción, ideales agresivos, exhibicionismo, intolerancia, ocupados más en impulsos prohibitivos que en disfrutar de la espontaneidad. El logro de identidad que se adquiere es: "soy lo que puedo imaginar que seré".

Edad escolar (industria vs inferioridad: competencia)

Comienza a los 6 años y continúa hasta la pubertad. El niño debe aprender habilidades de la cultura o enfrentarse a sentimientos de incompetencia. La tarea principal es desarrollar una capacidad de laboriosidad al tiempo que se evita un sentimiento excesivo de inferioridad. La crisis por resolver es la capacidad del niño para el trabajo productivo; por lo que, lo ideal sería desarrollar un equilibrio entre la laboriosidad y la inferioridad; es decir, ser principalmente laboriosos pero con cierta inferioridad que mantenga al niño sensiblemente humilde, y que pueda ayudarlo a formar

un concepto positivo de sí mismo. La virtud que se logra alcanzar, con la exitosa solución de esta crisis, es la competencia y la habilidad, una visión del yo como capaz de dominar y dar culminación a las tareas.

Dentro de la patología puede presentarse en sentimientos de minusvalía, imbecilidad del oficio (potencial esclavo del trabajo). El logro de identidad que se adquiere es: “soy lo que puedo aprender para realizar un trabajo”.

Adolescencia (identidad vs confusión de identidad: fidelidad)

Se extiende desde la pubertad hasta la temprana edad adulta. En esta etapa el adolescente debe determinar su propio sentido del yo, ¿quién soy?, o experimentar confusión de roles. La tarea primordial es lograr la identidad yoica, el yo organiza las habilidades, las necesidades y los deseos de la persona y ayuda a adaptarlos a las demandas de la sociedad y evitar la confusión de roles. El peligro principal de esta etapa es una confusión de identidad o confusión de roles. Si se logra culminar con éxito esta etapa, la virtud que surge es la fidelidad, la cual implica tener un sentido de pertenencia a un grupo e identificarse con un conjunto de valores y de ideologías. La fidelidad se establece cuando la persona ha hallado un lugar que le permita contribuir a su estabilidad y desarrollo de acuerdo con los estándares de la sociedad a pesar de sus inconsistencias.

En la patología se pueden encontrar estados fronterizos, psicóticos delincuentes, confusión de roles y confusión sexual. El logro de identidad que se adquiere es. “no soy lo que debería ser, no soy lo que seré, pero no soy lo que fui”.

Juventud (intimidad vs aislamiento: amor)

Comprende la adultez temprana. La tarea principal es lograr un cierto grado de intimidad, actitud opuesta a mantenerse en aislamiento. La persona busca comprometerse con otras; si fracasa puede sufrir un sentimiento de aislamiento y ensimismamiento, es decir, la incapacidad para aventurar la propia identidad compartiendo una intimidad auténtica. La intimidad supone la posibilidad de estar cerca de otros, como amantes o como amigos sin que esto suponga una fusión total con la sociedad.

El joven adulto puede comprometerse en afiliaciones y sociedades aún cuando éstas exijan considerables compromisos. Si se atraviesa con éxito esta etapa, la virtud o fuerza que surge es el amor y se refiere a esa habilidad de la persona para alejar las diferencias y los antagonismos.

En la patología, se desarrollan las relaciones competitivas y combativas, y se abre paso al no fortalecimiento de la intimidad. El logro de identidad que se adquiere es: “nosotros somos lo que amamos”.

Adulthood (generativity vs stagnation: care)

Comprende la edad adulta media. La tarea fundamental aquí es lograr un equilibrio apropiado entre la generatividad y el estancamiento. La productividad o generatividad es una extensión del amor hacia el futuro y tiene que ver con la preocupación por consolidar y guiar a la siguiente generación, o de lo contrario siente empobrecimiento personal. El hombre adulto necesita ser necesitado y la madurez es guiada por aquello a lo que hay que cuidar sin esperar a cambio reciprocidad. De esta crisis surge la virtud del cuidado, siendo ésta una fuerza necesaria para cuidar y atender a los demás, puesto que ha sido generado por el amor y debe superar la preocupación por uno mismo. El estancamiento, por otro lado, es la “auto-absorción”; cuidar de nadie. La persona estancada deja de ser un miembro productivo de la sociedad.

Si se fracasa en la resolución de esta crisis, sobreviene una sensación de estancamiento y de empobrecimiento personal, fracaso generativo. El logro de identidad adquirido es: “soy aquello que he realizado”.

Old age (integrity vs despair: wisdom)

Engloba la adultez tardía. La tarea primordial es lograr una integridad con un mínimo de desesperanza. El adulto mayor logra un sentido de aceptación de su propia vida, lo que le permite aceptar su muerte, de lo contrario, cae en la desesperanza por su incapacidad de revivir su vida. La integridad significa llegar al término de la vida siendo capaz de mirar atrás y aceptar el curso de los eventos pasados y las decisiones tomadas. Además, implica una integración emocional del pasado, confrontando al presente, o en algunos casos, renunciando al presente. La falta o pérdida de esta integración se manifiesta en un temor a la muerte, por tanto, no se la acepta como destino. Junto a las enfermedades, aparecen las preocupaciones relativas a la muerte. Los amigos mueren; los familiares también, y al enfrentarse a estas situaciones, el adulto mayor comienza a sentirse desesperanzado. Como respuesta a esta desesperanza, algunos mayores comienzan a mostrar preocupación respecto al pasado, a sus fallos y a esas malas decisiones que tomaron, lo que les lleva a lamentarse por no poder revertirlas. Por otro lado, la desesperación indica que el tiempo que le queda es demasiado corto y breve para seguir otros caminos hacia la integridad, por ello tratan de modificar y alterar sus memorias, recuerdos y relatos. Muchas personas ancianas se muestran amargadas y en

constante oposición a cualquier planteamiento porque tratan de ocultar la desesperanza, que dentro de la patología, puede derivar en depresión senil, hipocondría, odio paranoico, repugnancia y desesperación.

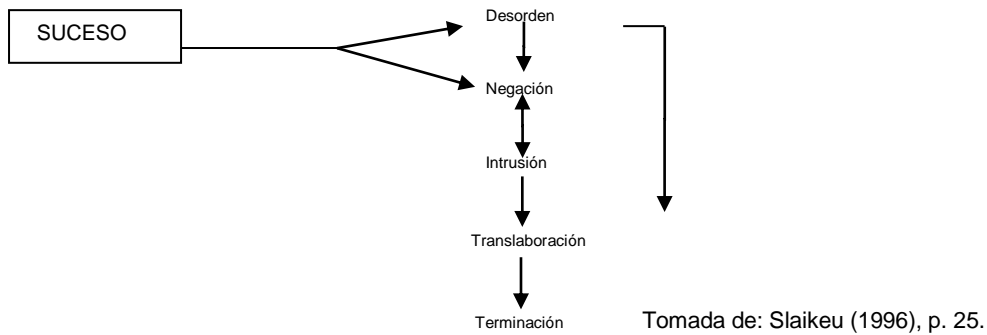
El adulto mayor buscará la trascendencia por medio de una permanente preocupación y compromiso con la conservación del mundo, aumentando así la probabilidad de que las siguientes generaciones puedan hacer frente a estas preguntas últimas de su vida. Así, la virtud que se genera en esta etapa es la sabiduría, que implica una preocupación por la vida ante la muerte. En este sentido, una persona sabia es aquella que afronta la muerte sin miedo, y el logro alcanzado en esta etapa será considerado como un regalo para su descendencia, ya que, ésta no temerá a la vida si sus mayores tienen la suficiente integridad para no temer a la muerte. El logro de identidad que se adquiere es: "soy lo que sobrevive de mí".

Frente a este proceso de transición en el que se encuentra el adulto mayor, en especial el de tratar de asimilar la presencia y la cercanía de la muerte para poner fin a un ciclo vital, deben poder manejar lo inimaginable frente a un diagnóstico oncológico terminal. Se torna especial el trabajo con este tipo de personas, ya que no únicamente tienen que enfrentarse a su proceso de senectud, además, tienen que enfrentar a su enfermedad; por lo que generalmente encontraremos ancianos que al tratar de retardar y ocultar el envejecimiento, demuestran que no están preparados para envejecer y mucho menos para morir y supone un factor potencial para la crisis. El conocimiento acumulado sobre la vida y la manera cómo se ha soportado tanto el dolor físico como el psicológico no evita el enfrentamiento con lo que no se es y no se llegará a ser.

1.1.3 Fases de la crisis

Slaikeu (1996) describe el modelo, desarrollado por M.J. Horowitz (1976), que va desde el inicio de un evento crítico hasta su resolución. En este modelo se detalla ampliamente las diferentes fases o etapas presentes, generalmente, en situaciones de crisis. El modelo es el siguiente:

GRÁFICO Nro. 1: FASES DE LA CRISIS



Para empezar debemos reconocer que un suceso crítico dispara un incremento en la tensión que activa diferentes acciones, reacciones y respuestas para enfrentar un suceso amenazador. No obstante, la primera reacción desencadenada es el desorden, y éste a su vez conduce a dos situaciones iniciales: a una negación, que en ese momento ayuda a aliviar el impacto, o a una intrusión, entendido como una invasión de ideas dolorosas debido a los sentimientos generados por el suceso de crisis, y que puede ser expresado como “no puedo continuar”. Los sujetos pueden pasar directamente a la etapa de intrusión, omitiendo a la negación, o bien fluctuar entre ambas etapas.

Seguidamente, se manifiesta la translaboración que aborda y trabaja los sentimientos, los pensamientos y las experiencias del suceso, mediante su identificación y su adecuada expresión. Algunos podrán hacerlo sin ayuda terapéutica mientras que otros requerirán de ayuda externa.

La terminación es la etapa final y le permite al sujeto aceptar la crisis, incorporarla y reconocerla como parte de su vida y de su historia. Entonces, la resolución de una crisis está encaminada en la aceptación y el reconocimiento de la misma. En esta etapa, la reorganización de todos los procesos y conductas comienza o termina, pues la desorganización ha concluido; es decir, comienza un proceso de adaptación a la nueva situación actual.

En el paciente oncológico iniciaría el proceso de aceptación, primeramente, en el reconocimiento de que es una persona pero con una enfermedad oncológica en etapa terminal, y no desvalorizándose ni actuando como un personaje moribundo totalmente desesperanzado, desahuciado e inutilizado por parte de los otros que le rodean. No obstante, se trata de poder llegar a una adecuada adaptación de la actual situación de vida con un cambio radical en sus actitudes, en sus pensamientos, en sus percepciones y en sus emociones.

1.1.4 Duración de la crisis

Antes de abordar este punto es importante y necesario reconocer que cada persona cuenta con recursos personales –diversos- y que la percepción y el enfrentamiento de una crisis tendrán acepciones personales, razón por la que no se debe generalizar, en límite de tiempo, la duración de una situación de crisis. No obstante, cabe recalcar que la presencia de una enfermedad tan abrumante como es el cáncer, resulta totalmente perturbadora para el paciente y para las personas cercanas a él. Sin embargo, se puede hacer una diferenciación entre la precipitación, el enfrentamiento de la crisis y la resolución. Hay límites de duración en una crisis, este límite de tiempo va a depender de la gravedad e intensidad con la que se hizo presente; por ejemplo, la duración de una situación de crisis producto de un asalto, será diferente a la de una persona que es diagnosticada como paciente oncológico terminal, es decir, dependerá directamente al tipo de acontecimiento experimentado.

Slaikeu (1996) recomienda tener en cuenta la gran diferencia existente entre la duración del restablecimiento del equilibrio en un suceso de crisis y el límite de tiempo que tomará su resolución; puesto que, dentro del proceso de restablecimiento se identifica la reducción de conductas peligrosas y una disminución en la intensidad de las emociones desadaptativas. Mientras que, la resolución de la crisis implicaría procesos mucho más complejos que serán analizados más adelante, hasta llegar a la integración y aceptación del suceso.

La crisis per se no es la que se encuentra limitada en el tiempo, sino la desorganización e inestabilidad generada por una crisis que el sujeto la siente intolerable dentro de un espacio de tiempo muy prolongado; en palabras de Karl A. Slaikeu, “los seres humanos no toleran niveles altos de desorganización por periodos largos” (Slaikeu, 1996, p. 23). Tras estos periodos transitorios de desorganización, el psiquismo comienza una búsqueda de mayor estabilidad a fin de disminuir daños potenciales en la salud mental.

Al seguir este intento “desesperado” por recuperar un estado de equilibrio y llegar a la resolución de la crisis, el sujeto puede inclinarse a buscar métodos y estrategias que no necesariamente sean constructivas, por el contrario, puede llegar a una restauración pero con una resolución disfuncional con daños y deterioros mayores donde, como se dice popularmente, la cura resulte peor que la enfermedad. En el cáncer se puede evidenciar que el paciente, en un intento por tratar de asimilar y aceptar su enfermedad, se vale de diversas estrategias, una de ellas es buscar diferentes opiniones ya sean médicas, espirituales o incluso hasta mágicas, con el fin de poder aliviar el impacto y el

sufrimiento que está experimentando. En el cáncer, una crisis viene precedida por otra debido a la aversión del tratamiento, a la enfermedad misma, a la pérdida de varias funciones, al cambio en la imagen corporal y en las actividades habituales, que suponen elaborar mini duelos y tratar de manejar estos cambios de la mejor manera posible. Pese a hablar de una misma enfermedad, son los pacientes quienes marcan la diferencia dentro de ella, ya sea por el modo en que lo enfrentan o por el modo en el que tratan de resolver las complicaciones que surgen día a día.

1.1.5 Variables que influyen en la resolución de una situación de crisis

Muchos son los factores que influyen en la resolución de una crisis, sin embargo, dentro de una crisis advenida por un diagnóstico oncológico terminal, se han considerado los siguientes puntos:

1. Comunicación del diagnóstico
2. Información al paciente
3. Familia como sistema de apoyo
4. Modo de enfrentamiento

Comunicación del diagnóstico: Hay que tener en cuenta que la comunicación es una herramienta básica y fundamental, especialmente, dentro del trabajo de todo profesional de la salud porque puede ayudarnos en el proceso de intervención y en el afrontamiento funcional de la crisis. Simplemente, no podemos dejar de comunicarnos en cada momento y más aún la no comunicación entre el terapeuta y el paciente con diagnóstico terminal es imposible e impensable; la cercanía nos exige comunicarnos. Para Enrique Parada Torres, “la comunicación tiene un componente de contenido y un componente de relación” (Parada, 2008, p. 144), es decir, que al intercomunicarnos no solo intercambiamos información, componente de contenido, además, se establece una relación de contexto entre emisor y receptor, ya que nos centramos en quién es el emisor y el receptor, en la forma en que se comunica, en el lugar y en los roles que cada interviniente asume, componente de relación. Así pues, muchas de las veces se torna más importante el componente de relación que la misma información.

Dentro de un cuadro médico con diagnóstico terminal, es necesario tener presente que no existe una única realidad por lo que es importante escuchar las interpretaciones y distintas valoraciones que tiene el paciente de su situación, debido a que casi siempre es distinta a las que hace el terapeuta. Conviene recordar que en todo proceso de comunicación, el contenido de lo que deseamos informar sufre varias transformaciones

puesto que lo que queremos decir no siempre se dice y lo que creemos escuchar no siempre se entiende. Por ende, “el mensaje enviado no es, necesariamente, el mensaje recibido” (Parada, 2008, p. 151). Así, conocer de qué manera ha sido informado el paciente y qué le fue comunicado es importante en el proceso de afrontamiento del diagnóstico terminal.

La comunicación de un diagnóstico terminal es considerada como una mala noticia puesto que altera las expectativas de futuro del paciente. Muchas veces, dentro de la práctica profesional, se ha observado a pacientes que se encuentran totalmente impotentes, incapacitados emocional y psicológicamente como consecuencia de una mala comunicación de su diagnóstico. La manera en que fue entregada, recibida y elaborada la información, en ese momento de crisis, es crucial para desencadenar potenciales de riesgo.

Al comunicar una mala noticia, las respuestas generadas son emociones derivadas de la negación, la incredulidad, y el rechazo, y de este modo pueden presentarse bloqueo psicológico, somatizaciones, labilidad emocional, profundos sentimientos de aislamiento y soledad, sensación de vacío, pérdida de control, irritabilidad, agitación, etc.

Por otra parte hay que tener en cuenta que la comunicación con personas mayores difiere de la comunicación con otro tipo de población. Al comunicarnos con un adulto mayor, podemos encontrar que muchas veces nos proporcionan relatos poco claros y confusos, ya que son especialmente vulnerables durante e inmediatamente después de un evento crítico. Al presentar dificultades en la comunicación, déficit de atención y merma de memoria, hace que aumente la ansiedad o la confusión que puede llevar a una actitud poco colaboradora con el terapeuta. La comunicación se torna compleja pero no imposible, solo se necesita de ciertas habilidades y de eliminar y reformular estereotipos. Así, la información debe ser continuada y, en muchos casos, es preciso repetir varias veces los mismos contenidos, no extendernos con explicaciones largas y cansonas sino utilizar una comunicación sencilla pero clara y concisa.

Información: En cuanto a la información como factor que influye en la resolución de una crisis, hay que saber reconocer qué y cuánto quiere saber el paciente, es decir, se trata de definir hasta qué punto el paciente quiere saber sobre su situación. En un primer contacto con su enfermedad, es aconsejable que no se le “bombardee” con información, muchas veces innecesaria, ya que en ocasiones existe cierta discordancia entre lo que se quiere decir y aquello que el paciente y su familiar quiere o necesita saber en ese momento. Se informará de acuerdo a lo que pueda elaborar y recibir en ese momento.

Además, hay que tener en cuenta que la desinformación también es su derecho, siempre y cuando el paciente lo requiera. Sin embargo, no se debe inducir al paciente a preferir la desinformación, debido a nuestros propios miedos a dar malas noticias.

Existe una enorme variabilidad en la forma en que las personas quieren recibir información, ésta irá en función de sus recursos internos y externos, de su cultura, de su religión o nivel socioeconómico. De esta manera, se debe identificar lo que es prioritario desde la óptica del paciente e ir otorgándole la información adecuada de acuerdo a la satisfacción de sus demandas. Esto no quiere decir que deriven en falta de información y comunicación ya que este extremo conduce a un sufrimiento innecesario. Es importante recordar que aunque la comunicación de una mala noticia puede ser dolorosa, la incomunicación lo es mucho más. La información, habitualmente, facilita la adaptación, la percepción de control, disminuye la incertidumbre y posibilita la planificación de sus últimas actividades: dejar las cosas en orden y tener la posibilidad de despedirse de sus familiares y amigos.

De esta manera, la información debe ser otorgada al paciente cuando éste la necesite en un momento puntual, comunicándole gradualmente la información negativa, ya que sus necesidades cambian a lo largo del proceso. Por lo tanto, dentro de la información de su enfermedad, se debe seguir el ritmo propio del paciente. No se trata solo de informarle sobre el diagnóstico y pronóstico de una determinada enfermedad, sino de descubrir los valores y preferencias del paciente, de incorporarle a la toma de decisiones y permitirle prepararse para la muerte.

Familia como sistema de apoyo: Es sabido que la crisis que pueda experimentar un sujeto, puede tener repercusiones en su familia, de igual manera el efecto y el apoyo de la familia en la resolución de una crisis tendrá repercusiones sobre el sujeto. La familia es el principal proveedor de apoyo, y este apoyo interpersonal en la red familiar, proporciona la ayuda necesaria para manejar de manera adecuada distintas emociones y sentimientos, y controlar la manifestación de impulsos frente a un evento crítico.

Modo de enfrentamiento: El tipo de enfrentamiento y su posterior solución de la crisis tendrá implicaciones en el funcionamiento futuro del sujeto. Las personas poseen distintas habilidades de afrontamiento como producto de una interrelación continua entre la persona y el ambiente. Cuando surge una crisis, el sujeto trata de enfrentarla con estrategias anteriores y pondrá en juego todos los recursos a su disposición para superar su estado de crisis. Sin embargo, cada crisis supone diferentes elementos y contenidos e impactan de diversas formas; por lo que, el intento de resolución basada en antiguas estrategias, resulta ineficiente; condición que acrecienta y agrava, más aún, el potencial

peligroso y destructivo de una crisis. Así, experimentará sentimientos de inutilidad e incapacidad en su intento por sobrellevar la crisis y puede, incluso, caer en una dependencia total de terceros, convirtiéndose en un sujeto totalmente desvalido, vulnerable y fácilmente sugestionable.

Dentro de la teorización de la crisis (Lazarus, 1980 citado en Slaikeu, 1996), se trabaja sobre el proceso de enfrentamiento. En el momento que una persona se confronta a un suceso amenazante realiza, eventualmente, una primera y una segunda valoración de la situación; y tanto la primera como la segunda valoración son procesos y estrategias cognoscitivas. La primera valoración tiene lugar antes de que el enfrentamiento se lleve a cabo y determina si el suceso conlleva algún riesgo; de ser así, identifica esos peligros.

Mientras que la valoración secundaria, le concierne al proceso de enfrentamiento como tal, respondiendo al siguiente cuestionamiento ¿qué puedo hacer frente a este suceso? Basado en este segundo tipo de valoración, el autor desarrolla un método de enfrentamiento a un suceso crítico, en el cual se puede observar cómo el enfrentamiento es determinado en dos actividades o aspectos importantes.

1. *Cambio de situación-solución del problema:* Refiere al cambio que ha de producirse en la situación crítica a través de los siguientes puntos: la exploración e identificación de riesgos y amenazas reales e imaginarias, el proceso de ayuda que el paciente solicita y recibe, la desfragmentación de un conflicto en partes que le sean manejables a la persona, y finalmente, el cambio tendrá lugar mediante la confianza en sí mismo y en la persona que esté brindándole ayuda, así como en su propia capacidad para resolver el problema.

2. *Manejo de los componentes subjetivos del problema:* Esto refiere al manejo de sentimientos y emociones tanto positivas como negativas (adaptativas como desadaptativas); además, de poder tolerar la frustración, es decir, poder mantener el control mientras se enfrenta con la tendencia a la desorganización. Asimismo, hace referencia a los propios esfuerzos para superar el hecho crítico.

No obstante, esta segunda actividad o aspecto del enfrentamiento implica poder manejar los componentes subjetivos –sentimientos, pensamientos, bienestar físico, conducta– relacionados con la situación de crisis.

De esta manera, se puede apreciar que un estado de crisis se caracteriza, también, por un trastorno en varios procesos subjetivos, donde su resolución racional-adeuada se torna difícil y hasta algunas veces imposible; porque a la persona en crisis se le dificulta el manejo de los aspectos subjetivos de la situación. Razón por la cual, se

debe considerar imprescindible un trabajo de Intervención en crisis por parte del terapeuta.

1.2 El adulto mayor

El adulto mayor es la persona que ha llegado a una etapa del desarrollo vital desde los 55 años en adelante, sin embargo, hoy en día los estudios acerca del proceso de envejecimiento han hecho una categorización de dos tipos: “El adulto mayor joven (55 a 75 años), aquel que sin importar la edad cronológica es vital, vigoroso y activo. Los adultos mayores ancianos (75 años en adelante) pueden volverse más delicados o experimentar cambios de salud y psicológicos.” (Papalia, D., Sterns, H., Feldman, R., Camp, C., 2009, p. 10). Esta diferenciación es de gran valor, pues no es importante tomar en cuenta, exclusivamente, la edad cronológica de una persona para determinar las características de la edad, sino considerar las particularidades de cada sujeto.

1.2.1 Cambios biológicos, cognitivos, psicológicos y su significado en el adulto mayor

El trabajo con el adulto mayor nos remite a considerar los cambios propios de esta edad: las características biológicas, el desarrollo cognitivo, los procesos psicológicos y emocionales que influyen en la manera en cómo la persona entabla relación con su entorno. A continuación, se expondrá detalladamente los inconvenientes que pueden encontrarse en el tratamiento del paciente:

Cambios biológicos: La mayoría de personas de este grupo social tienen condiciones de salud estables por lo que pueden realizar actividades con normalidad, pero se debe tomar en cuenta que las habilidades físicas empiezan a declinar. Se puede notar estos cambios a nivel de las funciones biológicas imprescindibles como la visión, la audición, las destrezas manuales, la movilidad y en general en el funcionamiento del organismo. Esta etapa está marcada por el padecimiento de diversidad de enfermedades, que en muchos de los casos se desarrollan de manera acelerada y surgen complicaciones que dificultan el tratamiento de las mismas.

Cambios cognitivos: La mayoría de adultos mayores se mantienen mentalmente alerta, pese al deterioro de sus capacidades intelectuales o de retención de información que varía mucho dependiendo del tipo de actividades que la persona realice para buscar

una compensación. Por lo mismo, están en uso casi total de sus capacidades superiores para ponerlas al servicio de actividades productivas.

Cambios psicológicos: En este estadio las personas empiezan a experimentar sentimientos de pérdida y un contacto cercano con la muerte, más cuando las afecciones médicas tienen pronóstico grave; son cambios que quieran o no deberán enfrentar en algún momento. Las relaciones con la familia y la comunidad son de significativo interés, pues marcarán la pauta para la resolución de conflictos que se presenten, especialmente acerca del sentido de vida que buscan en esta etapa desde que se ha producido una disminución o cese definitivo de las actividades laborales.

Cabe resaltar que la persona no solamente se desenvuelve en la esfera temporal, que ya se ha explicado, sino que además está incluida en un contexto social y cultural que debe ser comprendido para notar cuales son las condiciones que debemos considerar para su tratamiento. Es importante clarificar el concepto que se tiene sobre el adulto mayor, pues todavía se conservan rezagos de concepciones anteriormente ligadas a la denominación de ancianos. El término anciano, tiene una relación con la vejación de la que pueden ser objeto las personas de este grupo etéreo, puesto que, es susceptible de asociarlos con ideas de inutilidad o improductividad, enfermedades, y por tanto, han pasado a ocupar uno de los grupos menos atendidos de la sociedad. No obstante, como refiere Papalia (2009), el adulto mayor puede ser una persona que pese a tener funciones disminuidas está en plena capacidad de desempeñar actividades básicas de independencia y ser un miembro con aportes significativos para la comunidad.

El contexto social, en relación a esta investigación, plantea la necesidad de dar una orientación distinta al abordaje que se realiza con el adulto mayor, es decir, reconocer los problemas propios de este período pero a la vez resaltar la dignidad con la cual debe tratarse el tema. Teniendo en cuenta que son adultos mayores, con una enfermedad de pronóstico terminal y que están asilados en un espacio hospitalario, merecen una consideración más amplia para lograr una sensibilización sobre la vulnerabilidad múltiple en que se encuentran. No obstante, esto debe ser enfocado de manera que no se le siga presentando como una persona “moribunda”, más bien debe abrirse una perspectiva que permita conocer al sujeto, que es a la vez, un adulto mayor. Ante todo este es el primer reconocimiento a lograr: darle el lugar de sujeto que posee una palabra, pese a su situación crítica y precaria de vida.

Las personas son sujetos en relación con los demás, por lo mismo los demás pueden otorgarles significantes que les identifican como tales. La posibilidad de que los adultos mayores -pacientes terminales- sufran una etiquetación, presenta un escenario

en el que pasan a constituir un gran peso para la comunidad, y a la vez se los anula totalmente.

Estos pacientes aún están en la capacidad de generar expectativas sobre la manera en que desean vivir –dignamente-, sin embargo, la sociedad los ha estigmatizado y se ha limitado a proporcionarles –exclusivamente- cuidados de tipo médico, que no necesariamente cubren las necesidades de autorrealización que tienen como seres humanos. De alguna manera, se les orilla a creer firmemente que no tienen otra opción que morir, lo cual deviene en una inminente situación de crisis que es la que se debe trabajar a profundidad.

1.3 La Intervención en Crisis

1.3.1 Definición

La Intervención en Crisis trata de estabilizar al sujeto ante los sucesos precipitantes que han desembocado en un momento crítico, tomando en cuenta que "...la intervención apropiada no solo previene el derrumbe, sino que además mejora el funcionamiento de la persona en otros campos de la vida que serían inaccesibles para la modificación por medios distintos." (Small, 1997, p. 76). Esencialmente, se trata de una manera de salvamento de la integridad del individuo porque se atiende a las personas en crisis tan pronto como se puede; en este caso, los pacientes terminales que han debido enfrentar una situación traumática que ha marcado una desestructuración psíquica eventual en un sistema previamente estable. La intervención debe darse de forma consecuente con la comunicación del diagnóstico médico.

Es un trabajo destinado a la exploración de la situación actual del adulto mayor, en la cual se hará la identificación del suceso precipitante y las situaciones concomitantes con el mismo, de tal forma que la persona pueda llegar a la comprensión de lo que está pasando y tratar de superar el problema. Se debe limitar el espectro de consecuencias negativas que puede acarrear dicha situación, no sólo al afectado sino a su contexto social, ya que, las alteraciones que se presentan en los individuos deterioran su interacción con el medio en el que se desenvuelve y cuando dichas alteraciones se vuelven crónicas pueden poner en riesgo su supervivencia.

Por tanto, este tipo de trabajo permitirá esclarecer y recoger información de suma importancia para el proceso, de manera tal que se favorecerá el avance del tratamiento, que el terapeuta ha emprendido con el paciente que está atravesando un momento de difícil aceptación. Será importante que sea éste un espacio propicio para descargar

dudas y preocupaciones para disponer de mucha más energía psíquica que se pueda re direccionar hacia la resolución de la problemática latente.

1.3.2 Modelo de Intervención en Crisis

Para hablar de la Intervención en Crisis es importante definir el tiempo que tenemos para hacerlo, pues si bien la intención última es permitir que el paciente pueda asimilar el contacto con la enfermedad, en cada uno de los casos variará el tiempo destinado para el trabajo, ya que, en algunos casos el desarrollo de la enfermedad toma varios meses pero en casos más avanzados sólo se dispondrá de apenas semanas o inclusive de contados días para el efecto.

Por eso es necesario distinguir qué tipo de Intervención se puede ofrecer al paciente, para lo cual se ha decidido incluir básicamente dos clasificaciones de este tipo de trabajo que son adecuadas para el trabajo a realizar. El modelo que presenta Karl Slaikeu (1996) en su obra "Intervención en Crisis" maneja una división por instancias, tanto de primera instancia para el primer contacto de una persona en crisis, como la de segunda instancia que va pautaada por los elementos que necesitan un soporte por la intensidad que le producen a la persona.

Primera Instancia o Primeros Auxilios Psicológicos

Su duración puede ir de minutos o inclusive horas después de la comunicación de la situación que precipitó la crisis, en el caso específico de los pacientes paliativos, el momento en que se dan cuenta del panorama que están viviendo, ya sea por la enfermedad o por la estadía en la clínica. En ambos casos se suscita el hecho disruptivo, que deja al enfermo indefenso y le anuncia que a partir de ese momento debe adoptar una actitud que le permita afrontar el cáncer.

Puede ser proporcionado por cualquier persona que esté capacitada para asumir dicha función, y que esté presente en el momento que se suscita el particular; por lo tanto, es necesario que dentro de los equipos interdisciplinarios se cuente con personal que sepa solventar las necesidades de este tipo, pues el fin último es que la persona esté sostenida por la estructura hospitalaria, no sólo a nivel físico también a nivel psicológico.

El objetivo primario del asistente "es auxiliar a la persona a dar pasos concretos hacia el enfrentamiento de la crisis, lo cual incluye el control de los sentimientos o los componentes subjetivos de la situación y comenzar el proceso de solución del problema"

(Slaikeu, 1996, p. 114). Continuando con la explicación que provee el autor, este objetivo se sostiene mediante el trabajo sobre tres ejes principales:

1. *Proporcionar apoyo*, es esencial porque el paciente en crisis tiende a experimentar sentimientos de soledad que es necesario que puedan ser sostenidos por alguien, en un espacio que permita expresar todo aquello que le incomoda y asusta de la situación.
2. *Reducir la mortalidad*, en función de prevención y salvaguardia de la vida de la persona, puesto que, suelen ser propensos a incurrir en conductas que atentan contra su integridad física, como por ejemplo dejar de alimentarse o intentar escapar de las instalaciones de la clínica.
3. *Permitir un enlace con las fuentes de asistencia*, para que la persona pueda pasar de detener el avance de la crisis a un real trabajo, mediado por un profesional capacitado, para elaborar el conflicto intrapsíquico que le ha producido la situación y realmente poder, por sí mismo, proponer un plan de acción concreto para solucionarlo. En la presente investigación, adaptarse a la nueva situación de estar internado y afrontar la posibilidad de la muerte.

Para trabajar en la consecución de estos propósitos será necesario que el proceso de Intervención en Crisis de Primera Instancia o Primeros Auxilios Psicológicos, cuente con un modelo de cinco componentes que cubren las necesidades inmediatas de la persona que se encuentra en una situación de crisis, los cuales se detallan a continuación:

Realizar un contacto psicológico,
Analizar las dimensiones del problema,
Sondear las posibles soluciones,
Asistir en la ejecución de pasos concretos,
Y seguimientos para verificar el progreso. (Slaikeu, 1996, p. 115)

Realizar un contacto psicológico: Es poder ofrecer al paciente un espacio para hablar acerca de lo que le sucede y poder disipar la confusión por la cual está atravesando. En muchas ocasiones surge a raíz del diagnóstico médico o en los momentos de lucidez total, en que toman conciencia de la gravedad del estado de salud y la necesidad de estar en la unidad de cuidados. De manera que le permita al enfermo legitimar el sufrimiento que está experimentando. Durante el primer contacto, es necesario que el asistente esté capacitado en el manejo de crisis, es decir: se muestre empático y receptivo al discurso de la persona, y adicionalmente, sepa reconocer los elementos que se presenten en la comunicación, tanto a nivel verbal como no verbal que manifiesta el paciente. Muchas ocasiones el contacto tiende a ser bastante distante por

parte de quien asiste, y en lugar de dar un apoyo efectivo –que varía según el paciente– se interponen un sinnúmero de términos médicos que el doliente no está en la posibilidad de asimilar.

Analizar las dimensiones del problema: Será importante que luego de establecer un lazo de comunicación se pueda indagar cuáles fueron las circunstancias que desencadenaron la crisis; investigar cuáles son las dudas que tiene la persona al respecto de lo que está ocurriendo y dar una respuesta concreta de lo que sucede, levantar información de situaciones en las que se ha encontrado en el pasado y cómo las ha solucionado para reconocer cuáles son las herramientas personales que dispone el paciente para ubicarse frente al problema. Luego de este análisis es vital que se direcciona a la persona hacia la toma de soluciones inmediatas, en orden de importancia para afrontar la eventualidad que se ha presentado. En ningún caso el enfermo podrá desligarse del cáncer y sus efectos, es importante que pueda entenderlo para poder ajustarse a los nuevos cuidados que recibirá y a enfrentarse a los cambios. Es imprescindible que se señale todo tipo de recursos que posee, los vínculos afectivos que dispone serán significativos para el afrontamiento de la evolución del cáncer. Se debe tratar de encauzarla de la manera más beneficiosa posible.

Sondear las posibles soluciones: Después de hacer un análisis de las posibilidades que tiene el paciente, se debe distinguir cuáles de ellas realmente le son útiles para adaptarse a su eventualidad. Esta orientación es para evitar que la persona pueda optar por propuestas que le resulten de más fácil consecución sin lograr que tome parte activa en el proceso; pues aún cuando la enfermedad que tienen que sobrellevar es desgastante deben de hacerlo con la mejor actitud para aceptar tanto el hecho de la hospitalización como el de la muerte misma. Se debe hacer una revisión detenida, de cada una de las opciones que el paciente tiene para responder ante una situación específica, y ayudarlo a tomar decisiones acerca de cómo llevar a cabo cada uno de sus objetivos. Es importante plantear los diferentes escenarios a los que lleva cada acción, evitando en todo momento que esto acentúe el sufrimiento, así podrá decidir de una manera más objetiva sobre su futuro inmediato.

Asistir en la ejecución de pasos concretos: En este punto será necesario emprender de manera directiva las acciones concretas que suceden a la crisis, a fin de mantener la integridad del paciente, pues si no se lo hace de esta forma la persona posiblemente no esté en capacidad de asumir esta responsabilidad por sí sola. Al referirnos al adulto mayor, necesitará un soporte especial para llevar a cabo sus

decisiones. La confusión que les afecta llega inclusive a desgastar sus procesos cognitivos que se han visto disminuidos por las características propias de esta etapa del desarrollo. Aunque muchas de las decisiones pueden estar relacionados a sus familiares más cercanos, debe prevalecer el criterio del paciente –siempre y cuando resguarde su integridad física y psicológica- porque, finalmente, es quien está en mayor situación de vulnerabilidad y requiere de un ambiente de confort psicológico que facilite la asimilación de los cambios que se van a producir.

Seguimientos para verificar el proceso: Es necesario incluir en este apartado la necesidad de un seguimiento de esta Intervención para saber si fue eficaz o ver los puntos en los cuales hubo dificultades. De ser así, actuar con prontitud para lograr el bienestar del paciente. El seguimiento dará una idea del trabajo en una segunda instancia, y qué pacientes están en condiciones de recibirla, pues no todos lo están.

Segunda Instancia o Terapia de Crisis

La terapia para crisis resurge donde los primeros auxilios psicológicos cesan al asistir al paciente en el proceso de reconstruir una vida quebrantada por un incidente externo... Se define como translaborar el incidente de crisis de modo que éste se integre de manera funcional en la trama de la vida, para dejar al paciente abierto, antes que cerrado, para encarar el futuro. (Slaikeu, 1996, p. 153)

Partiendo de este enunciado hay que tomar en consideración que si esta instancia empieza donde terminan los primeros auxilios psicológicos, éstos han de ser tomados en cuenta como un análisis previo para el trabajo, y por ende, será una línea consecutiva en la cual se seguirán trabajando algunos aspectos que seguramente ya se han abordado, pero en esta ocasión requerirán una mayor profundidad. El método que permite introducirnos en esta instancia de la Intervención en Crisis es la entrevista que se dirige a cada uno de los pacientes de este estudio, y que permitirá establecer el ámbito en el cual trabajará el psicólogo clínico.

Es importante que el trabajo se realice desde una perspectiva multimodal como está diseñado el método CASIC (Conductual, Afectiva, Somática, Interpersonal, Cognoscitiva), pues es relevante la información que se obtiene de cada área de esta prueba, porque el enfermo no sólo se siente afectado por la enfermedad sino además por el entorno que le rodea. Si se considera que el paciente es un individuo con características propias, también se ha de considerar cómo se encuentra siendo influido por el medio ambiente y cuál es su respuesta al mismo.

Conductual

Se refiere a las actividades que constituyen para el paciente su día a día: la dieta, el sueño, la ingesta de medicamentos y el ocio. Desde el momento que ingresa a hospitalización deben cambiar todos los aspectos y ser controlados por el equipo médico que está a cargo; evidentemente marcará el inicio de un nuevo modelo de hábitos.

Afectiva

Es de gran importancia el tipo de emociones que la persona manifieste durante su estancia en el Unidad de Cuidados Paliativos, pues el hecho de permanecer bajo estrictos estándares de monitoreo de la salud, representa una carga emocional que debe ser trabajada para poder dar cuenta de qué sentimientos se suscitan y cómo la persona reacciona frente al problema, esto marcará notablemente su conducta. En gran medida los afectos que están presentes en el paciente oncológico resultan ser desagradables. Este aspecto se tratará con mayor profundidad en el siguiente capítulo.

Somática

Tiene que ver con las sensaciones corporales que experimentan los pacientes con cáncer, más allá de los síntomas propios de la enfermedad, es decir: la experiencia de dolor o malestar físico. Se podrá determinar cuáles son concordantes con la crisis que le atañe y los síntomas propios de la enfermedad pero que presentan un incremento acelerado debido al malestar que experimenta el sujeto. Es necesario controlarlos mediante el apoyo de médicos y especialistas a través del uso de medicinas, pues mientras mejor se conserven los estándares físicos mejor será la calidad de vida del adulto mayor.

Interpersonal

Los lazos afectivos con los cuales el adulto mayor cuenta son esenciales para el enfrentamiento de la crisis. Tener una presencia activa de familiares y amigos es un factor que puede facilitar el proceso de aceptación del diagnóstico de cáncer. Se considera necesario, entonces, hacer una evaluación del tipo y calidad de las relaciones para determinar a cuáles de estos miembros se debe incluir en el trabajo de Intervención en Crisis.

Cognoscitiva

Esta área incluye los pensamientos, asociaciones e imágenes que el paciente tiene tanto de sí mismo como de la enfermedad, la hospitalización y la muerte. Deben analizarse las características comunes que refiere la persona respecto de su posición frente a la crisis; saber cuáles son sus expectativas, temores e incertidumbres. Hay que

reconocer que muchos pensamientos se presentan de manera irracional, posiblemente por la falta de información completa y veraz acerca del pronóstico. Se debe intervenir de manera oportuna en las aseveraciones que cada persona tiene para producir nuevas asociaciones que generan una oportunidad de cambio y de consecuente sensación de bienestar.

Pese al reconocimiento del inmenso valor que tiene un procedimiento estandarizado de este tipo, se debe aceptar las limitaciones que existen tanto de tiempo como de recolección de información por lo extenso que es el cuestionario que se emplea para dicho fin. Los ejes que encuadran este proceso son de gran valor, serán tomados en consideración para la elaboración de una herramienta de evaluación y trabajo que se ajuste a la presente investigación.

Se debe tomar en consideración que al no saber el tiempo que se dispone con el paciente oncológico debido a la complejidad de la enfermedad, se parte de un modelo de psicoterapia breve en la cual se incluyen los aspectos anteriormente descritos, considerando las particularidades que éste supone. Es una terapia focal, dirigida a establecer una vía de comunicación entre el paciente que padece cáncer y el terapeuta y que posibilita la descarga emocional que ha producido la crisis. Debe tener lineamientos claros en los cuáles trabajar de manera que se pueda alcanzar un nivel de resolución de los problemas inminentes.

Al introducirnos en esta dinámica se puede determinar el rol de la terapia como "... la tarea de resolver y corregir los problemas del aquí y ahora... que constituye una reeducación emocional" (Small, 1997, p. 162), porque no solamente se limita a evidenciar el malestar que el conocimiento de su enfermedad ha producido, sino que éste se convierta en un agente movilizador que le provea la posibilidad de hacerse cargo de lo que le sucede y pueda tomar decisiones al respecto. El actuar de la persona no debe estar influido por la premura de una respuesta, sino dirigido a buscar soluciones que le permitan retomar su posición como individuo frente a la enfermedad, manteniendo su integridad. Esta labor de desarrollar un manejo asertivo en el paciente para la toma de decisiones, supone que el paciente se reeduce, es decir, que adquiera una nueva perspectiva y sentido para el cáncer.

CAPÍTULO II

2. IMPACTO PSICOLÓGICO Y EMOCIONAL DEL CÁNCER

2.1 El cáncer

2.1.1 ¿Qué es el cáncer?

El cáncer desde el punto de vista médico es "... una multiplicación acelerada y descontrolada de un grupo de células de una parte del organismo. Las células cancerígenas, al proliferar descontroladamente, forman un tumor que acaba invadiendo y desplazando otros tejidos sanos del cuerpo, llegando a causar la muerte". (Luque, 2007, párr. 1)

Normalmente, las células del cuerpo crecen y se dividen para mantener el normal funcionamiento del organismo. Sin embargo, en muchos casos este proceso de división celular se altera, formando una masa de tejido compuesta por el exceso de células nuevas. Esto es lo que, en Medicina, se llama tumor. Existen dos clases: los tumores benignos y los tumores malignos o cancerosos. No todos los tumores son cancerosos.¹

2.1.2 El cáncer desde el punto de vista psicológico

El cáncer es una enfermedad que conlleva, en la mayoría de casos, la aplicación de tratamientos lacerantes. Aún en nuestros días, sigue siendo considerado como una enfermedad tabú, impronunciable, censurada muchas veces para y por el paciente y sus familiares. Inevitablemente está ligada al abandono, al dolor, al sufrimiento, al miedo, a la mutilación y a la muerte. Es una afección considerada como "aterradora" y, por ende, el contacto con aquellas personas es temido, ya que los pacientes oncológicos en etapa terminal simbolizan la proximidad de la muerte; por ello, se adoptan términos nuevos para nombrar a estas personas como cancerosas, terminales, incurables, moribundas. Estas acepciones, generadas alrededor de esta temible enfermedad aún en la actualidad, constituyen una de las tantas razones por las cuales varias ciencias, como la Medicina y la Psicología, han desarrollado diversas investigaciones en torno a este tema.

¹ Para más información sobre el origen del cáncer, tipos y tratamientos; remítase al ANEXO 1: p. 92.

Al hablar del cáncer, es necesario abordar tanto los factores biológicos como los factores psicológicos, puesto que no actúan de manera aislada sino que se complementan. De esta manera, es evidente la potencial influencia de lo anímico, lo psicológico y lo social sobre lo somático y viceversa. Schavelzon, J., Levine, A., Rísquez, F., Krant, M., De Marsillac, J., Schweisguth, O., Holland, J., Urban, J., Luchina, I., Bleger, L. (1978b) señalan la influencia de los aspectos psicológicos y emocionales en la aparición y desarrollo del cáncer.

El modelo médico tradicional se ha preocupado, únicamente, por darle mayor atención al cáncer, a escucharlo en la sintomatología, y a acallararlo con la farmacología; cuando es el paciente quién necesita que se le preste oídos. Para este modelo, un cuerpo con cáncer es un cuerpo patológico, contrapuesto a la normalidad. Para la Psicología es una persona que precisa de un otro que escuche sus preocupaciones verdaderas, que legitime su dolor y su sufrimiento, ya que para la persona con cáncer terminal la muerte y el sufrimiento son de gran importancia. Tras un diagnóstico oncológico, hay una persona que se siente enferma, también desde un plano psicológico, y que al ser abordado se puede ampliar mucho más la comprensión de fenómenos como el cáncer y las representaciones que se juegan en torno a esta enfermedad; de ahí que el trabajo, como profesionales de la salud mental, debe satisfacer los requerimientos en lo psicológico que va acompañado del cuidado en lo físico (con la ayuda del personal médico); incorporando un modelo biopsicosocial en las teorizaciones y en la práctica de cancerología, donde aparezca el paciente como persona y no como un objeto al cual se le resta existencia, se lo cosifica, y se biologiza sus síntomas, mientras que la enfermedad se destaca dejando de lado al sujeto que la padece.

Se ha decidido hablar de manera separada acerca de los efectos psicológicos y emocionales que aparecen en un paciente oncológico, puesto que, los emocionales poseen la característica de ayudar al paciente en el proceso de adaptación de su enfermedad, y pueden ser identificados, con mayor facilidad, por casi todas las personas y en este caso por el personal asistencial a los cuales se puede proveer una solución emergente dependiendo de la gravedad; a diferencia de otros factores psicológicos que se presentan y persisten en la estructura del paciente y que pueden ser mejor solventados por un profesional de la salud mental directamente.

2.2 Efectos Psicológicos en el paciente oncológico

Como se mostró en el primer capítulo el paciente es un individuo que se encuentra en relación con varios campos de su desarrollo, por lo que es imprescindible saber que cada uno de los factores que están presentes en su desarrollo vital tienen un influjo sobre su vida; es así que, se encuentran estructurando su psique, a través de cogniciones, pensamientos, asociaciones, emociones entre otros. Inicialmente se va a abordar los diferentes procesos que están presentes durante el proceso de elaboración y asimilación del paciente adulto mayor que tiene diagnóstico oncológico. El trabajo de investigación no tiene como finalidad el abordaje de cuadros patológicos (depresión, psicosis) que podrían presentarse en este tipo de pacientes, debido a que en el desarrollo del trabajo no se han encontrado sujetos con características de este tipo.

2.2.1 El sufrimiento desde la subjetividad del paciente

La mayoría de veces al tratar de abordar el tema del cáncer se pone énfasis en dar detalles de las características, índice de muertes, procedimientos, síntomas y tratamientos que hay para atenderlo y se va medrando, como ya se expuso anteriormente, la importancia que tiene el aspecto psicológico de un paciente, pues notablemente existe una correlación entre los beneficios en la calidad de un paciente y el trabajo oportuno.

Hablar acerca de lo que el paciente siente sobre lo que está viviendo es muy importante, porque cada persona experimenta las situaciones de diversas formas, dependiendo de sus recursos personales, su historia propia y las particularidades de su enfermedad; de manera, que se debe abordar la concepción que el paciente ha estructurado para a partir de ese conocimiento demarcar cuál será el ámbito del trabajo terapéutico a realizar.

Hay que recordar que el paciente conoce su diagnóstico y pronóstico, es una persona que jamás estará preparada totalmente para asimilar una enfermedad crítica de este tipo. Es cuando se debe abrir paso a la palabra para que pueda expresar sus dudas, incertidumbres, temores e ideas. Es darle la oportunidad de vivir por sí mismo lo que sólo se le ha explicado o en el peor de los casos lo que se ha ocultado, y que ya está formando parte de su cotidianidad. Es el primer encuentro que puede poseer por sí mismo, sin etiquetaciones de tipo médico a las cuales ha sido sometido, es cuando puede validarse como persona más allá de ser un simple paciente, es ocupar un sitio en el mundo y un sitio frente al diagnóstico. No sólo estará en juego su salud, sino todo el

entorno de situaciones en las cuales se ha desenvuelto hasta el momento, eso incluye su escenario antes y después del suceso, en este caso, el ingreso a una hospitalización que será permanente. Es preguntarle qué cosas pasan por su mente y es darle validez a aquello que le hace sufrir.

Es entender que hay muchas cosas que le desagradan de su “nueva vida”, porque está bajo condiciones tales como permanecer hospitalizado, sometido a un nuevo tipo de alimentación y que es el equipo médico quien se encuentra a su cargo ahora y con los cuales, además, tiene escaso contacto para recibir cuidados que ayuden a disminuir su dolor parcialmente, pero sin posibilidades de recuperación. Aquellas son circunstancias que un paciente oncológico no hubiese imaginado, es sentirse impotente de poder salir de la situación y dejarla atrás, porque sepa o no qué es lo que le acontece, el ver su vida escurrírsele por las manos le causa malestar, y eso es lo que se debe entender y tratar de contener. El malestar es una concepción que sólo puede trabajarse desde la misma persona, puesto que es quien lo está experimentando, y la labor que nos compete como profesionales es ser un agente de paso que posibilite la expresión de eso que está vivenciado y que resulta desestructurante para el psiquismo del paciente, restaurando el flujo de la palabra para que pueda reintegrarse al medio en el que se desenvuelve.

2.2.2 Mecanismos de defensa

Los mecanismos de defensa se dan como respuesta al conflicto intrapsíquico que surge en el sujeto, es decir, los desajustes de la psique del paciente, en la que las tres instancias *yo*, *súper yo* y *ello* se ven afectados. En primer lugar, el *ello* conserva los más profundos deseos del ser, en cuanto se resiste a la muerte como un acontecimiento real, porque ya no da a lugar al cumplimiento de todas las metas que se inscriben en él; por otra parte, el *súper yo* recoge todos los miedos e incertidumbres, abre un espacio para dilucidar todo lo que se supone “debería sentir”, y finalmente se acoge al recurso de mediar con una instancia superior; esto se evidencia en recurrir los pacientes oncológicos a la religión o la espiritualidad. Es así que, se hacen presentes ambos dilemas en el *yo* que trata de conciliar cada uno de los enfoques que se le presentan; entra en un desequilibrio, debido a la contraposición de ambas instancias, lo que a menudo encontramos traducido en una crisis de la persona, porque su estructura psíquica pierde su capacidad de integración de estos elementos. Ahí es donde surgen las *defensas del yo*, como recurso para mantener el *yo*, ajustado a su situación concreta.

Este tema es ampliamente abordado por los *psicólogos del yo* quienes han tenido importantes observaciones al respecto; Hartmann (1969) señala que se conoce a

... los mecanismos de defensa en su aspecto patógeno y sólo ahora hemos llegado gradualmente a entender el papel que desempeñan en el desarrollo normal. Se diría que no podemos apreciar adecuadamente el valor positivo o negativo que tales propuestas tienen para la salud mental, mientras pensemos solamente en los problemas del conflicto mental y dejemos de considerar estos procesos también desde el punto de vista de la adaptación. (p. 24)

En ocasiones, la primera interpretación que se hace de los recursos defensivos es que pueden convertirse en efectos patológicos de la conducta del paciente, pero no necesariamente es la única forma en que actúan –interés al cual va dirigido este trabajo-, ya que, pueden convertirse en procesos adaptativos dependiendo de la utilidad que le dé cada sujeto a su situación. Pueden ser realmente positivos si le permite a la estructura psíquica volver a un equilibrio, a ir reorganizando los elementos que produjeron los conflictos, y resolverlos.

Si se toma en cuenta que hay situaciones que generan ansiedad², como en ciertos tipos de crisis, en este caso una circunstancial -cáncer-, encontramos que, como refiere Hartmann (1969), en ocasiones los mecanismos defensivos parecen conductas contradictorias, que en realidad son el punto de partida para lograr un proceso de adaptación aunque no se haga precisamente bajo conductas adaptadas.

Es importante considerar que las predisposiciones para las situaciones generadoras de ansiedad están determinadas por el aspecto histórico de la persona, por sus etapas de desarrollo y lo que cada una ha dejado como producto; la adaptación depende de la integración de los conflictos superados. Es así que, estos mecanismos son considerados como un medio de acción.

2.2.3 Reacciones frente a la enfermedad

El tipo de situaciones que se presentan en el tratamiento de las enfermedades se dejan ver en las respuestas conductuales manifestadas por los pacientes con cáncer de tipo terminal. La investigación de Meler (1999) revela ciertas características comunes que se encuentran en este grupo, la cual ofrece una óptica bastante completa de lo que se ha podido cotejar en esta investigación. Pese a que la descripción incluye estadios desde la presunción de un diagnóstico oncológico hasta la *fase terminal y cuidados paliativos*³, se

² Entiéndase el concepto de **ansiedad** como un “estado de inquietud inespecífica, con miedo, aprensión, preocupación y sentimiento de incertidumbre. Suele ir acompañado por activación fisiológica y conductual...” Ansiedad (2010). Recuperado el 16 de febrero de 2012, de <http://www.encyclopediasalud.com>

³ Tal como refiere Pilar Arrauz (2009) en su trabajo *Intervención emocional en cuidados paliativos Modelo y protocolos*, la cura paliativa designa a un cuidado total y activo de los pacientes cuya enfermedad no corresponde a un tratamiento curativo. El control del dolor, de otros síntomas, y de problemas psicológicos, sociales y espirituales, adquiere en ellos una importancia primordial. El objetivo de los cuidados paliativos es conseguir la máxima cantidad de vida posible para los pacientes y sus allegados.

explicitará con más detalle ésta última puesto que es en la cual se ha centrado la presente investigación.

TABLA Nro. 1: RESPUESTAS CONDUCTUALES DEL PACIENTE CON CÁNCER

Fase	Respuesta normal, adaptativa	Respuesta anormal, desadaptativa
Prediagnóstico	Preocupación sobre la posibilidad de padecer cáncer	Hipervigilancia Preocupación y temores excesivos Desarrollo ficticio de síntomas propios del cáncer (somatización, conversión)
Diagnóstico	Conmoción psíquica Tendencia a la incredulidad y/o negación Irritabilidad, hostilidad Síntomas ansiosos y depresivos	Negación del diagnóstico, fatalismo y rechazo al tratamiento Conductas evitativas (alcoholismo) Sdr. Depresivo, con ideación autolítica Reacciones paranoides Búsqueda de curas alternativas
Tratamiento inicial 1. Cirugía 2. Radioterapia 3. Quimioterapia	Miedo al dolor, la anestesia, la muerte, y posibles cambios de imagen corporal Miedo a las radiaciones y sus efectos Miedo a los efectos secundarios Ansiedad y depresión leve Miedo a los cambios de autoimagen Aislamiento, actitudes altruistas	Intentar retrasar la intervención Buscar ttos. Alternativos Depresión reactiva posquirúrgica Reacción psicótica (alucinaciones) Psicosis por aislamiento, o secundarias a fármacos Trastorno orgánico cerebral
Postratamiento	Readaptación a normas anteriores Miedo a las recaídas y metástasis Depresión y ansiedad moderada	Depresión y ansiedad graves posterior al tratamiento
Recaídas	Conmoción psíquica Tendencia a la incredulidad y la negación Irritabilidad, hostilidad Ansiedad, depresión reactiva	Depresión reactiva grave, con insomnio, anorexia, desasosiego, ansiedad e irritabilidad Abuso y adicción al alcohol Conductas evitativas
Empeoramiento	Desesperación y búsqueda de información en medicinas	Depresión grave, con ideación autolítica
Fase terminal y curas paliativas	Miedo a la indefensión Miedo a perder la compostura Sensación de trabajo inacabado Luto subjetivo anticipatorio Fantasías de postmuerte Miedo a lo desconocido	Depresión Cuadros confusionales y delirium

Tomada de: Meler, Eulalia (1999). *Depresión en oncología*, p. 15

2.2.3.1 Conductas adaptativas

Las respuestas ante el diagnóstico y evolución del cáncer son bastante catastróficas, puesto que, pese a toda la información que se pueda proporcionar en

cualquier etapa es un proceso de asimilación complejo. En la experiencia particular de las autoras de esta disertación, se ha encontrado diversidad de características en los cuadros médicos de cada uno de los pacientes. En ocasiones algunos han tenido un largo transcurso de su enfermedad, en el cual han podido hallarse en situaciones de inestabilidad emocional caracterizadas por la desestructuración psíquica, el temor constante, la ansiedad y el miedo inminente que sobreviene en el momento que deben someterse a un número indeterminado de estudios, tratamientos y visitas médicas. Los cuadros tienen como constante un enfrentamiento intenso ante situaciones extremas; se presenta un debilitamiento del estado de ánimo habitual, considerado de alguna manera como normal, tomando en cuenta que, no puede ser asumida de otra forma.

Sin embargo, se puede determinar que las conductas que se presentan realmente son adaptativas en el momento que se ponen al servicio del paciente, permitiéndole integrar estos conceptos e ideas nuevas en su psiquismo, con la finalidad de tener una concepción más cercana a la realidad. Si emprende este trabajo de distinción de los elementos de su situación, podrá decidir sobre su salud, sobre cómo desea tratar su cáncer, y pasar de ser un objeto de estudio a un ser humano en posesión de su eventualidad.

Es inevitable que existan cambios conductuales en el paciente oncológico porque está atravesando una situación crítica, pero si esta inquietud le permite mantenerse informado y usar sus facultades de pensamiento y, por ende, tomar decisiones pertinentes, nos encontramos frente a una persona que está realizando un proceso de elaboración de la sucesión de pérdidas y le está otorgando un significado a aquello que le acontece; que puede hacerse cargo de vivir en esta etapa final un duelo anticipatorio junto con las dudas que lo acompañan.

2.2.3.2 Conductas desadaptativas

Este tipo de conductas por otra parte, son todas aquellas que se han producido y que no han cumplido con su finalidad, por lo que el proceso adaptativo se ha malogrado al momento en que el paciente no se encuentra en posesión de los recursos personales necesarios; persistiendo estos comportamientos durante un lapso de tiempo igual al de la enfermedad. Además de no ser trabajadas, han estado interfiriendo con el resto de procedimientos médicos o terapéuticos previstos para el enfermo.

Este es el cuadro más común que se observa en pacientes adultos mayores con un cuadro oncológico terminal, en muchos casos al no tener un diagnóstico pertinente, no pueden acceder a los tratamientos necesarios, y llegan únicamente a la etapa en la que

su cáncer es tan avanzado que deben someterse a curas paliativas que no se enfocan en la mejoría de la enfermedad, ni en el detenimiento del desarrollo de la sintomatología; en otras palabras, su uso sólo atenúa el dolor del paciente.

Pese a dar una respuesta al dolor y tratar de aliviarlo, el paciente entra en un cuadro de confusión que está caracterizado por un desconocimiento de las circunstancias en las que se encuentra; por ejemplo, hay una negación total de la enfermedad, se disminuye la gravedad o tienen lugar episodios de delirios temporales en los que hay pérdida del contacto con la realidad. Es de recordar que, los adultos mayores tienden a presentar cuadros de demencia senil en estadios de edad avanzada, por lo que la no incidencia de este último ítem es aún mayor.

2.2.4 Estrés y Catarsis

Cualquier situación disruptiva, desencadena en el sujeto la incapacidad de adaptarse adecuadamente, y deviene en un proceso estresante para el paciente.

“EL ESTRÉS es 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” (Tellez, S/F, p. 2). El ser humano enfrenta diferentes tipos de situaciones que amenazan su integridad, por lo que ha debido desarrollar una capacidad específica que le sirva para dar una respuesta inmediata a los peligros que lo asechan con la finalidad de protegerse. Esta reacción que produce la situación estresante, servirá para poner al servicio de la persona una serie de acciones, tanto a nivel físico como psicológico, que le ayuden a adaptarse a las eventualidades de la vida. Es importante señalar que cada persona responderá en función de sus propias experiencias, por lo cual son altamente significativas las situaciones difíciles que haya atravesado previamente para dar cuenta de cuál será su posible modo de actuar.

El estrés psicológico es mediado por el hipotálamo, estructura encargada de coordinar las respuestas emocionales, las secreciones hormonales y funciones vitales y de adaptación, como el sueño, el hambre, la sed, y la respuesta sexual y mantener estrechas conexiones con el lóbulo frontal y con la amígdala del hipocampo, estructura encargada de almacenar nuestra memoria sensorial. (Tellez, S/F, pág.3)

Su importancia en el desarrollo del cáncer es de gran interés por la multiplicidad de conductas que podemos encontrar en la adaptación a la enfermedad que están enlazadas directamente a las emociones que el paciente experimenta en mayor o menor medida. Entonces, será conveniente analizar cuáles de estas surgen en manera realmente adaptativa y cuáles se han sobredimensionado, como se ha descrito

anteriormente, creando más bien conductas desadaptativas y, por ende, nada coadyuvantes en el tratamiento.

El miedo a la muerte es el elemento disparador del estrés en este caso, y está determinado por nuestro instinto de conservación como especie; por eso se presenta acompañado de ciertas acciones de protección, no obstante, al convertirse el cáncer en una situación que, a más de producir estrés, está presente la muerte, entonces la estructura psíquica dirige la energía contenida hacia un punto de desfogue de toda la tensión acumulada, es decir, hacia la catarsis.

La catarsis como define Chemama (2004) es “todo método terapéutico dirigido a obtener una situación de crisis emocional tal que esta manifestación crítica provoque una solución del problema que la crisis escenifica” (p. 78), porque la crisis como productor de un suceso estresante en la persona, debe enfocarse en la liberación de energía psíquica contenida para que sea trabajada y encaminada hacia la solución del conflicto que se ha producido en el paciente. El método que se use no sólo debe sacar a la luz la ruptura que se produce a nivel emocional, sino ubicar a la persona en el contexto de manera tal, que sea capaz de manejar la situación y adaptarla a su conveniencia.

Es esencial que una persona que ha atravesado un suceso crítico generador de un intenso estado de estrés, pueda trabajar estos temas en la terapia, de manera que le permita descargarse del problema y no aumentar su gravedad por a la imposibilidad de una intervención temprana; y así llegar a la restitución del flujo normal de la vida.

Si bien se ha abordado la información necesaria para entender los desajustes que se pueden notar en el paciente oncológico, la intención de las autoras de esta investigación es resaltar la función de las emociones, que finalmente son la traducción más clara que deja entrever la psique, y es con lo cual se trabaja directamente en el proceso de la Intervención en Crisis, por la inmediatez con la que requieren ser trabajadas, para mantener un equilibrio o al menos una contención del sujeto que ha entrado en un proceso crítico frente al cual cualquier estructuración puede verse amenazada. El contacto con las emociones tiene lugar desde el primer momento de una crisis, a diferencia de otros procesos psíquicos, que pueden necesitar de mayor espacio de tiempo para resultar detectables al terapeuta.

2.3 Efectos emocionales en el paciente oncológico

Tratamos de comprender las relaciones emocionales de estos pacientes y sobre la base de esta comprensión, descubrir métodos para modificar la severidad de la angustia emocional, también métodos para modificar las reacciones de conducta de modo que el tratamiento específico de la lesión pueda ser seguido con menores interferencias

(Schavelzon, J., Bleger, J., Bleger, L., Langer, M., Luchina, I., Joakin, E., Bartolotto, E., Barrios, E. 1978a, p. 109)

Para empezar a hablar de los efectos que devienen de las emociones, se debe tener un conocimiento claro de las mismas, muchas veces se confunden con otros vocablos como sentimientos o sensaciones. Emoción viene de la raíz latina *emotio* que significa “movimiento o impulso”, las emociones se presentan a partir de un acontecimiento, produciendo un “algo”; ese algo que en ocasiones se confunde con sensaciones o sentimientos, sin embargo, este “movimiento que provoca” se pondrá al servicio de una respuesta ante la situación correspondiente. Para diferenciar los sentimientos de las emociones, Greenberg, S., Paivio, S. (2000) explican que los sentimientos “implican fundamentalmente sensaciones físicas en el cuerpo pero no implican una tendencia a la acción” (p. 66); es decir, que no necesariamente se produce una respuesta sino que abarca el campo sensorial. Mientras que, las sensaciones son los estímulos externos recibidos por nuestros órganos sensoriales, y que se convierten en impulsos eléctricos que se decodifican en el sistema nervioso, por lo que son meramente hechos aislados sin significación, siempre sólo a un nivel físico.

Las emociones responden rápidamente ante aquellas cosas que tienen que ver realmente con la supervivencia. Las emociones regulan nuestra atención, controlan el entorno, buscan los acontecimientos que son relevantes para la adaptación y alertan a nuestra conciencia cuando éstos se producen” (Greenberg, 2000, p. 33)

Es significativo tener en cuenta que las emociones tienen una función adaptativa en el ser humano, le sirven al sujeto para discriminar aquellas situaciones que pueden ser satisfactorias o no y emitir una respuesta; sin embargo, no necesariamente resultan ser siempre bien adaptadas a las necesidades y en ocasiones constituyen una traba en el comportamiento de las personas, dificultando la asimilación de ciertas situaciones que pueden poner en riesgo su integridad física y psíquica.

“La emoción es despertada por un objeto o la totalidad de una situación más bien que por un aspecto en particular de la misma; y en la emoción, este objeto es apreciado como bueno *para una acción específica*, como bueno para comer o beber o abrazar”(Arnold, 1969, p. 92); es una categorización que se le otorga a cada circunstancia que encontramos, por lo que en este caso, se vuelve parte esencial en el funcionamiento de la psique del paciente; es el mecanismo que nos permitirá determinar de qué manera se está entendiendo el proceso que atraviesa. El objeto que provoca la emoción es el cáncer y todo el contexto que esta enfermedad acarrea consigo, entonces devendrá una acción específica. Esas acciones son las que se estudiarán en el presente acápite, pues resulta evidente que producirán modificaciones en ciertas partes del

desarrollo habitual de las actividades de cada persona, como son los que se describen a continuación.

Greenberg (2000) señala la existencia de cuatro tipos de emociones que se presentan con frecuencia: la ira, el miedo, la tristeza y la alegría. Las tres primeras se reconocen como emociones negativas y la última como positiva, porque en la experiencia, las negativas se asocian con algo que causa desagrado, mientras que la otra produce satisfacción. De todas maneras, es importante que más allá de cómo se las pueda determinar, las emociones son necesarias para ponerse al servicio del proceso de estabilización frente a un hecho particular.

El autor realiza una distinción de tres categorías básicas dentro de la experiencia emocional, a fin de determinar el mejor tipo de intervención: las emociones primarias, secundarias e instrumentales. Además, discrimina las *emociones adaptativas* y las *no adaptativas*, lo que permite que en el momento del trabajo con los pacientes se pueda manejar esta categorización y poder integrarlas en la reestructuración del paciente. A continuación se describe cada una de las categorías mencionadas:

Emociones Primarias: Las emociones primarias se dan como respuesta ante un estímulo externo, son de emisión automática. Le permiten a la persona estar preparada para resguardarse, por lo que son eminentemente adaptativas. Por ejemplo, “la tristeza ante la pérdida, el enfado ante la violación, y el miedo ante la amenaza” (p. 65) en cuanto se activan permiten que la persona responda a lo que sucede y sirva para la resolución de los conflictos. Este tipo de emociones permiten organizar y procesar, de tal manera que, si se las reconocen pueden permitir una acción adaptativa que se fundamenta en el conocimiento previo de ciertas situaciones que ponen en peligro la integridad, y así, estar en control de las propias reacciones emocionales.

Por otra parte, las respuestas emocionales primarias desadaptativas, constituyen un enfado dirigido a los otros o una experiencia de alegría frente al sufrimiento propio— como ganancia secundaria del sufrimiento- o miedo a realizar actividades que contribuyen a la autosatisfacción de las necesidades. Esto es bastante común en los pacientes con cáncer pues, en general, no consiguen adaptarse correctamente y caen en una orientación negativa de las emociones que no contribuye al proceso, al contrario se estancan en este primer encuentro con una situación que se reconoce como desagradable a saber, el cáncer. Deteriorando la propia estima e incluso disminuyendo la calidad y satisfacción frente a la interrelación con el entorno. A diferencia de las emociones secundarias e instrumentales, las primarias no están influidas socialmente, porque estas nacen en la *sensación- sentida*, Greenberg refiere que es la experiencia a la

que sólo accede la persona que la vive y donde todos sus niveles de información se activan frente a una posible amenaza.

Emociones Secundarias: Es el proceso que sucede a la primera impresión frente a una situación concreta, es el entendimiento de cómo la primera emoción le hizo sentir respecto de sí mismo. A menudo los pacientes frente a ese miedo experimentado, se sienten en indefensión total, les produce vergüenza y ansiedad, se encuentran comúnmente asociados con el malestar que produce el hecho de saberse falto de recursos para enfrentar las situaciones. Estas emociones se constituyen como efectos desadaptivos del proceso, puesto que las emociones están dirigidas hacia un conocimiento que le permita poseer una amplitud de respuestas eficaces, más no el caer en la vivencia de las emociones -que se dirijan hacia la amenaza- vertidas hacia sí mismo.

Estas emociones deben ser trabajadas con mayor cuidado, porque el efecto se está dirigiendo al deterioro de la integridad psíquica que puede desestructurar la estabilidad de la persona; debe recordarse qué las produjeron en un primer momento, de modo que se oriente de manera tal que permita al paciente adecuarse a su situación, siendo este un evento que al ser externo no está bajo su control.

Emociones Instrumentales: Se les considera instrumentales, como su nombre lo indica, a las que le sirven a la persona de herramienta para alcanzar un fin, pues producen efectos sobre el resto de las personas. Son adaptativas si se reconoce que su función es encaminar a la comunicación de los afectos, es decir, que le permita a la persona expresarse y descargarse emocionalmente. Sin embargo, en el trabajo se ha encontrado que pueden caer en la desadaptación debido a que se convierte en un mecanismo que el paciente puede usarlo para obtener algo de los demás, como atenciones especiales y satisfacción de todo tipo de demandas.

Es necesario trabajarlas porque producen un efecto de compasión y complacencia excesiva tanto en el personal asistencial como en los familiares, y a largo plazo, produce efectos de desgaste emocional en quien recibe estas emociones por parte del paciente oncológico. Hay que recordar que si bien el paciente está en una condición de vulnerabilidad múltiple esto no le exime de responsabilizarse de sus acciones y de tomar decisiones propias que le permita convivir con su crisis.

2.3.1 Autoconcepto del paciente

La propia imagen es un proceso que se constituye, a partir de cómo nosotros damos forma a la imagen mental de nosotros mismos, tanto en un nivel de aspecto físico como de la manera en como los demás nos ven; es decir, de las características propias de la manera de ser. El cáncer, rompe con cualquier concepción previa, porque desde el momento en que se asume la enfermedad como parte de la vida surgen cambios puesto que “el cáncer posee una imagen de muerte, amputación y dolor que le es atribuida por múltiples razones. Sus formas y grados son vividas con gran ansiedad y angustia, pero de manera individual, por todo el contexto, del cual paciente, médico y familia forman parte” (Schavelzon, et, al. 1978a, p. 37), entonces, no es sólo la persona quien nota los cambios en su cuerpo, sino los otros que le acompañan en la enfermedad.

Es una imagen de muerte, de desmembramiento y amputación de diferentes partes; el cáncer y su tratamiento producen cambios a nivel físico como: amputaciones, pérdida de cabello, pérdida de ciertas funciones de independencia que producen una imagen en algún punto de invalidez. Es una experiencia de cambio que le desagrade a la persona, que siempre va en deterioro de su propia valoración, se percibe como una figura deformada, que le produce rechazo, porque deja de ser la persona llena de vitalidad que había sido antes de iniciar este viaje del padecimiento oncológico.

El proceso de la valoración física, ocupa un lugar importante en la percepción de la autoimagen porque no sólo son cambios físicos, sino que adquieren significados en lo psicológico; la pérdida de fuerza y vitalidad se equipara a una imagen de descompensación anímica que son interdependientes, si hay una disminución en la energía en cualquiera de ellas la otra se ve afectada. El paciente se ve como alguien que no puede realizar ninguna actividad, inclusive las que son de fácil ejecución y que carece por completo de las facultades para llevarlas a cabo, porque aún cuando tenga poca energía puede llevar a cabo pequeñas tareas de la vida cotidiana como alimentarse y entablar contacto con los otros.

Es difícil para el paciente con cáncer afrontar este hecho, puesto que, la imagen que tiene de sí mismo le es proporcionado en gran parte por los demás, que a su vez le dicen de manera explícita o a través de ciertas manifestaciones que no está más capacitado que para recibir acciones de cuidado, lo cual se entiende como una imposibilidad para emprender acciones por más mínimas que sean, porque se ve atrapado en el lugar de enfermo sin opción de cura. Una persona que percibe que los demás le asumen como un enfermo terminal, normalmente lo asimila como un destino de

vivir, el resto de vida, muriendo; al no haber nada por hacer, se convierte en un ente que sólo espera partir.

Por eso la necesidad de trabajar con la imagen de cada paciente, porque hay que brindar el espacio para reconsiderar aquellos conceptos erróneos que pueda tener acerca de su situación, que en muchas ocasiones nacen de la información precaria que ha recibido, y que le están generando un conflicto consigo mismo; es preferible que pueda tener una imagen de sí mismo lo más apegado a la realidad que vive, libre de las etiquetaciones e imposiciones propias que dificultan su propio vivir.

2.3.2 Labilidad emocional

Las emociones son un regulador de las respuestas y conductas de una persona frente a las situaciones que surgen en la que la integridad, tanto física como psíquica, que se ven amenazadas. Frente a la imposibilidad de adaptarse a las diferentes condiciones que conforman la cotidianidad, se da paso a un proceso de confusión en el cual se halla sin posibilidades de responder.

El enfermo se encuentra con una experiencia de dolor, entendida como una herida o un daño, que al igual que en un hecho físico necesita ser revisado. Es una experiencia que inunda a la persona, que le causa malestar y que no puede hacerle frente con facilidad. Esta imposibilidad se traduce en ansiedad que es generadora de sensaciones displacenteras, que le llevan a caer en cuadros de desesperanza frente a lo cual sólo asume el aspecto negativo que está recibiendo de la circunstancia que se presenta.

Es un proceso que se presenta con frecuencia en los pacientes que no han tenido el soporte psicológico pertinente, ya que, no disponen de los recursos suficientes para hacerse cargo de la situación, sino que deben ser orientados para restituir el flujo normal de desenvolvimiento. Es bastante evidente que, este tipo de pacientes que presentan labilidad emocional se encuentren encerrados en sí mismos y dificulten el proceso de adaptación. Se debe intervenir para permitirles que aprendan a manejar su crisis, que fortalezcan los recursos que ya tienen o que los desarrollen.

2.3.3 Aspecto psicosocial del paciente: relaciones interpersonales

“El paciente canceroso es una *manifestación individual* de un proceso de interacciones sociales que comienzan sus familias de origen, padres y hermanos, que sigue en su relación específica pareja e hijos y se proyecta a su relación ecológica, sociedad, tiempo y cultura”. (Schavelzon, et. al. 1978b, p. 62) Cada sujeto es un ser que

está conectado con todos los escenarios donde tiene una función, tiene que tomarse en cuenta que no es sólo paciente, sino que es padre, abuelo/a, hijo/a, esposo/a, entre otras funciones a las que pertenece dentro de la sociedad y la comunidad en los que tiene un rol específico. Hay que tener presente que la enfermedad se convierte en una ruptura drástica con el diario vivir y, por lo general, debido al estado grave debe ser acogida en una institución de cuidados sin tener el tiempo para reestructurar los nexos actuales con las actividades de desarrollo habitual, y en un escenario más dramático, con las personas que constituyen su vida, su familia.

Luego, tienen un papel significativo los integrantes del grupo interdisciplinario que le brindan atención al paciente con cáncer, son el nuevo grupo humano con el que tendrá contacto. En los últimos años se ha integrado a un alto número de personas para conformar grupos asistenciales para mantener las mejores condiciones de los cuidados de este tipo de pacientes; no obstante, no es suficiente de quien se disponga, sino que es indispensable que ese equipo adquiera una característica personalizada, es decir, que realmente estén en capacidad de ver al paciente y tomar en cuenta lo que está demandando.

Tanto familia como personal médico, deben considerar que si bien su presencia es un punto esencial para la adaptación del paciente a sus condiciones actuales, en ocasiones tienden a generar vínculos muy estrechos seguidos por espacios de abandono que no son recomendables de ninguna manera.

Puesto que, la vulnerabilidad de un paciente depende de la cantidad de medios de que dispone para hacer frente a la enfermedad, de su grado de eficacia intrínsecos, de la intensidad, habilidad y constancia con que los maneja, del grado de control que crea le confieren dichos medios para afrontar la enfermedad y de si son adecuados o no en la situación que los usa. (Bayes, 1985, p. 103)

Si el paciente accede a un tipo de soporte estable, sin caer en los extremos, puede encarar las situaciones con mejor soltura. Su estado anímico irá adquiriendo un aspecto constante, lo cual prevendrá, al menos en lo posible, las recaídas producidas por el inadecuado manejo de los recursos de las relaciones interpersonales y de los nexos afectivos con su entorno.

La premisa que se mantiene para el contacto con este grupo, como señala Schavelzon (1978b) es que “El canceroso vierte hacia los demás un gran deseo de ser aceptado, de ser reconocido” (p. 59), pues desean ser vistos y legitimados como personas, no solamente como pacientes, porque esta imagen ya supone un desvalimiento en el que no quieren ser etiquetados, quieren verse aún en su capacidad total para entablar relaciones interpersonales basadas en lo que pueden decir de sí mismos.

En la práctica no resulta así, puesto que “Las relaciones interpersonales son, en general, sumamente complejas: sobre todo si nos proponemos decodificar la riqueza contenida en el mundo interno de los seres humanos que las dinamizan. Cuando el vínculo se amplía, involucrando a varias personas, esta complejidad, naturalmente, aumenta” (Schavelzon, 1978b, p. 150), es así que surgen falencias en el momento de la comunicación con las demás personas, por el tipo de lenguaje que cada uno usa. No necesariamente los dolores son la molestia como normalmente se pensaría, hay que tomar en cuenta que detrás de esas incomodidades surgen las de tipo relacional, en que la persona está buscando a otro que le permita expresarse, que le acompañe dentro del proceso que está viviendo para poder sentirse confortado o inclusive en los casos con pronóstico devastador, buscan a alguien que simplemente los acompañe.

El mutismo de la persona que se halla en este proceso, es una de las dificultades más notorias que impiden el desarrollo de relaciones sociales satisfactorias, constituyendo un abismo entre el paciente y los otros; si no se decodifica a través de una dialéctica adecuada producirá malestar en los que circundan al paciente oncológico, deteriorando el escaso contacto interpersonal que se produce. Por ello es necesario que las personas que asumen el papel de *recursos sociales* del paciente sepan de este tipo de fenómenos bastante recurrentes en el diagnóstico de una enfermedad terminal. De esta manera se evitará que quienes rodean al paciente entren en un proceso de debilitamiento emocional, puesto que de darse esta situación, todos los esfuerzos serán en vano por la resistencia al contacto y al trabajo con las personas con cáncer.

Se ha visto adicionalmente que, no sólo la familia y el personal asistencial son quienes entablan contacto con el paciente con cáncer. Algunas personas que están en condiciones físicas estables pueden compartir espacios de ocio, descanso y alimentación junto a otros pacientes con características similares; es un espacio beneficioso para poder establecer contacto con este tipo de pares, puesto que les provee de otra imagen más familiar, alguien que está atravesando por el mismo proceso le permite afianzar un vínculo con una comunidad, donde otros entienden lo que está viviendo no sólo desde el exterior sino desde el sufrimiento que comparten.

CAPÍTULO III

3. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN EN CRISIS CON EL ADULTO MAYOR CON DIAGNÓSTICO ONCOLÓGICO EN ETAPA TERMINAL

El presente capítulo tiene como objeto presentar una propuesta de trabajo de Intervención en Crisis, luego de la consecución de una metodología diseñada a fin de ajustarse a las demandas que ha supuesto este proceso de investigación. Es por eso que, se encontrará en un primer momento los aspectos estadísticos del tratamiento de la información y una consecuente resolución de los conflictos encontrados, expresados en el planteamiento del sistema de trabajo con la población seleccionada.

3.1 Análisis de los casos atendidos en la Fundación ABEI Adultos

3.1.1 Planteamiento del problema

El trabajo se ubica en la Unidad de Cuidados Paliativos de la Fundación ABEI Adultos durante los meses de Octubre 2011 a Enero 2012, lapso de tiempo en el que se pudo tener contacto directo con las personas que estaban siendo atendidas. Para esto es importante considerar las competencias que abarca el trabajo de los Cuidados Paliativos, como se señala a continuación:

Los cuidados paliativos son los cuidados de alivio brindados al paciente que tiene una enfermedad grave o mortal, como el cáncer, para mejorar su calidad de vida. El objetivo de los cuidados paliativos es evitar o tratar lo más pronto posible los síntomas y los efectos secundarios de una enfermedad y de su tratamiento, y los problemas psicológicos, sociales y espirituales correspondientes. El objetivo no es curar la enfermedad. (Departamento de Salud y Servicios Humanos en Estados Unidos, 2010, p. 1)

En esta instancia de atención se proporciona tratamiento a las personas que ya han pasado por una serie de tratamientos farmacológicos por su enfermedad y que no ha tenido eficacia, y que en función del estado avanzado de su sintomatología se les designa sólo cuidados que procuren el mayor bienestar del paciente, es decir, que estén encaminados a aliviar el dolor producido por la enfermedad. Luego de recibir un diagnóstico terminal, se procura que la persona tenga un cuidado al final de la vida en condiciones de integridad y respeto frente a su situación.

Es por eso que se procura que la atención no sólo se dé a nivel físico sino también a nivel emocional porque es la manera en la cual el paciente estará sostenido por una estructura que le permita afrontar su situación. Razón por la que se hace imprescindible el trabajo de un grupo interdisciplinario, integrado por profesionales de la salud, entre ellos el psicólogo clínico que será el encargado de elaborar las cuestiones que agobian al paciente en este período de su vida.

Ante una enfermedad que deteriora al ser, es necesario un procedimiento de trabajo eficiente para el tratamiento de las crisis que pueden suscitarse en la estructura de cada persona. Al no darse de esta manera tienden a generar un deficiente manejo a nivel general de la Intervención en Crisis con el paciente oncológico en la etapa terminal de su enfermedad. Este es el reto que promueve la presente investigación: el entendimiento de los conflictos hallados y posicionar el abordaje desde una perspectiva diferente.

Se evidencia que surgen problemas en el tratamiento del adulto mayor que ha sufrido un evento disruptivo en su cotidianidad y que ha desfigurado los preceptos que ha establecido a lo largo del tiempo; el cáncer se ha convertido en un evento desestructurante, pero más allá de eso, al encontrarse en tal situación podría sobreponerse si tuviese los instrumentos necesarios para adaptarse y restablecer el curso de su vida.

Al profundizar acerca de esta dificultad, se establece que la problemática está sustentada en algunos pilares importantes que deben tener una revisión exhaustiva, para poder ir cerrando los procesos inconclusos de cada uno y así encontrar las posibles soluciones; de tal forma que, se conseguirá una mejora en el manejo de la Intervención en Crisis del paciente adulto mayor con cáncer.

Los factores a los que se hace referencia son tres básicamente: el paciente que presenta cambios psicológicos y emocionales, la estructura familiar que impide que el paciente pueda manejar su crisis y la desensibilización del personal frente al adulto mayor convaleciente. La primera causa se debe, a que el paciente, por la misma enfermedad, ha sido vulnerado en ocasiones anteriores, puesto que en lugar de otorgarle la información y soporte necesario para enfrentarse a su diagnóstico y evolución de la enfermedad, se le ha dejado en un estado de confusión y desprovisto de cualquier tratamiento terapéutico. El segundo motivo es asociado a la familia como recurso social de una red de apoyo que sostiene a la persona con cáncer, pero que a consecuencia de la disfuncionalidad de las acciones en que incurrir, pasan a constituir una preocupación adicional y retrasan el proceso de asimilación del adulto mayor. La última situación que se presenta es con el personal asistencial que está desprovisto de las herramientas

necesarias para el manejo de los momentos críticos de los pacientes, y que debido a la prolongada exposición frente a la enfermedad han perdido la capacidad de ponerse en contacto con la persona y ayudarle con acciones básicas de protección a nivel psicológico que pudiera requerir en cualquier momento.

En función de lo expuesto, se puede señalar a la par, los beneficios que puede ocasionar la configuración de un adecuado proceso de Intervención en Crisis, que se direcciona en función de prevención de situaciones posteriores que suponen mayores esfuerzos a nivel terapéutico. Es así que, si no existe la Intervención oportuna, se producen crisis que pueden desembocar en trastornos o patologías graves en el paciente oncológico que reducen el margen de oportunidades de trabajar en ellas; si esto llega a suceder no sólo está en riesgo la integridad psíquica del sujeto, sino que al no estar en posesión de sus facultades psicológicas puede incurrir en situaciones riesgosas a nivel físico, que a largo plazo se suman en la depreciación de la expectativa de vida del paciente adulto mayor con cáncer.

La Intervención en Crisis, como bien refiere el nombre, se trata de un trabajo sobre las situaciones críticas, en el caso del cáncer en el adulto mayor se trata de dos tipos de crisis: una circunstancial y una del desarrollo, pero se fusionan de tal manera que constituyen una sola pero de mayor intensidad; es a ese lugar donde la Intervención debe llegar e internarse, para poder dar una atención de inmediatez y posterior acompañamiento con el fin de disminuir los efectos peyorativos para la salud psíquica y física del paciente. Se tratará de encontrar los beneficios que proporciona este tipo de trabajo terapéutico al paciente terminal, a fin de prever una calidad de vida digna en los últimos momentos de la vida.

Los enfermos de cáncer son personas que están en condiciones de vulnerabilidad psicológica, por lo que este aspecto debe ser abordado con la mayor prontitud, pues mientras esté estable emocionalmente podrá adaptarse y comprender los cambios que se van a producir en su vida. Es brindar una oportunidad al paciente, en la que no sólo perciba el sufrimiento que acompaña a la enfermedad, sino también que trabaje para elaborar adecuadamente la situación crítica. Esta modalidad en la atención, provee al atendido del sostén necesario para que su salud psicológica prevalezca, que pueda estar en conocimiento de las circunstancias en que se encuentra y las confronte con los recursos necesarios.

Entonces el adulto mayor que padece cáncer terminal, podrá encontrarse en la capacidad de ejecutar sus actividades con el mayor rango de funcionalidad posible, gracias al trabajo de las dos instancias que propone una Intervención: Primeros Auxilios – primeras horas- y Terapia de Crisis –semanas subsecuentes-.

3.1.2 Metodología

De acuerdo al tema a tratar se establece la necesidad de determinar el enfoque que tiene la investigación, siendo ésta la que va a guiar el proceso de estudio. Por lo que se estima que en este caso se debe utilizar una investigación cualitativa y cuantitativa.

La investigación llevada a cabo es de modalidad de campo, en la cual se mantiene contacto directo con los pacientes atendidos en la institución, a fin de dar una propuesta que permita tener un trabajo eficaz dirigido a procurar el bienestar de los mismos.

Para el estudio se ha utilizado diferentes niveles de investigación que se detallan a continuación.

- Explicativa: Compila y explica criterios de diversas fuentes que se aplican con el propósito de detectar, ampliar y profundizar diferentes enfoques sobre el tratamiento de la Intervención en Crisis y el tratamiento de los pacientes oncológicos. Este tipo de investigación se utiliza esencialmente para el análisis de los datos encontrados.
- Exploratoria: Para desarrollar nociones sobre el problema que se ha encontrado, es una metodología flexible que permite realizar análisis e interpretación sobre datos que no son numéricos y requieren de otro tipo de intervención, es más profundo y poco estructurado.
- Descriptiva: Se pretende describir, registrar e interpretar la situación actual, la composición y los procesos del objeto de estudio para presentar una interpretación correcta de los resultados obtenidos. Se utiliza para el levantamiento de información de datos exactos.

Para el desarrollo de los aspectos metodológicos planteados se establecen las técnicas a aplicar y se diseñan los instrumentos que permitan recoger los datos relevantes sobre la Intervención en Crisis en pacientes adultos mayores con diagnóstico oncológico en etapa terminal. Poniéndolos a consideración en la siguiente Tabla.

TABLA Nro. 2: TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

TIPO DE INVESTIGACIÓN	TÉCNICA	INSTRUMENTO
Exploratoria	Observación directa Análisis de Casos ⁴	Diario de Campo Ficha de Atención
Descriptiva	Encuesta	Cuestionario Estructurado

Elaborado por: Adriana Paredes y Verónica Pazmiño

Fuente: Técnicas e instrumentos básicos de recolección de información (Herrera, 2004, pp.125-134)

Para la exposición de los datos se ha escogido una representación tabular y gráfica de los resultados encontrados en los diferentes instrumentos previstos para la recolección de información.

3.1.2.1. Población

La población que se ha escogido para la investigación es la totalidad de los casos de pacientes adultos mayores con diagnóstico oncológico en etapa terminal que han sido atendidos en la Unidad de Cuidados Paliativos de la Fundación ABEI Adultos durante el período Octubre 2011- Enero 2012, que asciende a la suma de 22.

Sin embargo, se ha debido hacer una segmentación dentro de esta población porque la metodología a utilizar se puede aplicar principalmente a los pacientes que han podido llevar a cabo un proceso de Intervención en Crisis. Esta distinción se ha realizado en base a la información secundaria obtenida de las fichas de anamnesis de cada uno de los pacientes, documentos que han sido facilitados por el Área de Psicología de la Institución (Ver ANEXO 2, p. 95).

TABLA Nro. 3: SEGMENTOS DE POBLACIÓN

SEGMENTOS	DESCRIPCIÓN
SEGMENTO 1	Pacientes que presentan una o más de las siguientes características: <ul style="list-style-type: none">• Deterioro físico crónico• Estado de coma vigil• Con permanencia de menos de dos días
SEGMENTO 2	Pacientes que presentan una o más de las siguientes características: <ul style="list-style-type: none">• Estado físico estable o con deterioro leve• Estado alerta de vigilia• Con funciones psíquicas mantenidas, disminuidas -leve- o alteradas.• Tienen al menos dos días de ingreso a la Unidad de Cuidados.

Elaborado por: Adriana Paredes y Verónica Pazmiño

Fuente: Fichas de anamnesis de pacientes atendidos en la Fundación ABEI Adultos

⁴ Se ha decidido usar la técnica de análisis de casos, por cuestiones de ética profesional, porque los pacientes adultos mayores con cáncer terminal se encuentran en condiciones de vulnerabilidad y cualquier entrevista o encuesta suscita susceptibilidad de parte de los mismos.

En función de la discriminación de la información, se selecciona el Segmento 2 para el trabajo de Intervención en Crisis. Las personas que están incluidas en este segmento presentan las condiciones mínimas para receptor un tipo de tratamiento psicológico porque se encuentran en conocimiento del motivo de ingreso y en algunos casos de la enfermedad que padecen; es decir, están en conocimiento del suceso detonante de la crisis.

Seleccionado el segmento a trabajar se realiza el conteo de los datos con los que se cuenta para la aplicación de técnicas e instrumentos acordes a la metodología designada, siendo 10 los pacientes que reúnen las características adecuadas para realizar el procedimiento. Esta se considera toda la población y que por su tamaño se debe trabajar sin muestra.

3.1.3 Análisis de resultados

A. ANÁLISIS DE CASOS ⁵ CON FACTORES DE INCIDENCIA DE LA INTERVENCIÓN EN CRISIS

TABLA Nro. 4: CUADRO DEMOGRÁFICO DE LA POBLACIÓN

Edad	Rango comprendido entre 64 y 95 años	
Género	<i>Mujeres: 4</i>	<i>Hombres: 6</i>
Total	10 pacientes	

Elaborado por: Adriana Paredes y Verónica Pazmiño

Fuente: Fichas de anamnesis de pacientes atendidos en la Fundación ABEI Adultos

Para el análisis de los casos (ver ANEXO 4, p. 121), fue necesario dividir la Intervención en tres situaciones: pacientes que han recibido Primeros Auxilios Psicológicos o Intervención de Primera Instancia, pacientes que han tenido un proceso de Terapia para Crisis o de Segunda Instancia y los que han accedido a ambos tipos de Intervención en Crisis, lo que permitirá observar datos comparativos en las distintas instancias.

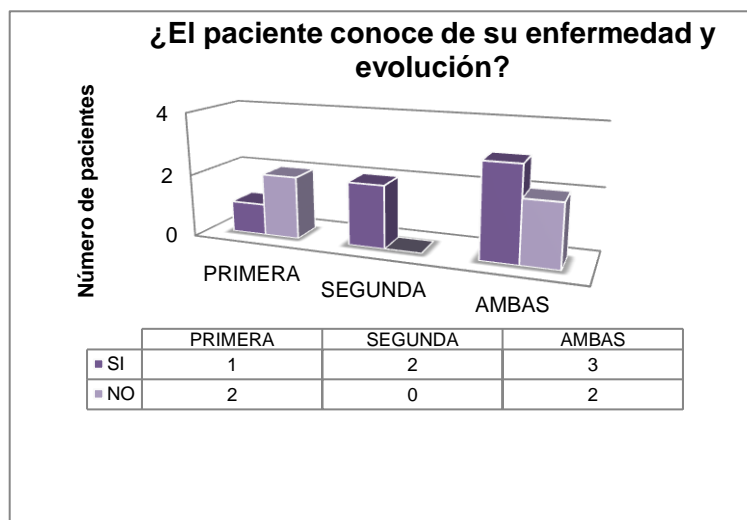
Es importante resaltar que en este apartado se trabajan los cambios encontrados en el adulto mayor con diagnóstico oncológico terminal, así como las diferencias entre el inicio y final del trabajo en Intervención en Crisis.

Por didáctica el análisis de casos se ha representado a modo de pregunta, para que su análisis siga una secuencia lógica en su interpretación.

⁵ Realizado en función de las fichas de anamnesis y del diario de campo (ver ANEXO 3, p. 118)

1. Paciente frente al tratamiento de Intervención en Crisis de Primera y Segunda Instancia

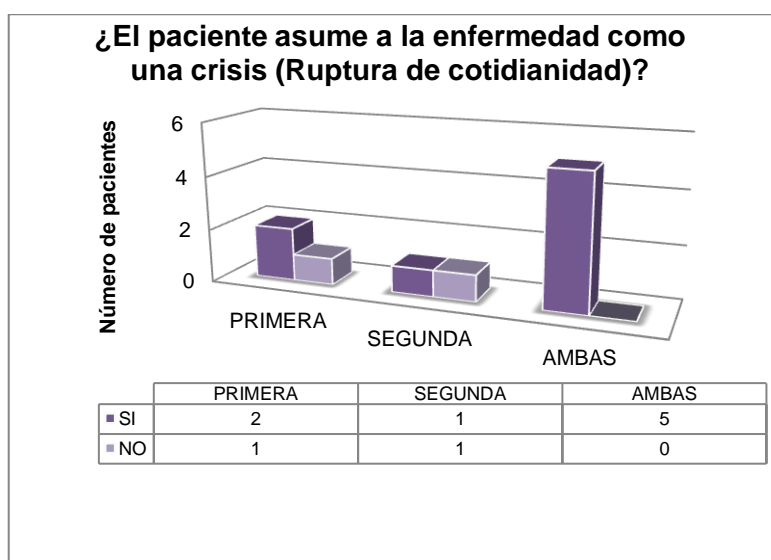
GRÁFICO Nro. 2: ENFERMEDAD Y EVOLUCIÓN



Elaborado por: Adriana Paredes y Verónica Pazmiño
Fuente: Fichas de Atención de Intervención en Crisis

Interpretación: Los pacientes atendidos, en su mayoría (6), tienen conocimiento de la enfermedad, del pronóstico y del motivo por el cual se encuentran en la Unidad de Cuidados para su consecuente tratamiento; sin embargo, la mayor cantidad de personas que saben del cáncer se encuentran en el grupo de atención de Primera y Segunda Instancias, en razón de que son quienes han tenido más tiempo de vida y por tanto más tiempo para reconocer y asociar la sintomatología con la enfermedad.

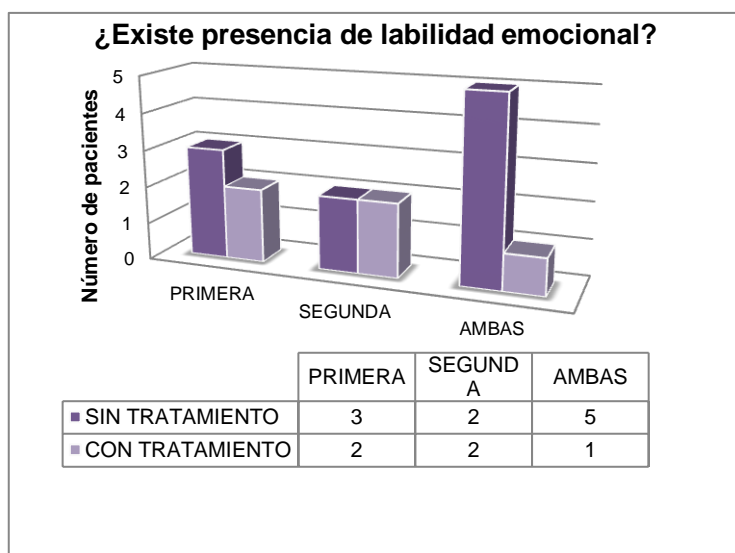
GRÁFICO Nro. 3: ENFERMEDAD Y CRISIS



Elaborado por: Adriana Paredes y Verónica Pazmiño
Fuente: Fichas de Atención de Intervención en Crisis

Interpretación: Si bien los pacientes no le otorgan el nombre de crisis al suceso que están viviendo, en la mayoría de casos lo reconocen como un suceso de ruptura en su cotidianidad. La hospitalización ha cambiado el curso normal de desarrollo en las áreas: afectiva, familiar, social y de ocio. Quienes han recibido ambas instancias de Intervención, es decir, cinco (5) personas pueden hacer una mejor elaboración de lo que supone un proceso crítico; a mayor tiempo pueden evidenciar la diversidad de situaciones que han cambiado en su vida.

GRÁFICO Nro. 4: LABILIDAD EMOCIONAL

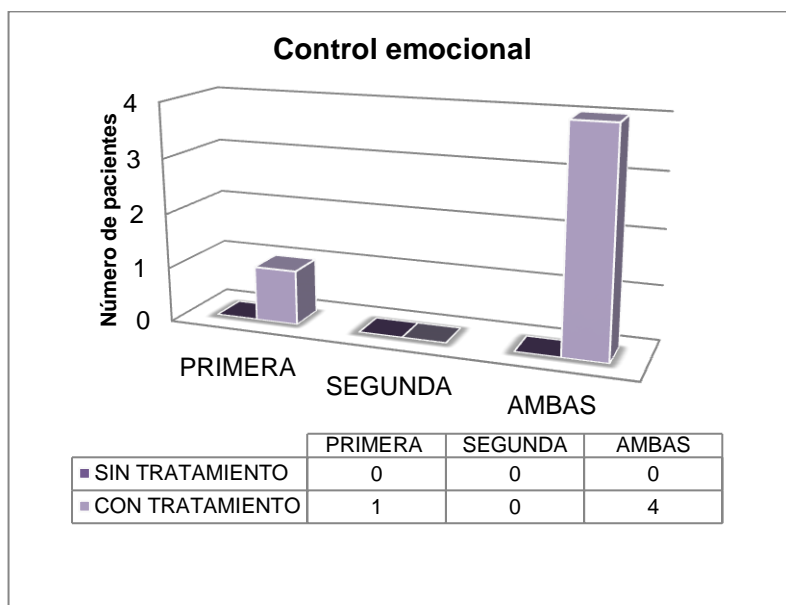


Elaborado por: Adriana Paredes y Verónica Pazmiño
Fuente: Fichas de Atención de Intervención en Crisis

Interpretación: En nueve (9) casos hay presencia de labilidad emocional antes del tratamiento. Sin embargo, se nota que la labilidad se mantiene en los pacientes que sólo han accedido a una de las instancias, mientras que los que han tenido Primera y Segunda Instancia han evolucionado favorablemente; siendo que, de los cinco iniciales, sólo uno se mantiene inestable. La labilidad se hace evidente con facilidad en el transcurso del tiempo, pues el paciente experimenta las experiencias como agradables o desagradables, en función del avance que tenga su enfermedad.

⁶ Expresada en: llanto fácil, cambios de humor frecuentes, oscilación entre aceptación y negación de la enfermedad, deficiente manejo de las emociones

GRÁFICO Nro. 5: CONTROL EMOCIONAL

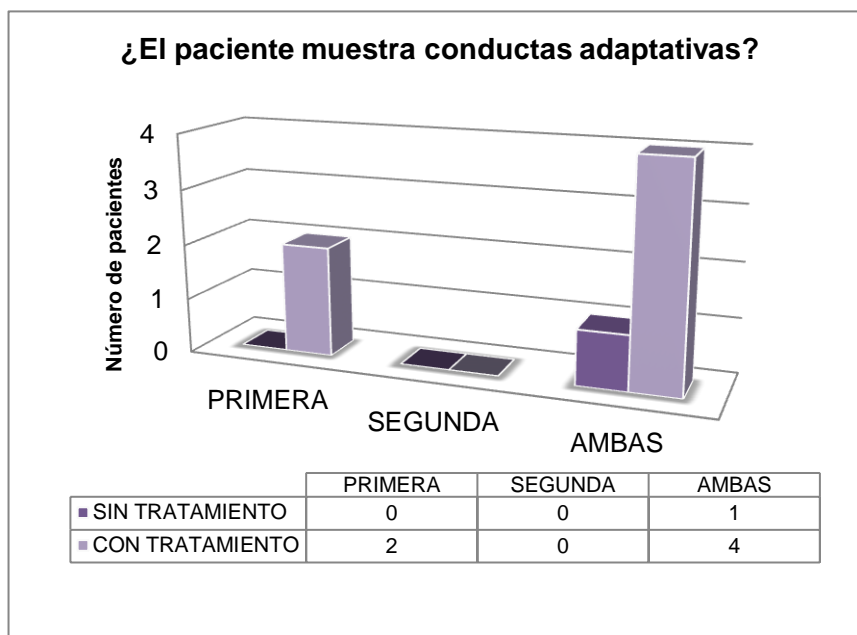


Elaborado por: Adriana Paredes y Verónica Pazmiño
Fuente: Fichas de Atención de Intervención en Crisis

Interpretación: Como indica el gráfico ninguno de los pacientes atendidos al iniciar el proceso tiene control emocional. Sin embargo, al final de un proceso de Intervención con el grupo al menos cinco (5) de las personas lograron alcanzar un control emocional; encontrándose cuatro (4) de ellas en el grupo de atención de ambas instancias, lo que indica que tienen mayores recursos psicológicos para poder reconocer sus emociones y usarlas de manera tal que les permitan comunicar lo que les sucede y tomar decisiones frente a una eventualidad, en lugar de que deterioren su propio bienestar.

⁷ Entendido como el manejo de las emociones propias.

GRÁFICO Nro. 6: CONDUCTAS ADAPTATIVAS

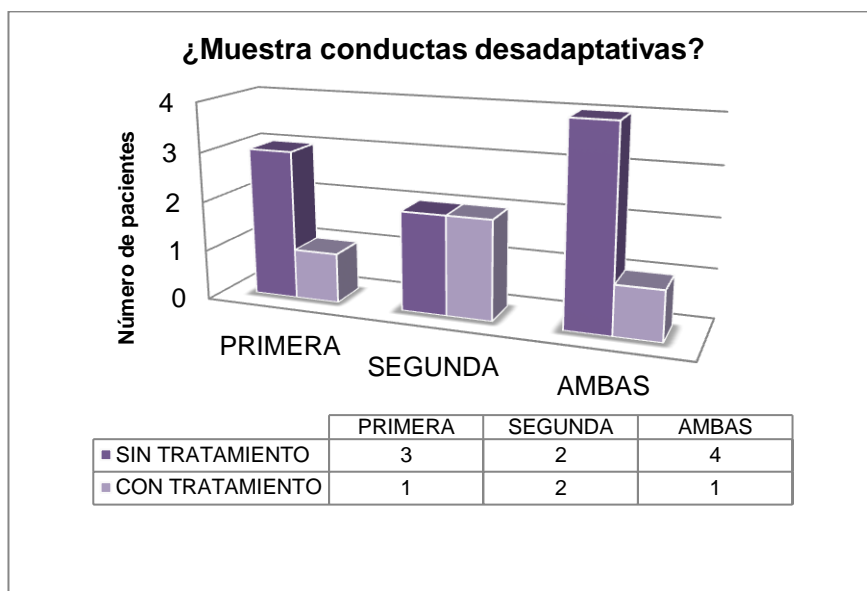


Elaborado por: Adriana Paredes y Verónica Pazmiño
Fuente: Fichas de Atención de Intervención en Crisis

Interpretación: Inicialmente, sólo en un caso se evidencian estas acciones; sin embargo, luego del proceso de Intervención, al menos seis (6) de los pacientes de la población logran llevar a cabo ciertas tareas cotidianas, de los cuales cuatro (4) se encuentran en el segmento que ha recibido ambos tipos de Intervención en Crisis. Los cambios en el accionar de la persona, dependen del significado que le vaya otorgando a su situación, esto es en función tanto de su predisposición como del tiempo que tenga para la asimilación de los cambios evidenciados y produzca la respuesta que considere necesaria.

⁸ Se toma en cuenta conductas adaptativas a todas aquellas que se han presentado como respuesta activa a la enfermedad: independencia en las actividades de la vida diaria, establecimiento de relaciones sociales, hábitos alimenticios mantenidos

GRÁFICO Nro. 7: CONDUCTAS DESADAPTATIVAS



Elaborado por: Adriana Paredes y Verónica Pazmiño
Fuente: Fichas de Atención de Intervención en Crisis

Interpretación: En este aspecto nueve (9) de los pacientes antes de iniciar el proceso muestran conductas desadaptativas, lo que quiere decir que, casi la totalidad de los casos atendidos no se encontraban en condiciones de adaptación. A pesar de la Intervención que se pudo realizar, estas conductas se mantuvieron en cuatro (4) de los casos; hallándose estas dificultades, esencialmente, en los pacientes que recibieron Intervención de Segunda Instancia exclusivamente. No es de extrañarse que las personas que no han recibido una atención primaria, al no tener la contención necesaria ante el shock que sufren, continúen presentando las respuestas iniciales porque no saben manejar de otra manera lo que están viviendo, y a mayor tiempo transcurrido la situación puede transformarse en una situación traumatogénica.

B. ANÁLISIS DE CASOS DE INTERVENCIÓN EN CRISIS FRENTE A OTROS FACTORES SOCIALES

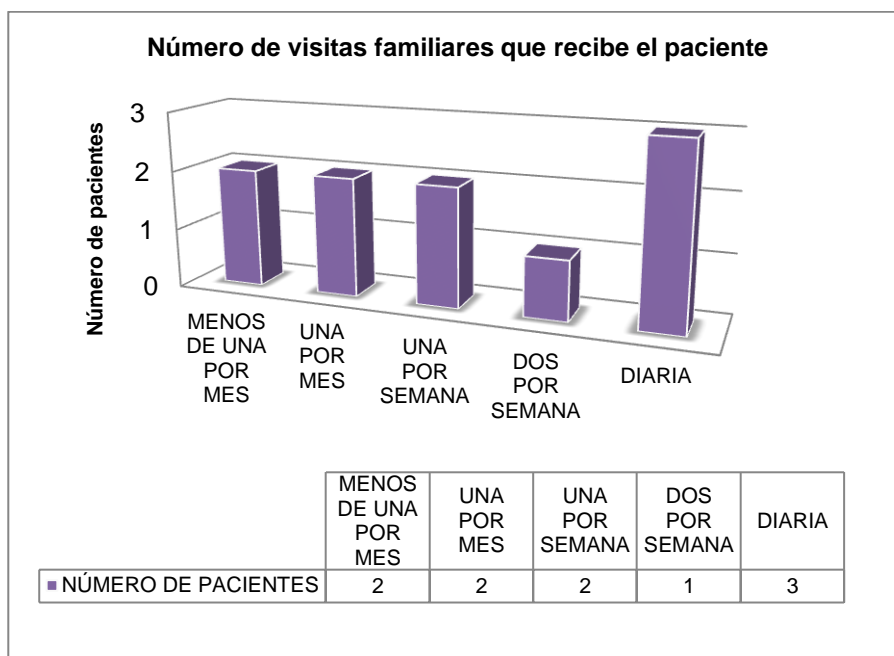
Si bien la atención terapéutica es esencial y puede arrojar resultados con el adulto mayor con diagnóstico oncológico en etapa terminal, se debe tomar en cuenta la influencia que ejerce el factor social: tanto la familia como el personal asistencial, para

⁹ Se entiende por conductas desadaptativas las que van en detrimento de la relación que la persona manifiesta hacia su entorno como por ejemplo: aislamiento social, falta de independencia para las actividades de la vida diaria (cuando la persona está en la capacidad de hacerlo), molestia y desagrado en relación a actividades propuestas.

lograr resultados realmente beneficiosos del trabajo terapéutico con la población. Se ha decidido dividir la información en dos partes, lo cual permitirá visualizar con mayor facilidad la información así como realizar un análisis correlacional entre las variables.

- Frente a la familia

GRÁFICO Nro. 8: VISITAS FAMILIARES

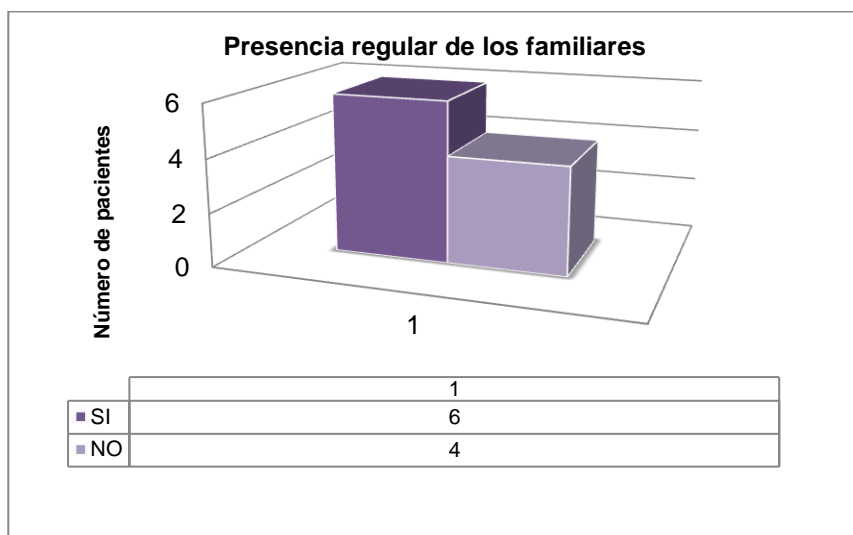


Elaborado por: Adriana Paredes y Verónica Pazmiño
Fuente: Fichas de Atención de Intervención en Crisis

Interpretación: Se nota una variada gama en cuanto a número de visitas, el mayor número corresponde a la visitas diarias que se encuentra en tres (3) de los casos, lo cual es un dato sumamente bajo considerando que los pacientes tienen una hospitalización de tipo permanente. Se considera que la presencia familiar tiene un efecto satisfactorio y resulta una red de apoyo para quien está atravesando un momento de confusión. Si no hay esta presencia activa, rehusará otro tipo de contacto porque se encontrará en un lugar desconocido y amenazante para su integridad.

¹⁰ Es importante este ítem, pues el soporte familiar es uno de los recursos personales y sociales que posee la paciente con cáncer.

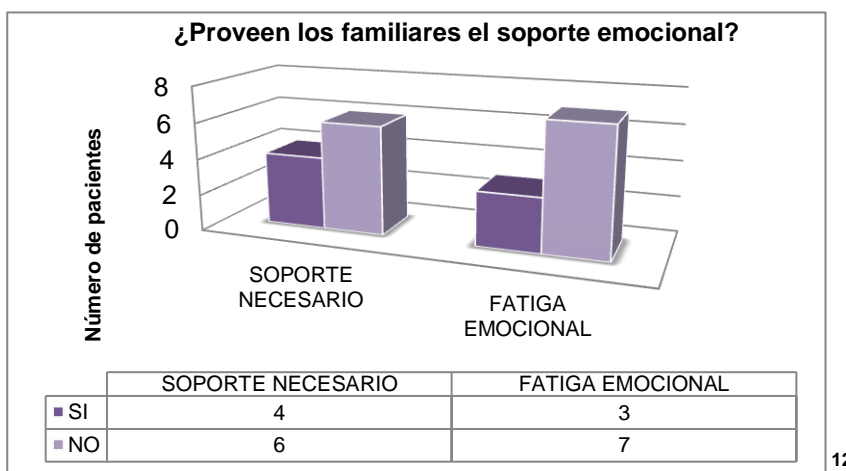
GRÁFICO Nro. 9: PRESENCIA REGULAR DE LA FAMILIA



Elaborado por: Adriana Paredes y Verónica Pazmiño
Fuente: Fichas de Atención de Intervención en Crisis

Interpretación: Al menos seis (6) de los pacientes atendidos, han tenido una presencia regular de visitas por parte de sus familiares. Es un índice bajo tomando en consideración que, el tiempo estimado de permanencia de un adulto mayor con cáncer es de aproximadamente un mes desde el ingreso a la Unidad de Cuidados. La familia pese a incurrir en un compromiso de acompañamiento al paciente, deja toda la responsabilidad a cargo del personal asistencial, que distorsiona las funciones que se han establecido con anterioridad.

GRÁFICO Nro. 10: SOPORTE FAMILIAR



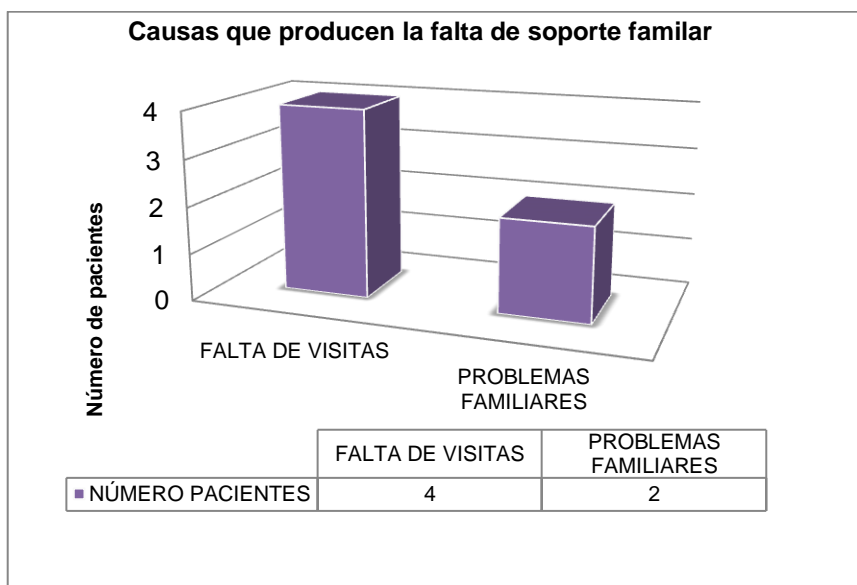
Elaborado por: Adriana Paredes y Verónica Pazmiño
Fuente: Fichas de Atención de Intervención en Crisis

¹¹ Se considera como regular las visitas de al menos una vez por semana.

¹² El soporte emocional está en función de mantener una relación afectiva con el paciente que le permita sobrellevar su situación crítica con la mayor cantidad de recursos sociales y que sepa que hay un sistema de soporte que lo protege.

Interpretación: Este gráfico permite ver que en la mayoría de los casos, en seis (6) no existe el soporte emocional proporcionado por la familia al paciente. Adicionalmente, se puede notar que en tres (3) de los cuatro (4) casos que sí existe este sistema de apoyo hay presencia de fatiga emocional por exposición prolongada a la crisis del adulto mayor que padece cáncer.

GRÁFICO Nro. 11: FALTA DE SOPORTE FAMILIAR



Elaborado por: Adriana Paredes y Verónica Pazmiño
Fuente: Fichas de Atención de Intervención en Crisis

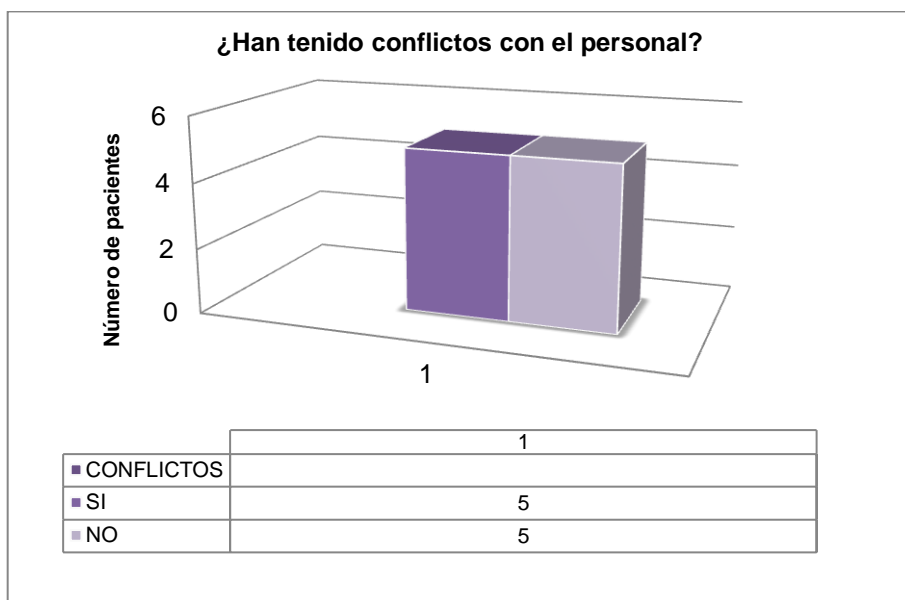
Interpretación: Es importante tomar en cuenta estos factores para determinar el tipo de trabajo a realizarse con los pacientes y la familia. La ausencia de visitas es la principal causa de la falta de soporte familiar y los conflictos familiares, y ambos inciden en el deterioro del paciente oncológico.

- **Frente al personal**

Se considera el personal a aquellos miembros de la institución que laboran en la atención directa del paciente: Equipo médico y auxiliares de las distintas áreas.

Para este caso el análisis se lo realiza a nivel general, incluyendo todos los aspectos relevantes y que tienen influencia directa con los factores a evaluar.

GRÁFICO Nro. 12: CONFLICTOS CON EL PERSONAL



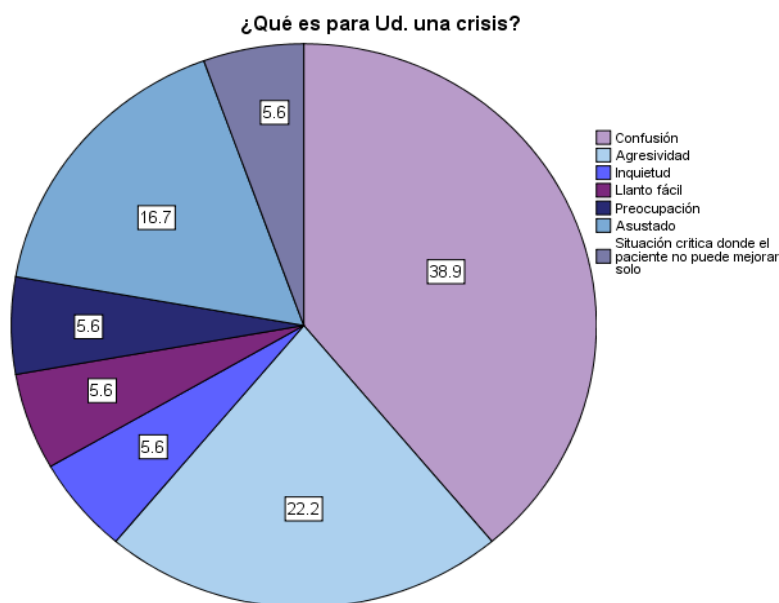
Elaborado por: Adriana Paredes y Verónica Pazmiño
Fuente: Fichas de Atención de Intervención en Crisis

En la mitad de los casos atendidos existen conflictos con el personal. Se refiere a las dificultades de relación personal-paciente, las que deben asegurar el bienestar psicológico del paciente. La mayor queja por parte de los pacientes que han referido conflicto, se centra en la mala atención que reciben por parte de los cuidadores (referida a la amabilidad y consideración con que se les trata), lo cual deja ver que hay aspectos que deben ser evaluados en el tipo de atención proporcionada por el personal médico y asistencial.

Para fortalecer la información encontrada frente a la incidencia del personal en la Intervención en Crisis, se ha visto necesario analizar los datos indagados directamente con los involucrados, resultados encontrados a través de la encuesta dirigida al personal de la Fundación ABEI Adultos (ver ANEXO 5, p. 132), que se señala a continuación. Hay que aclarar que para estos datos se tomó una muestra de 18 personas, de acuerdo a la predisposición de los mismos para colaborar con el proceso de investigación.

1) ¿Qué es para Ud. una crisis?

GRÁFICO Nro. 13: CONCEPTUALIZACIÓN DE CRISIS - PERSONAL

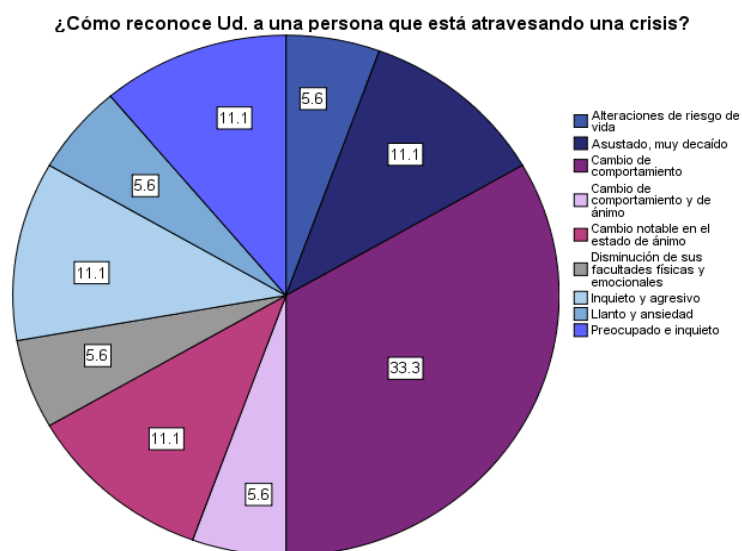


Elaborado por: Adriana Paredes y Verónica Pazmiño
Fuente: Encuesta dirigida al personal de la Fundación ABEI Adultos

Interpretación: El 38.9% de los encuestados asocian la crisis con confusión, es decir, toman en cuenta el momento desestructurante que sufre la persona, y que la desestabiliza.

2) ¿Cómo reconoce Ud. a una persona que está atravesando una crisis?

GRÁFICO Nro. 14: INDICADORES DE CRISIS - PERSONAL

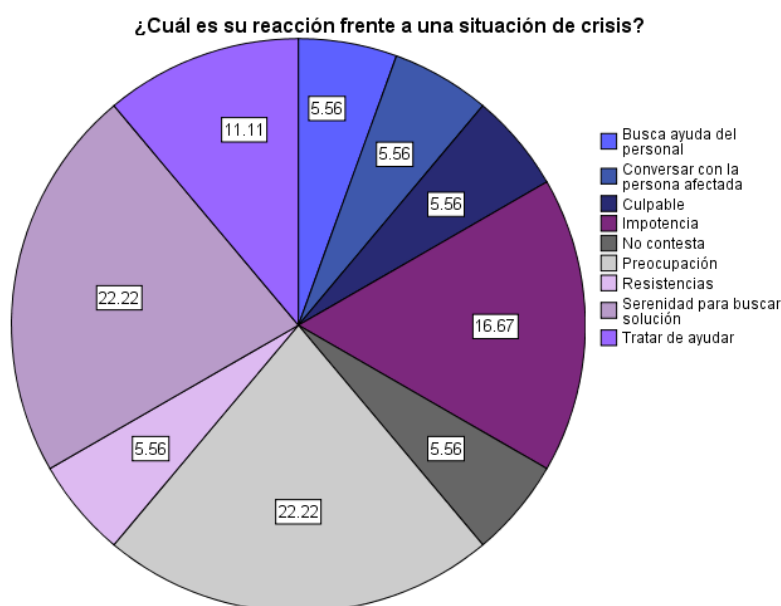


Elaborado por: Adriana Paredes y Verónica Pazmiño
Fuente: Encuesta dirigida al personal de la Fundación ABEI Adultos

Interpretación: El 33% asocia las crisis a cambios conductuales, debido a que este tipo de respuestas pueden ser evidenciadas con mayor rapidez. También se identifican ítems de importancia: cambios anímicos, poner en riesgo la seguridad y el decaimiento físico, que son indicadores que permiten identificar el momento oportuno para intervenir con el paciente.

3) *¿Cuál es su reacción frente a una situación de crisis?*

GRÁFICO Nro. 15: REACCIÓN DEL PERSONAL ANTE LA CRISIS

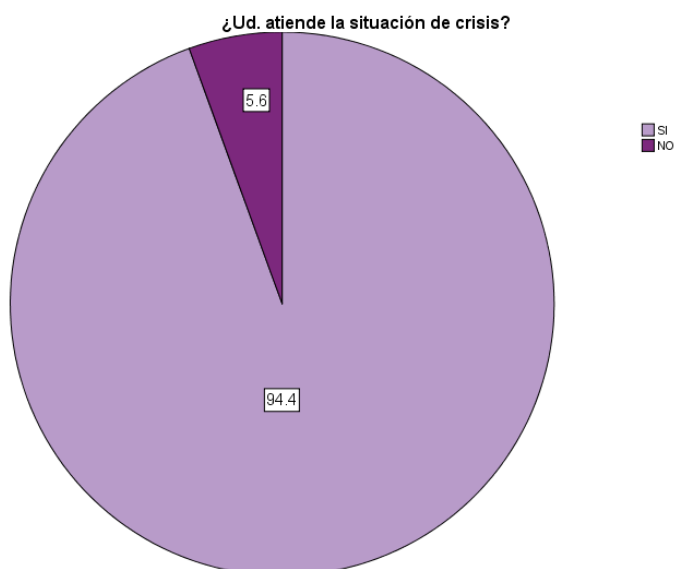


Elaborado por: Adriana Paredes y Verónica Pazmiño
Fuente: Encuesta dirigida al personal de la Fundación ABEI Adultos

Interpretación: El 22% del personal se encuentra preocupado al evidenciar que el paciente está en un proceso de crisis, lo cual puede dificultar el abordaje de una situación crítica; sin embargo, otro 22% toma esta circunstancia como una oportunidad para mantenerse calmado y encontrar las soluciones pertinentes.

4) ¿Ud. atiende la situación de crisis?

GRÁFICO Nro. 16: ATENCIÓN DE LAS CRISIS

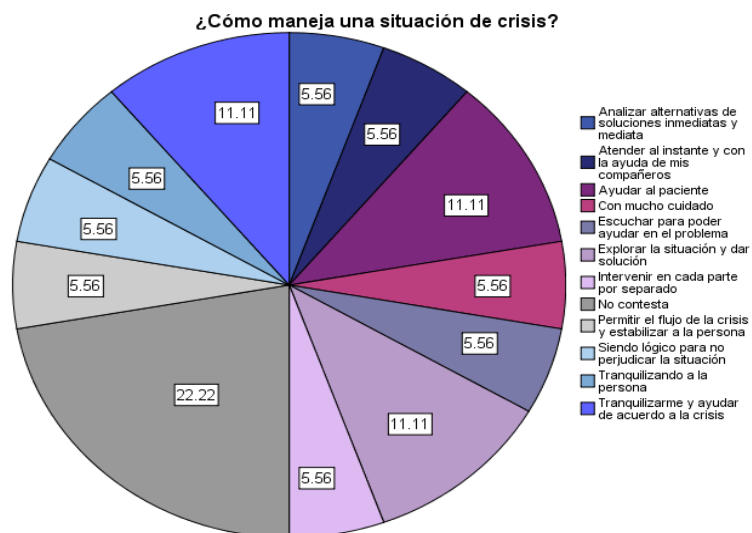


Elaborado por: Adriana Paredes y Verónica Pazmiño
Fuente: Encuesta dirigida al personal de la Fundación ABEI Adultos

Interpretación: El 94% de los encuestados dice atender las situaciones de crisis pero le otorgan una connotación de obligatoriedad, ya que constituye parte de sus funciones de trabajo; por lo que es importante saber de qué manera realizan el abordaje, a fin de identificar la eficacia de su accionar.

5) ¿Cómo maneja una situación de crisis?

GRÁFICO Nro. 17: MANEJO DE LA CRISIS



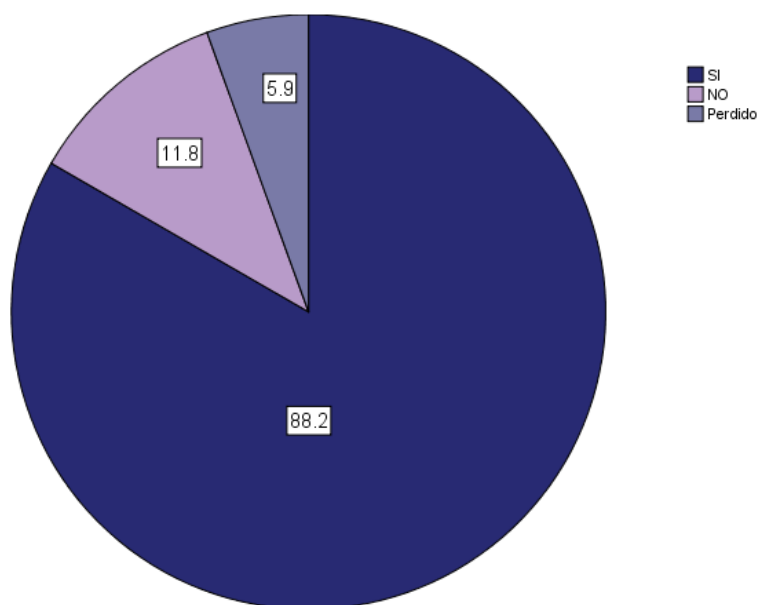
Elaborado por: Adriana Paredes y Verónica Pazmiño
Fuente: Encuesta dirigida al personal de la Fundación ABEI Adultos

Interpretación: Pese a que en la pregunta anterior la mayor parte responden afirmativamente a la Intervención en Crisis, el 22% no refiere el método bajo el cual proceden a dar soporte al paciente. Adicionalmente, las respuestas más comunes son vagas en cuanto a soluciones reales, refieren ayuda pero no con qué acciones específicas.

6) *¿Cree Ud. que necesita adquirir más conocimientos sobre cómo intervenir en una situación de crisis?*

GRÁFICO Nro. 18: DISPOSICIÓN DEL PERSONAL A CAPACITARSE

¿Cree Ud. que necesita adquirir mas conocimiento sobre como intervenir en una situación de crisis?



Elaborado por: Adriana Paredes y Verónica Pazmiño
Fuente: Encuesta dirigida al personal de la Fundación ABEI Adultos

Interpretación: El 88% del personal está dispuesto a capacitarse en Intervención en Crisis, pues consideran que existen aspectos del manejo de este tipo de situaciones que están fuera de su alcance y que necesitan de una metodología más didáctica de las acciones específicas para el abordaje. Mientras que un 11% refiere no necesitar, posiblemente en la razón de la desensibilización frente al trabajo que realizan no encuentran utilidad en este aprendizaje.

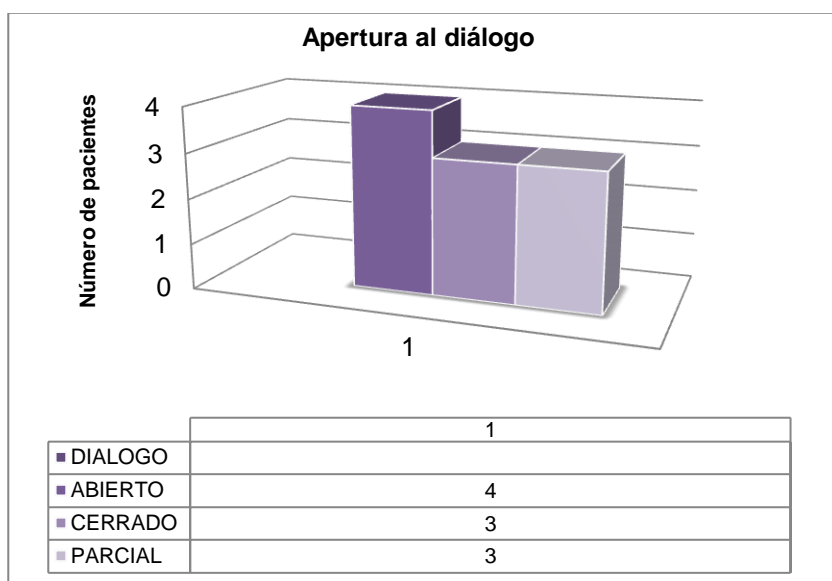
Luego del análisis, producto del aporte de información de las encuestas aplicadas al personal, se evidencia que realmente existen escasos conocimientos sobre el tipo de Intervención que se debe realizar con este tipo de pacientes. Lo cual da una perspectiva

del tipo de capacitación que requieren para al menos dar una atención de Primera Instancia; con acciones básicas de este tipo pueden solventar la demanda del adulto mayor que padece cáncer y que necesita un soporte directivo por parte de los cuidadores, en este caso, el personal asistencial de la institución.

- **Frente a las relaciones interpersonales**

Para este apartado se adopta la misma modalidad que para el personal, a través de un análisis de la información a manera de resumen de los aspectos relevantes que se han identificado.

GRÁFICO Nro. 19: RELACIONES INTERPERSONALES DEL PACIENTE



13

Elaborado por: Adriana Paredes y Verónica Pazmiño
Fuente: Fichas de Atención de Intervención en Crisis

En seis (6) de los casos, existen dificultades para mantener una conversación o contacto cercano paciente-asistente, es considerado un valor alto y preocupante, que requiere de un abordaje específico que no le produzca molestia al adulto mayor. El recurso social, es generador de satisfacciones para la persona, porque puede disfrutar del contacto de compartir información y de la compañía del otro, que está a su lado durante su enfermedad, impidiendo sentir frontalmente los efectos de la soledad y el abandono.

¹³ Se considera de la siguiente manera: Diálogo abierto, establecimiento con cualquier persona o visitante; diálogo cerrado, evasivo y reacio al contacto y sólo se comunican a través de monosílabos; diálogo parcial, en los casos que muestran apertura exclusivamente con las investigadoras de este trabajo.

De los casos que no establecen contacto, las dificultades surgen por la incomodidad de hablar acerca de las emociones esencialmente, lo cual origina alteraciones a nivel psicológico en este tipo de pacientes. Pese a que el paciente refiera explícitamente el deseo de estar solo e incomunicado, no se le debe permitir aislarse totalmente porque se contribuiría al deterioro acelerado de las relaciones interpersonales y emotivas, y por ende, a la calidad de vida del adulto mayor.

C. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES PRELIMINARES

- La Intervención de Primera Instancia, tiene un efecto de sostenimiento de la persona en crisis sepa que hay un soporte humano que le permitirá sentirse lo más cómodo posible al recibir los Cuidados Paliativos para su enfermedad.
- La Segunda Instancia, le permite elaborar aspectos de su situación que han quedado sin resolución debido al ingreso abrupto a la hospitalización, reduciendo así las preocupaciones del paciente.
- La Intervención en Crisis, tanto en los Primeros Auxilios Psicológicos como en la Terapia de Crisis, es un proceso estructurado que permite atender al paciente desde el inicio y otorga mayores beneficios para el adulto mayor porque el proceso de adaptación es factible que se presente.
- Los factores: familia y personal asistencial, son elementos esenciales que constituyen los nexos afectivos cercanos al paciente que está en la etapa final de su enfermedad y es importante integrarlos al trabajo de Intervención.
- Se considera importante que los Primeros Auxilios Psicológicos tengan una metodología directiva, a fin de poder ser ejecutados por el grupo asistencial que tiene a cargo el cuidado y tratamiento del adulto mayor.
- La Terapia para Crisis debe permitirle al paciente elaborar las situaciones anteriores en las que se ha sentido vulnerado, para poder establecer un lazo terapéutico sólido y que sepa que no se repetirán las situaciones de abandono y desamparo a las que se le ha sometido.
- En cuanto sea posible se debe intervenir en ambas instancias con el paciente a fin de que disponga de los recursos necesarios para adaptarse a su situación y le permita llevar un proceso de duelo anticipatorio.
- El factor social debe sumarse a la planificación de las estrategias de Intervención en Crisis, para consolidar los objetivos de los Cuidados Paliativos - otorgarle un ambiente seguro y amigable al paciente- disminuyendo en lo posible las preocupaciones que le invaden en la última etapa de vida.

A partir de la información procesada, se puede establecer una mejora en el sistema de trabajo de Intervención en Crisis con el adulto mayor con diagnóstico oncológico mediante un proceso elaborado en base a las falencias reconocidas en el análisis, tanto para el trabajo de Primera Instancia como el de Terapia para Crisis.

Se debe tener en cuenta que cuando estamos frente a un enfermo terminal, estamos ante todo frente a un ser humano con demandas y necesidades tanto físicas y psicológicas, como sociales. El paciente con cáncer demanda al médico alivio a sus malestares físicos, pide al psicólogo la paliación de su sufrimiento. Adicionalmente, como se constató en el análisis de casos, se mantiene en la expectativa de que su entorno social proporcione: comprensión, expresiones de afecto, seguridad, contacto humano, aceptación, pertenencia y participación. A la vez solicita, a estas tres áreas (equipo, familia, sociedad), que reconozcan su dignidad que no se les debe privar por su enfermedad, ni por su vulnerabilidad, ni por su fragilidad.

Es así que, la propuesta de Intervención en Crisis expuesta por las autoras del presente trabajo, se sustenta básicamente, en un modelo tríadico – paciente, familia y personal médico y asistencial –, que tenga como finalidad ser directivo, activo y sobre todo breve, para atender una situación crítica presente en el adulto mayor con diagnóstico terminal, se debe actuar de manera inmediata y eficaz. Tomar en cuenta, en cada momento, la subjetividad, la particularidad y la dignidad del paciente.

3.2 Primeros Auxilios Psicológicos en la atención del adulto mayor con diagnóstico oncológico en etapa terminal

Como ya se ha expuesto anteriormente, el primer contacto puede ser proporcionado por el psicólogo clínico o por cualquier persona que haya sido anteriormente capacitada en el tema. El objetivo es proporcionar, al momento del ingreso, así como durante la permanencia del adulto mayor que tiene diagnóstico oncológico en etapa terminal en la Unidad de Cuidados Paliativos, apoyo emocional inmediato, para lograr reducir el consecuente deterioro psicológico al que puede llevar una crisis.

A continuación se disponen algunas pautas, que se estima de mucha utilidad a la hora de asistir a este tipo de pacientes en situación crítica, las mismas que tienen como referencia el modelo presentado por Karl A. Slaikeu (1996) y, además, se sustentan en el trabajo de investigación realizado en la Unidad de Cuidados Paliativos de la Fundación ABEI - Adultos.

Resulta indispensable, como puntualización esencial en el momento de establecer un primer contacto, **identificarse por el nombre e identificar el rol**, que como profesionales de la salud o como asistentes, se ha de desempeñar. Esta es una manera respetuosa de acercamiento al paciente en situación crítica.

Por otro lado, al **especificar claramente el papel que se va realizar**, quedan establecidos los límites y el campo de acción dentro de los cuales el trabajo de Intervención tendrá lugar; y así evitar confusiones sobre el tipo de ayuda que se podrá brindar. Por esta razón, en este *primer contacto*, es importante ser claro y asegurarse de que la persona haya comprendido la función que cumplirá; para que posteriormente no se formulen ideas equívocas y, muchas veces, esperanzadoras respecto al área específica en la cual se trabajará.

Al realizar esta presentación previa, el adulto mayor siente que respetan su ser, y no percibirá la presencia del terapeuta o del asistente como adusta e invasiva.

De la misma manera, **dirigirse al paciente por su nombre**, afianza la relación que se quiere establecer. Con esta sencilla pero muy oportuna acción, se está reconociendo y legitimando su individualidad, lo que genera en este tipo de pacientes la sensación de estar siendo escuchados, aceptados y comprendidos.

El apoyo que debe recibir por parte del psicólogo clínico o del asistente, debe basarse en la **legitimación de sus sentimientos, sus emociones, sus percepciones y sus cogniciones**, esto le ayudará a soportar la ansiedad generada por su condición.

Antes de comenzar un trabajo de Intervención, es fundamental **cerciorarse que en ese momento, el adulto mayor, no experimente dolores físicos**, de ser así, se debe solicitar ayuda al equipo médico para aliviar el dolor. Esta previsión supone un punto crucial al momento de abordar el malestar psicológico del adulto mayor y la paliación de su sufrimiento. Además, tiene como objetivo que el paciente, se encuentre con la mejor disposición para comenzar el trabajo terapéutico.

En base al trabajo realizado, se considera muy apropiado **utilizar frases empáticas y recurrir al contacto físico necesario y suficiente**, pues esto aumentará la satisfacción del paciente y mejorará la alianza terapéutica. El acercamiento físico es indispensable en el trabajo con el adulto mayor en etapa terminal, debido a que los sentimientos predominantes en ellos son el abandono y la soledad; de aquí que, sentir la cercanía de otro que está dispuesto a escuchar aquello que le perturba, significa restituirle su condición de sujeto frente a otro.

La actitud imperante de quién va a prestar este tipo de ayuda a lo largo de toda la Intervención debe ser: respetuosa, constructiva, creativa, cordial, serena, afectiva, propositiva, ni crítica ni prejuiciosa. No debe exagerar respecto a sus conocimientos, habilidades y competencias, pues debe estar consciente en todo momento de sus propias limitaciones, parcialidades y prejuicios.

Mantener autocontrol emocional. Es necesario que el profesional, al momento de realizar una intervención, muestre seguridad y confianza sin verse desbordado o dominado por las emociones del paciente oncológico, para poder brindarle una ayuda eficaz.

Cualquier persona que proporcione Primeros Auxilios Psicológicos, debe **facilitar la empatía, la confianza y la comunicación necesarias**; al lograr estos tres puntos, el adulto mayor podrá expresar sus emociones y así dar entrada a la catarsis; es decir, el terapeuta o el asistente, deben tratar de generar un ambiente propicio para la ventilación emocional.

Escuchar activamente todos los mensajes que el paciente entrega, ya sea a nivel verbal, no verbal o paralingüísticos, permite una mayor comprensión de la manera en cómo visualiza su actual situación.

A menudo, los pacientes con un diagnóstico oncológico terminal, experimentan sensaciones de impotencia, inseguridad, amenaza y desconfianza; resulta necesario comunicar siempre la verdad al ritmo de las necesidades y demandas del paciente, de esta manera se incrementará la credibilidad en el terapeuta o en el asistente. **Ser claros, veraces y realistas con el paciente**, evita alimentar en él, falsas esperanzas, por consiguiente, esto supone una gran ayuda en el proceso de aceptación y adaptación a su nueva situación.

Además, **la entrevista que debe realizarse, con este tipo de pacientes, tiene que ser de fácil comprensión**, eligiendo cuidadosamente los términos que se emplearán, evitando así, palabras complejas. Este tipo de comunicación se torna indispensable ya que, por lo general, son pacientes que se encuentran débiles, fatigados y/o padecen deterioros o pérdidas en sus funciones psíquicas superiores.

La comunicación con un adulto mayor en etapa terminal, muchas veces, suele ser difícil, debido a la convergencia de muchos factores como labilidad emocional, inestabilidad de su estado físico, déficit en su vocalización, en su memoria y en su

atención, narración de relatos poco claros y confusos; se suma, además, el estado de crisis y da como resultado situaciones en las cuales se torna complicada la comunicación.

No obstante, es necesario que la persona, que va a brindar una intervención de primera instancia, se sienta seguro de sí mismo sobre cómo iniciar y mantener una buena comunicación, procurando hablar concretamente y con claridad. No escuchar solo lo que resulta fácil de entender o aquello que no genera aburrimiento. Adicionalmente, **se debe poder adoptar una postura abierta e imparcial**, de tal manera que el adulto mayor perciba una sincera disposición a escucharlo, mostrando gestos faciales relajados sin importar el tipo de suceso que esté narrando. Evitar un trato distante y mecánico.

En momentos críticos, quien asiste al adulto mayor debe transmitir aceptación, comprensión, respeto y confianza, y de esta manera, **motivar a la expresión emocional e invitar al paciente a hablar**, a escucharse y a darse cuenta de las actitudes, sentimientos y emociones que está experimentando como respuesta a su enfermedad. Por lo tanto, no se ha de confrontar al paciente, sino dejar que exprese sus pensamientos y emociones abiertamente, ni obligarlo a modificar su estado emocional o sus conductas, siempre y cuando se advierta que no suponen un peligro para su bienestar físico y psicológico.

Asimismo, cuando no representen un peligro o dificultad para el paciente, para sus familiares y para el equipo asistencial de la institución, **no se ha de intentar modificar las conductas defensivas de las cuales se está valiendo el paciente para asimilar su actual estado**, ya que éstas conservan el funcionamiento de la personalidad durante la fase crítica.

Otro punto importante que se debe tener en consideración, no sólo en Primeros Auxilios Psicológicos sino también en Terapia para la crisis, es **delimitar las necesidades de conocimiento específicas que tiene el paciente respecto a su enfermedad y su evolución**. Esto se debe, y como se mencionó con anterioridad, a que existe cierto tipo de información que el paciente no desea conocer, así como detalles de los cuales prefiere mantenerse al margen, y cierto tipo de información que pide ser comunicado de manera parcial. Se debe dar valor y respetar el ritmo que ha establecido para la asimilación de la información. Sin embargo, esto no quiere decir que debemos dejar de informarle sobre su estado; se trata de informar adecuadamente en contexto, forma y contenido, de manera que se logre disminuir la ansiedad y el estrés consecuentes de la incertidumbre o realidad construida por el adulto mayor asistido en cuidados paliativos. Una manera de aliviar el sufrimiento y la ansiedad del paciente es

minimizando el impacto emocional mediante una adecuada información; para lo cual no bastará con limitarse únicamente en proporcionarla sino en ayudar al paciente a asimilarla.

Como profesionales de la salud mental, trabajando para un grupo de personas que padecen un mal fisiológico, se debe **estar familiarizado con la terminología y los procedimientos médicos acerca del cáncer**, a fin de brindar una ayuda eficaz al paciente, respondiendo cada una de sus dudas respecto a su enfermedad.

Es fundamental poder **reconocer las diferentes emociones e identificar si están enfocadas en la enfermedad o si están generadas por otra situación en particular**, para lo cual es necesario indagar sobre otros factores que estén causando malestar en el paciente, y que son encubiertos por el cáncer; este reconocimiento le permitirá al adulto mayor asumir de qué manera están afectando estas manifestaciones emocionales en su dinámica relacional con los demás.

Por otro lado, **hacer preguntas permite extraer información específica y así obtener un mejor entendimiento de las circunstancias**, de aquí que, para que las personas puedan hablar sobre aquello que les perturba, se necesita saber interrogarlas. Hacer preguntas genera en el paciente respuestas sobre sus síntomas y su malestar, tomando partido sobre su situación y responsabilizándose sobre sus pensamientos y percepciones. El indagar mediante preguntas abiertas, permite elucidar si el paciente se encuentra en una etapa de negación de su enfermedad o si mantiene una actitud evitativa frente a todo lo que le sugiere el padecimiento de un diagnóstico terminal. Por lo que, es necesario advertir si las preguntas que se le formulan le ayudan a aliviar su ansiedad o si la están incrementando; por esta razón, se recomienda tomar muy en cuenta cada una de las respuestas que da el paciente.

Del mismo modo, al preguntar le permite estar en capacidad de buscar respuestas dentro de su propio marco de referencias, promoviendo de esta manera, su autonomía y validando sus capacidades de autocuidado y autoayuda. Por lo que es necesario **evitar las aseveraciones**.

Las consultas que se utilicen dentro de la entrevista con este tipo de pacientes, no deben ser arbitrarias, ni tendenciosas, ni prejuiciosas, ni invasivas, ni darán oportunidad para que se las perciba como amenazantes para la integridad e intimidad; por consiguiente, **el empleo de preguntas no deberá plantear ni sugerir nuevos problemas que no hayan sido considerados por el paciente**.

Es necesario **identificar las percepciones del paciente respecto a su autoimagen, a su realidad inmediata y a su futuro**. De esta manera se examina si está estancado o no, en lo que podría haber sido o en lo que podría haber realizado. Frente a un paciente oncológico en etapa terminal, la comunicación debe centrarse en lo que puede hacer en lugar de lamentarse por lo que no se puede realizar, esto le permitirá tomar conciencia de sus habilidades y recursos, y además, ampliar las posibles vías de solución de sus conflictos actuales. En este punto, se debe evitar dar consejos pero sí sugerir opciones viables, que le ayuden a encontrar metas y objetivos realistas. Permitir que sea el paciente quién plantee objetivos y posibles soluciones a las preocupaciones o problemas que experimenta, con el fin de incrementar la percepción de control sobre su bienestar. El proveer al paciente de cierto sentido de dominio, es una manera de compensar la falta de control que tiene sobre el cáncer y su salud física, lo cual disminuye la tensión que experimenta.

Dentro del trabajo de Intervención, existen momentos en los cuales **se debe ser directivos** con el fin de maximizar la eficacia del proceso de Intervención en Crisis. Con la finalidad de minimizar los riesgos y deterioros psicológicos, pero sin favorecer la dependencia del paciente en el terapeuta o en el asistente; es decir, que se requiere saber dar indicaciones puntuales pero facilitadoras si la persona sufre una gran perturbación emocional.

Con el fin de desarrollar en el paciente nuevas habilidades de enfrentamiento eficiente, se ha de **indagar sobre el modo de enfrentamiento utilizado** previamente. Además, explorar el grado de amenaza que para él supone un diagnóstico terminal; considerando los recursos personales y sociales con los que cuenta el paciente, y de esta manera, atenuar el sufrimiento que está generando la enfermedad.

El psicólogo clínico debe **identificar y potenciar los recursos y las capacidades con los cuales cuenta el paciente**. Una vez registrados, propugnar el manejo de las preocupaciones -en conjunto con sus recursos-, para que la persona sea capaz de visualizar posibles soluciones, manteniendo la participación activa en la toma de decisiones inmediatas, encaminadas a aliviar el malestar y el sufrimiento.

Una vez determinadas las posibles soluciones a los conflictos más perturbadores, es necesario **evaluar junto con el paciente, los pros y contras de las acciones que llevará a cabo**. De manera que, dichas decisiones deberán ser establecidas desde la congruencia de las habilidades, los recursos y los valores del propio paciente.

Hay que enfocarse, de manera especial, en la capacidad de aprendizaje que tiene el adulto mayor frente a las dificultades, y en sus fortalezas, para reforzar y animar estos aspectos positivos y eliminar conductas inadecuadas; ya que, todos estos factores motivan e influyen en el paciente con cáncer un cambio encaminado hacia el afrontamiento funcional de la situación crítica.

El adulto mayor debe ampliar las posibles soluciones y el panorama de su actual situación, **ayudarle a percibir que pese a tener cáncer la vida continúa**. Que la enfermedad no le impide sentir afectos, emociones y afianzar los lazos con sus familiares; este cambio de perspectiva le permitirá apreciar y percatarse de todos los detalles de su vida y de las personas que ahora le rodean.

Animar al adulto mayor a llegar a este tipo de elaboraciones, por su propia cuenta, resulta una tarea difícil, sin embargo, si es posible iniciar en el paciente nuevas formas de percibir, pensar y sentir lo que está viviendo. Cabe tener en cuenta que, la tarea del profesional de salud no está encaminada en hacer algo por el paciente sino hacerlo con él.

Se debe auxiliar al paciente a comprender que no todos los problemas pueden resolverse en conjunto y de manera inmediata, sino que paulatinamente podrá ir abordando y jerarquizando sus problemas y preocupaciones. Para ello se debe distinguir de la manera más específica posible, preocupaciones, necesidades y situaciones de mayor temor para el paciente, e ir equiparándolas con las emociones expresadas, para lo cual el paciente debe tratar de mantener una observación específica y no generalizada sobre los mismos. Frente a un paciente que recurre a este tipo de generalizaciones, se ha de dirigir la entrevista de manera que se llegue a puntos específicos.

Explorar otras preocupaciones y **aclarar pensamientos erróneos**. Se hace indispensable explorar a qué motivo le está atribuyendo el paciente su malestar, su enfermedad y su actual situación; dependerá directamente de la cultura e idiosincrasia del paciente. Atribuir un diagnóstico terminal a un castigo divino o a la brujería, puede ser un intento por buscar una explicación menos agresiva a su enfermedad. Hay que mantenerse atentos a este tipo de pensamientos para poder aclarar cualquier duda o conceptos que el paciente ha formulado en torno al cáncer.

Dentro del trabajo con el adulto mayor asistido en cuidados paliativos, es recurrente la manifestación de fantasías de recuperación, por medio de métodos particulares, como el beber agua de hierbas purgativas o tomar otro tipo de sustancias; estas prácticas son potencialmente destructivas para el paciente, puesto que no hace

más que alimentar falsas esperanzas de curación, e incluso poner en riesgo la vida del paciente.

Finalmente, se debe **realizar un seguimiento para determinar si se alcanzaron o no los objetivos de los Primeros Auxilios Psicológicos**. Esto implica extraer información acerca de cómo ha ido manejando el paciente la crisis. En el caso de continuar en un mismo estado crítico sin modificación o avance alguno, es necesario realizar una derivación a un profesional de la salud mental, quién se encuentra mejor capacitado para manejar las dificultades y complejidades de una situación de crisis. Este procedimiento es conocido como *derivación*.

Es importante tener en cuenta que *no todos los casos requieren ser referidos*. Razón por la cual la persona que brinda una Intervención de Primera Instancia derivará un caso cuando el problema supera el nivel de la capacitación recibida y el propósito de la intervención que realizó. Otra causa por la cual es aconsejable realizar una derivación, es cuando surgen dificultades (inquietud e incomodidad) –en el asistente- para mantener contacto con un paciente en etapa terminal de cáncer.

3.3 Terapia para la Crisis o Intervención en Crisis de Segunda Instancia

Este proceso terapéutico breve tiene lugar cuando la intervención de primera instancia no alcanzó los objetivos esperados y los contenidos desestructurantes del psiquismo del paciente requieren de un mayor trabajo de análisis. La Terapia de Crisis, como una modalidad de psicoterapia breve, permite cambiar el rasgo más perturbador del síntoma y ayudar al paciente a adquirir un nivel superior de funcionamiento, mediante el des-aprendizaje de aquello que ha sido aprendido de manera deficiente y el aprendizaje de aquello que le ayudará en la resolución eficaz de futuras crisis.

Sin embargo, no en todos los casos, este tipo de terapia resulta efectiva. Esto dependerá, tanto de la dinámica psicológica del paciente como de sus recursos e historia personal. Por lo que sería más adecuada la terapia a largo plazo o a su vez la farmacoterapia, dependiendo de la sintomatología del paciente y su evolución respecto a la crisis.

El adulto mayor con cáncer terminal se encuentra en un constante *riesgo psicológico*, de manera que, este tipo de terapia ayuda a trabajar con el impacto psicológico y emocional que produce el cáncer, a fin de que no se desarrollen

condiciones más graves, crónicas y patológicas. En este tipo de modalidad de psicoterapia, el terapeuta debe protagonizar un papel más activo, creativo y directivo de manera que su intervención sea ágil y oportuna; todas ellas son habilidades que se necesitan para el trabajo con pacientes oncológicos terminales.

El número de sesiones y su duración deben ir de acuerdo al tipo de paciente. Algunos necesitarán más tiempo y otros, en cambio, requerirán de menos tiempo para poder hacer elaboraciones cognoscitivas que le ayuden a sobrellevar su condición. Por tanto, el número de sesiones y su duración deben ser las necesarias y las suficientes para cada tipo de paciente.

El método empleado para este tipo de intervención varía de paciente a paciente, aunque padezcan la misma sintomatología manifiesta y la situación crítica disruptiva –cáncer-. En base al trabajo de investigación realizado, los métodos de intervención que se proponen para el abordaje son: la interpretación, la confrontación y la catarsis. Cualquier técnica que se utilice dentro del trabajo terapéutico, debe ser usada con cierta habilidad, para elegir el momento oportuno y el procedimiento de intervención apropiado, para que su uso resulte beneficioso y no, al contrario, perjudicial para el paciente oncológico terminal que se encuentra vulnerable ante los cambios que se suscitan.

Cabe resaltar que la catarsis representa solo un alivio temporal, su utilización permite revivir el suceso de crisis una vez más, y esto ayuda a evitar la negación o la represión. Sin embargo, este método por sí solo no es suficiente para producir una adaptación o cambio en el paciente, por lo que es indispensable utilizarlo junto con otro tipo de métodos. Por otro lado, el método de la confrontación no debe ser empleado en forma indiscriminada, se la debe utilizar solo si es necesario; por ejemplo cuando el paciente no quiere abandonar ideas erróneas, las cuales ya han sido explicadas con anterioridad y en varias ocasiones.

A veces, resulta necesario y útil contar hechos propios -del terapeuta- a fin de aliviar la ansiedad del paciente oncológico, al experimentar emociones intensas y que no se permite expresarlas. Se debe instruir a la persona acerca del papel de los sentimientos en el funcionamiento psicológico global, y alentar modos apropiados de expresión.

En definitiva, toda destreza que se adquiriera a través de la utilización de algún método de intervención, deberá ser empleado por el paciente al enfrentar situaciones críticas y no a generar otras.

A continuación se plantea un sistema de trabajo, en el cual se revelan ciertos abordajes que pueden ser ejecutados oportunamente, de acuerdo al avance del paciente.

Se describen los puntos relevantes, por sesión, en un proceso de seis sesiones (lapso aproximado de duración de un tratamiento):

- **Primera Sesión**

- a) Durante esta sesión se trata de identificar el síntoma principal respecto al cáncer, y cómo el paciente ha tratado de adaptarse a su enfermedad; es decir, hay que identificar qué estrategias de enfrentamiento ha utilizado y si éstas le suponen un éxito o un fracaso. También se debe evaluar sus reacciones conductuales y emocionales frente a su enfermedad como ira, tristeza, agresividad, aislamiento, dependencia, etc. Para, de esta manera promover un adecuado control emocional y modificación de conductas inadecuadas.
- b) Igualmente, se ha de explorar y entender el impacto que ha tenido el cáncer; la manera que el paciente está viviendo actualmente su situación -hospitalización en la institución-, y cómo está sobrellevando el cambio en su cotidianidad debido a su afección física.
- c) En esta sesión, además, se trabaja con el paciente para que adquiera una visión más amplia de su situación y no estancarse en una “visión en túnel” característica de una crisis; por lo que, se le ayuda a evaluar más opciones y alternativas.
- d) Se debe investigar la manera en cómo el paciente y su familia han manejado la noticia del diagnóstico y pronóstico médico.
- e) Se ha de indagar exhaustivamente sobre la dinámica psicosocial del paciente, de una manera sutil, espontánea y apropiada. Es importante entender el medio en el cual convive el paciente. Es de resaltar que, la familia juega un papel importante en la estructura de la personalidad.
- f) Se establece también el contrato terapéutico, a fin de que se mantenga claramente el rol del terapeuta y que la alianza establecida sea dentro de los parámetros terapéuticos. Advertir si no se están formando otro tipo de alianzas, a fin de evitar el síndrome de *burn-out*.
- g) Se debe valorar la utilización de los sistemas de apoyo disponibles como la familia o los amigos.
- h) Finalmente, se realiza un cierre, resumiendo los puntos más sobresalientes, el rol y los parámetros que se jugará en las siguientes semanas y/o sesiones.

- **Segunda Sesión**

- a) Se comienza preguntando sobre la conciliación del sueño, estado físico, anímico y emocional, utilizando frases como ¿Cómo se siente hoy? ¿Hay algo que le molesta? ¿Cómo ha pasado estos días en esta institución? ¿Ha podido conciliar fácilmente el sueño? Con el fin de buscar otros síntomas manifiestos y trabajarlos mediante interpretación y explicación del y al paciente.
- b) Tratar de explorar qué sabe y qué concepto tiene el paciente sobre su enfermedad, los riesgos y su pronóstico, a fin de advertir si existe cerco de silencio o negación. Además, advierta fantasías destructivas o esperanzas de curación que el paciente pueda estar elaborando.
- c) El significado y la información debe ser extraída en forma terapéutica, tratando de no usar preguntas invasivas, en cierta forma percibidas agresivas para el paciente. El estilo de lenguaje que debe utilizarse debe ser sencillo y sutil. Dentro del trabajo con este tipo de pacientes, es oportuno pedirle que ubique el sitio del dolor y el órgano afectado por el cáncer, ya que, generalmente, éste es sobreestimado, sobredimensionado y puede formularse ideas erróneas sobre la fisiología del mismo. Este señalamiento permitirá aclarar las dudas e interrogantes que el paciente oncológico tiene sobre su enfermedad y rectificar los pensamientos equívocos; y de esta manera, aliviará la ansiedad del paciente frente a su cáncer.
- d) El conocimiento de lo que es el cáncer y lo que hace en su organismo, le ayuda a elaborar un trabajo de aceptación que ayudará en este proceso. También se ha de identificar y comprender la relación entre la enfermedad y las creencias del paciente, sus expectativas y sus percepciones. Si estas no tienen congruencia con la realidad se debe alentar al paciente para que las adapte a su condición actual.
- e) Evitar en el paciente con cáncer un deterioro de su propia valoración como individuo, evitando que el ambiente y rutina hospitalaria afecten su integridad, mostrándole respeto y dignidad tanto en el trabajo terapéutico como en el trato diario y los cuidados que se le brinde.
- f) Identificar los mecanismos de defensa y las emociones presentes en el paciente, a fin de poder evaluar su función adaptativa o desadaptativa.
- g) Finalmente, se cierra la sesión recapitulando la información relevante y haciendo énfasis en lo aprendido.

- **Tercera Sesión**

- a) Se debe trabajar y reforzar lo que se ha aprendido en las anteriores sesiones. Si es posible trabajar la sesión junto con el familiar más cercano al paciente. Para este fin, se debe haber investigado previamente la dinámica familiar, a través de la información obtenida de la anamnesis y de las entrevistas previas con el paciente. Se debe fomentar y facilitar la comunicación con sus familiares y con el equipo asistencial, con la finalidad de evitar futuros conflictos debido a la falta de comunicación.
- b) Se ha de insistir en el significado personal del cáncer e identificar las posibles *ganancias secundarias* que podría estar obteniendo el paciente. Para ello, indagará sobre el papel que juega la enfermedad en la vida del paciente, es decir, si con ella consigue atención, evade responsabilidades, controla o tiraniza a la familia. Cabe advertir que, el paciente, puede estar operando, inconscientemente, para empeorar su estado. También se ha de investigar sus ansiedades.
- c) Identificar las concepciones erróneas que formula el paciente respecto a su futuro, su familia y su cotidianidad. Al ayudarlo a eliminar estas concepciones por medio de un periodo de educación, explicación y aclaración sobre estos aspectos de su vida, se mostrará más cooperativo pues comprenderá más ampliamente su actual situación y sus posibles evoluciones. Además abre paso a ampliar su visión en túnel, hacia nuevas posibles vías para sobrellevar una vida con cáncer y las secuelas que éstas tendrán en ella. Le permitirá anticiparse a lo devastador de su enfermedad y armarse de mejores recursos para enfrentarla.
- d) Se cierra la sesión resumiendo los aspectos importantes trabajados por el paciente y haciendo énfasis en lo aprendido.

- **Cuarta Sesión**

- a) Se inicia preguntando al paciente cómo se ha sentido últimamente y solicitándole que describa en detalle los anteriores días. Tratar de mantener cierta continuidad entre las sesiones pidiendo al paciente que retome lo que se ha trabajado en las sesiones pasadas y qué piensa al respecto.
- b) Se confrontará al cáncer, se lo hará profundizando en la sensación de amenaza, el sufrimiento que genera y se enfatizarán los recursos que el paciente posee para hacerle frente. Pedirle nuevamente que describa el órgano enfermo, esto permite al terapeuta evaluar cuán distorsionada se encuentra su realidad respecto a la

enfermedad. Además, ayuda a identificar y a abandonar fantasías e ideas irracionales que aún podría sostener el paciente.

- c) Se explorará los miedos específicos que el paciente tiene a los síntomas físicos, a las emociones intensas, a la dependencia de otros, a la fatiga, y a la muerte. Puesto que, para el adulto mayor en etapa terminal, la muerte tiene varios significados, puede estar representada en la soledad, el abandono o en la pérdida del control sobre su vida lo cual le genera ansiedad, por lo que se debe explorar el significado específico de la muerte y la forma de morir para aclarar cualquier duda que el paciente tenga al respecto.
- d) Asistir al paciente en el duelo de sus múltiples pérdidas o muertes como el déficit en el funcionamiento de las capacidades físicas y cognitivas, mutilaciones, abandono por parte de sus amigos, de sus familiares, pérdida de su estilo de vida, etc.
- e) El abordaje del concepto de múltiples muertes durante el padecimiento de la enfermedad, da paso a un afrontamiento más directo del proceso de morir; que supone un estado de ansiedad intensa para el paciente pero que a su vez le permite expresar todo aquello que desconoce y teme sobre su propia muerte. Posibilitar la elaboración de un duelo preliminar.
- f) Finalmente, se cierra la sesión recapitulando la información relevante y haciendo énfasis en lo aprendido.

- **Quinta Sesión**

- a) Se inicia pidiendo al paciente que recuerde y repase el trabajo que se realizó en la sesión anterior. Se requerirá que describa, de manera muy específica, las emociones que experimentó cuando se abordaron temas como el de la muerte. Este paso permite al terapeuta evaluar qué emociones mantiene el paciente y cuáles han desaparecido temporalmente. También evalúa la función adaptativa o desadaptativa de dichas emociones, dentro del proceso de aceptación.
- b) Retomar lo que el paciente dijo anteriormente, sobre sus miedos y fantasías de muerte, con el fin de identificar si los conflictos respecto a la muerte han sido bien ventilados.
- c) Enfocarse en las tareas que se pueden realizar antes de morir, pese a la cercanía de la muerte como una realidad inminente, se puede disfrutar de pequeños detalles que la vida aún le ofrece como por ejemplo alegrarse por la compañía de

sus familiares; sin dejarlos pasar desapercibidos por mantener la atención en un futuro sombrío. Ayudarle de esta manera a vivir el día a día.

- d) Hablar sobre las necesidades de despedirse, de arreglar asuntos pendientes o de reconciliarse con quien mantenga diferencias. Estas son necesidades que causan malestar en el paciente moribundo, haciendo que el proceso de morir no transcurra de manera apacible. Este es un derecho que tiene toda persona, razón por la cual, se pide a los familiares que rompan con la conspiración o cerco de silencio¹⁴.
- e) Finalmente se debe fortalecer los logros terapéuticos obtenidos, se resume una vez más lo aprendido y se le informa al paciente sobre una última sesión.

- **Sexta Sesión**

- a) Esta última sesión está encaminada a que el paciente entrame el cáncer como parte de su historia personal, de manera que, esta concepción no le genere situaciones críticas ni malestar ni sufrimiento.
- b) De ser posible la última sesión se la hace en conjunto con el familiar más cercano, se revisa conjuntamente los logros terapéuticos y en base a esto se hacen los cambios pertinentes. Se responden inquietudes del familiar y del paciente; y se determinan las acciones concretas que el paciente, junto con la familia, realizará en momentos de difícil manejo. Estas acciones deben basarse en los cambios producidos durante el trabajo de Intervención y en las nuevas formas de aprendizaje del paciente.
- c) Se deja abierta la posibilidad de retomar nuevamente un espacio de terapia, si el paciente llegara a requerirlo.
- d) El cierre se lo realiza con una valoración global del proceso terminado.

Es necesario tomar en cuenta dos factores importantes, que contribuyen para la productividad y resultados producidos en el campo de trabajo de la Intervención en Crisis como son:

¹⁴ Entiéndase como una alteración de la información que suele ser utilizada por el familiar o el equipo asistencial, a fin de ocultar el diagnóstico y pronóstico de la enfermedad al mismo paciente o a las partes involucradas.

- **Familia**

La familia juega un papel fundamental al momento de suplir los vacíos emocionales que el enfermo, en situación terminal, necesita. Este recurso social brinda un sistema de apoyo importante para el paciente, con el fin de lograr un proceso de adaptación psicológica mediante la estabilidad anímica y la atenuación del sufrimiento. Razón por la que la familia debe formar parte del trabajo de Intervención que se realice con el adulto mayor. A continuación se presentan ciertos parámetros a tomar en cuenta en el trabajo conjunto de la relación paciente-familia.

- a) Se debe investigar aquello que produce disgusto al paciente respecto a su familia. Y, una vez identificada la causa, se la debe abordar de manera conjunta con el familiar, a fin de poder eliminar o mitigar en el paciente este malestar. Una de las razones recurrentes que se ha encontrado, en esta investigación, es la poca frecuencia de las visitas familiares. De aquí que, se ha de investigar los motivos de los familiares para mantenerse distantes del enfermo.
- b) Explorar e identificar la existencia del *cerco de silencio*, conocida también como conspiración del silencio. Este es un punto crucial para trabajar con la familia, explicarles que si bien en un principio es natural utilizar este recurso con el fin de evitar al paciente el dolor de conocer su diagnóstico y pronóstico, la situación puede acarrear un silencio que no ayudará al paciente. El desconocimiento sobre aquello que le está sucediendo genera en el enfermo terminal tensión, ansiedad, estrés y preocupación excesiva y tiene un efecto contrario a lo que se deseaba en un inicio. Se debe investigar acerca de la necesidad específica de la familia para ocultar esta clase de información.
- c) Examinar posibles sentimientos de culpa y responsabilidad presentes en los familiares más cercanos. Identificar si la familia actúa en función de estos sentimientos, ya que muchas veces para compensarlo se sobreexigen en los cuidados de su familiar enfermo e inevitablemente llegan a la claudicación del paciente por fatiga emocional. Si los familiares no se encuentran en la posibilidad de brindar soporte emocional, el paciente se sentirá abandonado, lo cual obstaculizará el proceso de adaptación. Hablar con el paciente y la familia de manera conjunta para explicar que hay cosas que el familiar podrá realizar y otras que competen al equipo médico realizarlas sin supervisión del familiar. Además, el paciente puede realizar ciertas actividades por sí mismo, si las circunstancias son favorables. Una presencia muy constante resulta perjudicial tanto para el familiar como para el paciente, ya que fomenta la dependencia total y refuerza las

ganancias secundarias. Por otro lado, la sobrecarga de responsabilidades llevará inevitablemente a una fatiga emocional del familiar. Es importante establecer los límites necesarios para evitar la sobrecarga emocional y de tareas a un solo miembro de la familia.

- d) Hay que tener en cuenta que la familia es el cuidador primario del paciente terminal, y que requiere también de cuidados. Si este sistema se encuentra estable emocionalmente, será de gran ayuda al adulto mayor, ya que podrá contar con un recurso viable; le brindará un apoyo emocional óptimo y eficiente en el trabajo de aceptación del cáncer como parte de su trama vital.
- e) Se recomienda ayudar al familiar a elaborar un duelo preliminar, que le servirá para aliviar la agudeza del impacto y reacciones frente a la muerte de su ser querido. La familia debe poder adaptarse a esta pérdida, expresar su dolor y permitirse hablar sobre sus emociones y preocupaciones.
- f) El paciente terminal puede percibir cuando existe preocupación en la familia, estas preocupaciones el paciente las hará suyas y obstaculizará el proceso de aceptación. Es decir, las conductas, ideas y emociones desadaptativas de la familia van a terminar desadaptando al paciente.
- g) Se debe dejar abierta la posibilidad de volver a tener un encuentro con la familia después del fallecimiento del paciente, de manera que se pueda manejar óptimamente la pérdida del ser querido.

- **Personal Asistencial**

- a) El equipo médico como el equipo auxiliar es otro de los recursos en el cual, el enfermo terminal se apoya en momentos críticos. Por lo que, este sistema debe estar muy bien capacitado en el tema de Intervención en Crisis, a fin de poder detectar, informar y detener posibles deterioros psicológicos en los pacientes que están a su cuidado. Se debe proporcionar la capacitación suficiente para poder identificar situaciones críticas, cómo atenderlas, cómo manejarlas y cómo reaccionar frente a ellas, manteniendo el control de sus emociones y cuidando su salud psicológica.
- b) El distanciamiento o abandono del paciente y el hecho de adoptar un contacto frío y mecanicista, genera malestar en el paciente, creando relaciones conflictivas con el equipo asistencial. De aquí que, se ha de explicar que el distanciamiento no es respecto del paciente sino respecto de sus propios miedos a la muerte; por lo que,

la tarea del profesional de salud debe encaminarse a explorar los miedos específicos del personal, mediante constantes seguimientos, a fin de evitar este tipo de relaciones conflictivas.

- c) Compartir el sufrimiento ajeno constituye un evento emocionalmente agotador y de gran impacto emocional, lo que supone un riesgo para la salud mental de la persona que brinda ayuda. Por lo que, es importante proveer información sobre el estrés y las diversas formas de afrontar las reacciones emocionales frente a un enfermo terminal en crisis.

Dicha información le permitirá reconocer sus propias emociones y reacciones, de modo que pueda tomar decisiones y ejecutar acciones activas para su auto-cuidado y el de sus compañeros; evitando, además, el síndrome de quemamiento o *burn-out*. De esta manera para que el personal asistencial pueda ayudar en forma eficaz al adulto mayor con cáncer, debe mantenerse en condiciones óptimas para continuar con su función; para lo cual, es indispensable, fomentar el auto-cuidado en el equipo médico y auxiliar.

3.4 Elaboración del duelo en el paciente con cáncer

La elaboración de un duelo deviene como proceso natural en la persona que ha experimentado una pérdida, sin embargo, antes de comprender la dimensión de este impacto es importante entender el significado de apego. Como Bowlby(1998) señala el apego es generado en función de las necesidades básicas: protección y seguridad, las mismas que se hallan en el lazo afectivo que se establece con ciertas personas a lo largo del ciclo vital, y que desencadena una serie de conductas a través de las que se concreta la presencia física del objeto sobre el que se vierten los afectos; así como el autor refería en el caso de los niños que tienen manifestaciones como risas, llanto entre otras tantas, estas no son exclusivas de las etapas tempranas de desarrollo sino son predictivas de lo que sucede en el resto de la vida. En la adultez mayor, también se nota que las emociones suscitadas, por la pérdida de la salud y el los cambios producidos en su medio ambiente, se presentan en acciones concretas que reflejan el dolor o la alegría del contacto con otros.

Es esencial abordar acerca del apego en el tratamiento de la persona con cáncer, porque está en condiciones de labilidad emocional por el debilitamiento de la interacción con su entorno social; no es sólo la salud la que se ve afectada, sino los apegos que ha establecido con el resto de personas y que le devuelven una imagen de su propio ser.

Cuando en la vida surgen eventualidades, inevitablemente debe desprenderse de ciertas personas o de circunstancias consideradas satisfactorias para acoplarse a la nueva situación; estas renunciadas se consideran duelos. El duelo, es una herida que ha sufrido la persona por la pérdida un elemento especial, pero en este caso se produce por varios elementos que componen "la enfermedad". Toda herida debe ser sanada, por lo que es oportuno realizar un tratamiento de estos elementos que causan malestar en el paciente; es significativo el deterioro de la salud y de la calidad de vida, pero aún la muerte no ha llegado y se convierte en un proceso de anticipación para que el paciente pueda despedirse de todo aquello con que, de una u otra forma, guarda relación.

Entonces de lo que se trata en el paciente oncológico es un duelo anticipatorio, porque aún no se presenta la pérdida real, y como señala Worden (1997) "...la muerte es un desenlace que ya se conoce de antemano, y durante este período de anticipación el potencial superviviente empieza las tareas del duelo así como a experimentar las diferentes respuestas emocionales" (p. 150). En el contexto encontramos que no existe el potencial superviviente pues la muerte es el diagnóstico que tienen, pero se puede hacer hincapié en la necesidad de tratar de elaborar las tareas del duelo, para que la persona se vaya preparando y disminuyendo su incertidumbre frente al deceso, de tal manera que pueda aprovechar al menos lo que esté a su alcance en los últimos momentos de su vida.

A continuación se expondrán algunos aspectos relevantes, en base a elementos descritos por Worden (1997) y contextualizados al sistema de trabajo de esta disertación, que deben ser considerados en la Intervención en Crisis, porque mientras mejor solventados sean, se elevará la efectividad de cualquier herramienta que esté siendo usada:

- **Trabajar sobre la interdependencia.** Normalmente la mayoría de los vínculos afectivos se han disuelto en esta etapa del desarrollo; muchos ancianos deben vivir solos por la muerte del cónyuge, o por la disolución del núcleo familiar para dar paso a la conformación de las nuevas familias de los hijos, quienes a su vez adquieren responsabilidades y se desligan del cuidado de los padres. Sin embargo, se debe buscar el apoyo de los familiares como función de sostén, porque generalmente en los procesos de larga agonía se tiende a generar una separación e inconstancia del contacto familiar, lo cual desprovee al individuo de sus más estrechas relaciones afectivas y va en deterioro de su estabilidad psíquica.
- **Abordar las pérdidas múltiples.** El adulto mayor ya ha vivido momentos críticos y pérdidas significativas en su entorno social, por lo que se debe brindar una

posibilidad de hablar sobre este aspecto y que exprese sus temores frente a la relación con los demás y consigo mismo.

- **Conciencia de muerte personal.** El paciente sabe de su enfermedad de una u otra forma porque conoce el dolor a nivel fisiológico. Es importante reconocer hasta qué punto tiene información veraz sobre el diagnóstico y respetar los límites que se ha impuesto a sí mismo de mantenerse enterado del avance de la enfermedad. Depende de la persona cómo quiere enfrentar este proceso de acuerdo a sus capacidades, no se le debe forzar a hablar sobre lo que no quiere conocer, pues posiblemente aún no está en la capacidad psíquica de comprender su propia muerte y al superar las posibilidades puede desbordar en nuevas situaciones de crisis.
- **Soledad.** En sí mismo, el hecho de un estado de hospitalización produce una inserción en un ambiente hostil y desconocido para la persona, por lo que hay que señalarle que la presencia y la posibilidad de encuentro con otros individuos no está cerrada, sino que es un momento de apertura para establecer diferentes vínculos.
- **Grupo de apoyo.** Es muy significativa la perspectiva de crear nexos de comunicación con otras personas con el mismo padecimiento, por lo que se reconoce como positivo que el paciente pueda tener un compañero de habitación con las mismas características de salud, con la finalidad de que puedan compartir sus emociones y se sientan comprendidos. Se ha visto, que este elemento puede generar mejoras significativas a nivel de la estabilización del ánimo del paciente.
- **Evocar recuerdos satisfactorios en el paciente.** Este punto permite traer al presente experiencias anteriores que han producido alegrías, y le da una oportunidad a la persona de ver cuán amplio ha sido el bagaje de gratificaciones que han tenido lugar en el pasado, y tomar en cuenta los asuntos pendientes que le impiden mantenerse en el aquí y en el ahora.
- **Promover la independencia.** A pesar de saber que sus capacidades físicas están disminuidas el paciente debe tener un punto de encuentro consigo mismo, donde sea capaz de realizar una o varias actividades que no vayan en contra de su seguridad pero que le sean de ayuda para recordar que es un ente útil, y que el acontecimiento de la enfermedad no es el final de su posición como ser activo y de ser quien maneja sus propias decisiones.
- **Examinar las necesidades familiares versus las necesidades individuales.** Es importante tener presente que, si bien la familia tiene un potencial sanador para la persona, no todas las familias aseguran un estado funcional en el paciente. Se

debe discriminar ciertas acciones o pretensiones de los familiares respecto del tratamiento del paciente; la atención prioritaria es para el adulto mayor, y como tal, se le debe brindar el tiempo necesario para que elabore en su propio ritmo el proceso de despedida, es un procedimiento que no necesariamente se sujeta a las expectativas de la familia -que rechaza la idea de la muerte del familiar- porque esto implica adaptarse a una realidad distinta donde el enfermo no está presente y todos deben reconsiderar los roles que cumplían hasta el momento.

Los aspectos descritos anteriormente son puntos esenciales, que establecen un punto de partida, para llevar a cabo un proceso sistemático de elaboración del duelo a través de las tareas que se detallan a continuación:

- Tarea I: Aceptar la realidad de la pérdida
- Tarea II: Trabajar las emociones y el dolor de la pérdida
- Tarea III: Adaptarse a un medio en el que el fallecido está ausente
- Tarea IV: Recolocar emocionalmente al fallecido y continuar viviendo (Worden, 1997, pp. 27-35)

Por el trabajo realizado, al ser un duelo anticipado, sólo se trabaja sobre las dos primeras tareas con el paciente terminal, puesto que luego de su muerte propia, las dos tareas subsecuentes no se llevan a cabo con él, sino por los sobrevivientes, los familiares.

Es esencial que el paciente trabaje sobre la aceptación de la realidad de su muerte, cuando esté en capacidad de hacerlo, porque al no tener esperanza de cura es el destino que le espera, y el terapeuta debe ser un agente facilitador para dar lugar a esta confrontación. En muchas ocasiones, el paciente mismo o los familiares, tienden a negar la posibilidad de la muerte y tienen fantasías de sanación. El hecho de sostenerse en la negación le impide a la persona disfrutar activamente de los últimos días de existencia, le deja desprovisto de elementos para encarar los dolores en la agonía y refuerza los temores que existen frente a la muerte. El paciente se muestra ansioso por la llegada del fatal momento y es una idea perturbadora que le impide descansar, produciendo un deterioro y avance rápido de los síntomas.

Por otro lado, se ha enfatizado el lugar primordial que tienen las emociones. La mayor parte de los pacientes atendidos vinculan su experiencia psíquica sobre la enfermedad con las emociones que están presentándose en su cotidianidad. La pérdida, produce un dolor intenso que no se puede detener con la aplicación de fármacos, los pensamientos no ceden si no se da un procesamiento de los mismos. En ocasiones, se trata de acallar los sentimientos producidos, pensando que de esta forma desaparecen milagrosamente y el dolor se dejará de sentir; pero no se da de tal forma, porque es entonces que se presentan las conductas disfuncionales. No es necesario “no sentir, no

pensar” para olvidar la situación, es necesario precisamente sentir y actuar con decisiones activas sobre cómo desea vivir el tiempo de permanencia en hospitalización. Es permitirse sentir dolor pero a la vez estar satisfecho por las alegrías y la calidad de los afectos que está en capacidad de recibir y expresar a otros.

Como se ha constatado en la investigación de campo *no todos los duelos suceden de manera normal*, pueden devenir momentos críticos en su abordaje, o inclusive caer en patologías, que suponen un proceso mucho más prolongado que la modalidad de la Terapia de Crisis, y para ello se ha provisto de algunos datos que permiten el reconocimiento de los procesos más agudos en el paciente con cáncer:

- No puede hablar de su enfermedad sin experimentar una sensación de incomodidad constante o tendencia al llanto fácil.
- Situaciones de poca importancia puede desencadenar en momentos de alta inestabilidad emocional.
- En los contactos mantenidos hay una referencia a pérdidas producidas en el pasado, que le han desestabilizado notablemente.
- No asocia los dolores físicos con la enfermedad, sino que trata de disimular su molestia o disminuir la gravedad del suceso.
- Todo cambio le produce desagrado.
- Se muestra con frecuencia extremadamente demandante hacia el personal asistencial.
- Hay una tendencia a la tristeza, no se reconocen situaciones satisfactorias.
- Enojo y/o agresividad permanente hacia sí mismo, la familia o el equipo médico.

Finalmente, esta es sólo una dirección de las perspectivas de tratamiento. No obstante, debe prevalecer la creatividad en los mecanismos para llegar al paciente. Ante todo el asistente debe mantener una actitud altamente receptiva. Para el efecto, no será necesario satisfacer todas las demandas manifestadas por el adulto mayor porque muchas de estas están asociadas a la evitación del enfrentamiento de la enfermedad e impiden una adaptación positiva –luego, labilidad emocional-, sino analizar los procesos que son generadores de las mismas para reconocer el tipo de trabajo que requiere el enfermo dependiendo de sus particularidades.

CONCLUSIONES

- En el primer capítulo se abordó las *características y factores que permiten llevar a cabo un proceso de Intervención en Crisis, tomando en cuenta las particularidades del trabajo y de los recursos del paciente adulto mayor con diagnóstico de cáncer en etapa terminal*. La enfermedad, se ha convertido en una -magnitud catastrófica para la persona, se considera como el suceso disruptivo que ha generado cambios en su vida habitual. Se hizo un recorrido de las aplicaciones prácticas que se pueden tomar de la teoría, para posteriormente contextualizarlas a la propuesta de la disertación.
- El segundo capítulo abarca las *consideraciones a nivel psicológico de los cambios producidos en la persona como consecuencia del cáncer, haciendo énfasis en los efectos emocionales*, que son los de reconocimiento temprano. Se dilucidó cuáles aspectos son de tipo normal, y los que son productores de conductas desadaptativas en la persona, impidiendo su desarrollo habitual e interfiriendo con el proceso de restauración de la estructura psíquica que ha atravesado por un proceso desencadenante de situaciones. Se pudo comprender el conjunto de elementos que componen “la enfermedad” y establecer los puntos de atención prioritaria dentro del trabajo terapéutico.
- Por último, en el tercer capítulo se desarrolló *un análisis de los casos atendidos en la Intervención en Crisis y el consecuente desarrollo de un sistema de tratamiento* dirigido a subsanar las dificultades experimentadas en el trabajo directo con los pacientes (cfr. *Conclusiones y Recomendaciones Preliminares*, p. 63), en la áreas: emocional, afectiva y social, mediante lineamientos claros sobre la interacción que tiene con cada uno de estos elementos. Los Primeros Auxilios Psicológicos y la Terapia para Crisis han sido solventados, a través de la construcción del soporte técnico que desarrollo de la temática requiere.
- Se concluye que el abordaje del presente trabajo ha cumplido con su meta: *brindar un procedimiento de uso práctico, dirigida a la población de adultos mayores con diagnóstico oncológico que son atendidos en la Unidad de Cuidados Paliativos de la Fundación ABEI-Adultos* para lograr disminuir los efectos nocivos en el proceso de adaptación de la mayor parte de la población, a causa de la enfermedad, y permitir mejorar el desarrollo de sus actividades con un mayor soporte psicológico.

Alcanzados los objetivos propuestos para esta investigación, se puede decir que, el proceso de Intervención en Crisis de Primera y Segunda Instancias ha sido elaborado con el debido sustento teórico y las aplicaciones prácticas para el trabajo terapéutico. Comprobando la hipótesis inicial con la que se inició este trabajo, y es que, una Intervención en Crisis – de Primera y Segunda Instancias- ejecutadas eficientemente, *favoreciendo la restitución de un estado psíquico funcional del paciente adulto mayor con cáncer terminal que se encuentra en estado de vulnerabilidad psicológica*, y que necesita recibir un tratamiento oportuno que le permita, en lo posible, reducir el impacto a nivel psicológico y emocional que la enfermedad le ha generado.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda prestar especial atención al reconocimiento de la aplicabilidad de las herramientas de trabajo en una situación específica. No todas las técnicas tienen la misma efectividad en los pacientes, por lo que debe considerarse las particularidades en cada caso.
- En el tratamiento del adulto mayor, es recomendable, un seguimiento más directivo y cercano -afectivamente-, por la dificultad en el desarrollo de las relaciones interpersonales con profesionales de la salud. Como se sabe, la relación terapéutica, por sí sola tiene un efecto curativo en la persona, más aún cuando la empatía se establece en ese vínculo.
- Se recomienda indagar hacia qué situación o elemento se dirigen los afectos del paciente, para evitar subsanar –en lugar de la persona- conflictos propios y dirigirlos hacia el proceso terapéutico.
- Se considera indispensable promover, en todo momento, en el adulto mayor una actitud positiva y asertiva, que le permita tener mejor control sobre sus emociones y decisiones.
- Es esencial que pese a la ausencia del profesional de la salud mental, al ingreso del paciente a la institución, la Intervención de Primera Instancia sea proporcionada por cualquier miembro capacitado del equipo médico, para que la persona no quede desprovista de recursos oportunos que le permitirán comprender la situación que se ha presentado.
- Se recomienda el uso de un procedimiento de Intervención en Crisis para el tratamiento de pacientes con enfermedades en etapa terminal- con cáncer específicamente-, porque en la experiencia de las autoras se ha observado mejoras significativas en los enfermos a nivel psicológico, lo que procura un bienestar integral del mismo.
- Se considera que en los casos que el trabajo de Intervención no ha generado los resultados óptimos en la adaptación de la persona, se realice un tratamiento de análisis –de mayor duración-, considerando que pueden existir procesos traumáticos que preceden a la crisis producida por el cáncer.

- Se sugiere instar tanto a los familiares como a los amigos del enfermo a integrarse al tratamiento, a fin de contar con la mayor cantidad de redes de apoyo, para asegurar la calidad de vida en esta instancia.
- Se sugiere que los asistentes asistan a un proceso personal de terapia, cuando lo consideraran conveniente, por los conflictos emocionales que supone el trabajo con enfermos en estado terminal; porque se ha notado que la exposición a un foco estresante – pacientes oncológicos- puede desarrollar problemas en quien lo recepta constantemente, deteriorando su propio desarrollo y en otras ocasiones sosteniendo una “desensibilización sistemática”¹⁵, que sólo obstaculizará la atención prestada a este grupo.
- Es importante que se desarrollen grupos de estudio y foros entre los miembros del equipo interdisciplinario que componen la Institución para tratar temas como: la muerte, la prevención del *burn out*, manejo y solución de problemas, las herramientas y uso de Intervención en Crisis, entre otros, optimizando sus habilidades como profesionales y seres humanos -que prestan servicios a esta población tan vulnerable- evitando su deterioro anímico por la imposibilidad de facilitar soluciones oportunas a las crisis de quienes están a su cuidado.

¹⁵ No se hace mención -en este caso- a la *desensibilización sistemática* como el procedimiento utilizado por el enfoque cognitivo-conductual, sino al proceso evidenciado en el personal asistencial de la Fundación ABEI- Adultos, que debido a la exposición prolongada del tratamiento del paciente oncológico, genera una disminución de la sensibilidad y la empatía en el contacto con los enfermos.

BIBLIOGRAFÍA

Documentos Impresos

Arnold, Magda (1969). *Emoción y personalidad*. Bs. As., Ed. Losada S.A.

Bayés, Ramón (1985). *Psicología oncológica (Prevención y terapéutica psicológicas del cáncer)*. Barcelona, Ed. Martínez Roca.

Benyakar, Moty, Lezica, Álvaro (2005). *Lo traumático: Clínica y paradoja*. Bs. As., Editorial Biblos.

Bowlby, John (1998). *El apego*. Barcelona, Editorial Paidós.

Caplan, Gerard (1966). *Principios De Psiquiatría Preventiva*. Buenos Aires, Editorial Paidós.

Chemama, Roland (2004). *Diccionario de Psicoanálisis*. 2da edición. Madrid, Ed. Amorrortu.

Cordero Jaramillo, Leoncio (1976). *Tumores: Generalidades*. Cuenca, Ed. Publicaciones Municipales.

Erikson, Erik (1971). *Identidad, juventud y crisis*. Buenos Aires, Editorial Paidós.

Erikson, Erik (1994). *Un modo de ver las cosas: escritos selectos de 1930 a 1980*. Comp. Stephen Schelein. México, Fondo de cultura económica, sección de obras de Psicología, Psiquiatría y Psicoanálisis.

Greenberg, Leslie, Paivio, Sandra (2000). *Trabajar con las emociones en psicoterapia*. Barcelona, Ediciones Paidós.

Hartmann, Heinz (1969). *Ensayos sobre la psicología del yo*. 1ra edición. México, Fondo de Cultura Económica.

Herrera, E. Luis (2004). *Tutoría de la investigación científica*. Quito, Diemetrino Editores.

Meler Lorán, María Eulalia. et. al. *Depresión en patologías orgánicas*. Depresión en Oncología, edición Marzo 1999. Edicomplet, Madrid.

Papalia, Diane et al. (2009). *Desarrollo del adulto y vejez*. 3ra edición. México, Mc Graw Hill.

Parada, Enrique (2008). *Psicología y emergencia: habilidades psicológicas en las profesiones de socorro y emergencia*. Bilbao, Editorial Desclée de Brouwer.

Schavelzon, José et al. (1978a). *Cáncer: Enfoque Psicológico*. Buenos Aires, Ed. Galerna.

Schavelzon, José et al. (1978b). *Impacto Psicológico del Cáncer*. Buenos Aires, Editorial Galerna.

Slaikeu, Karl A (1996). *Intervención en crisis: manual para práctica e investigación*. México, El Manual Moderno.

Small, Leonard (1997). *Psicoterapias breves*. 3ra edición. Barcelona, Gedisa Editorial.

Worden, William J (1997). *El tratamiento del duelo: Asesoramiento Psicológico y Terapia*. 1ra edición. Barcelona, Ed. Paidós.

Documentos Electrónicos

Departamento de Salud y Servicios Humanos en Estados Unidos (2010). *Cuidados Paliativos durante el cáncer*. Recuperado el 28 de febrero del 2012, de <http://www.cancer.gov/espanol/recursos/hojas-informativas/apoyo-recursos/cuidados-paliativos>

Luque, Javier (2007). *Oncología y cáncer*. Recuperado el 25 de Enero del 2012, de <http://www.encyclopediasalud.com/categorias/oncologia-y-cancer/articulos/cancer>

Medline Plus (2012). *Cáncer: Causas, incidencia y factores de riesgo*. Recuperado el 21 de febrero del 2012, de <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001289.htm>

Tellez Vargas, Jorge, S/F. *Estrés psicológico y enfermedad*. Recuperado el 19 noviembre del 2011, de <http://www.psiquiatriabiologica.org.co/avances/vol3/articulos/articulo3.pdf>

Wikipedia, enciclopedia libre (2012). *Definiciones*. Recuperado el 6 marzo del 2012, de <http://es.wikipedia.org>

ANEXOS

ANEXO 1

**ORIGEN, TIPOS Y TRATAMIENTOS
DEL CÁNCER**

Las células cancerosas son anómalas, no tienen un control ni un orden en su división, y pueden invadir y destruir tejido a su alrededor. Además, las células cancerosas poseen la capacidad de diseminarse hacia otros órganos y tejidos, es lo que se conoce con el nombre de *metástasis*.

En cuanto al origen del cáncer, el Dr. Leoncio Cordero Jaramillo (1976) señala que éste dependerá de varios factores, tales como alteraciones genéticas heredadas o adquiridas que controlan el crecimiento y la muerte normal de las células, estilo de vida y factores ambientales como el uso del tabaco, alcohol, una dieta poco saludable, la exposición a los rayos ultravioleta del sol, la exposición a sustancias carcinógenas y la infección con ciertos virus como los virus del papiloma humano.

Existen varios tipos de cáncer en la actualidad, sin embargo, en el presente trabajo se mencionará, únicamente, los más comunes presentes en la población con la cual se trabajó en la investigación.

TABLA Nro. 5: TIPOS DE CÁNCER

TIPOS DE CÁNCER	UBICACIÓN
Estómago	Tracto gastrointestinal
Hígado	Tracto gastrointestinal
Páncreas	Tracto gastrointestinal
Colon	Tracto gastrointestinal
Recto	Tracto gastrointestinal
Astrocitoma	Cerebro
Huesos	Sistema óseo
Melanoma	Piel
Ocular	Globos y órbitas oculares
Seno	Glándulas y tejido mamario
Ovario	Aparato reproductor femenino
Próstata	Aparato genitourinario masculino
Pulmón y bronquios	Pulmón y vías respiratorias

Elaborado por: Adriana Paredes y Verónica Pazmiño
Fuente: Medline Plus (2012)

Por otro lado, el tratamiento del cáncer, hoy en día, sigue varios procedimientos y sus resultados dependerán del tipo de cáncer y del estado de avance de la enfermedad. Según el Dr. Leoncio Cordero Jaramillo (1976) existen algunos medios para el tratamiento de esta enfermedad, y se puede recurrir al empleo de un método o a una combinación de los mismos, dependiendo del tipo y ubicación del cáncer, la edad, del estado general de salud del paciente y de otros muchos factores. Los métodos descritos por el autor son:

Cirugía, procedimiento mediante el cual se extirpa el cáncer incluyendo los tejidos u órganos ya invadidos.

Radioterapia (RT), en este proceso se utiliza radiaciones ionizantes para destruir las células cancerosas en una región determinada del cuerpo.

Quimioterapia (QT), consiste en el uso de fármacos para destruir células cancerosas en todo el cuerpo. Las células sanas también pueden dañarse, especialmente las que se dividen rápidamente.

Terapia hormonal (TH), se usa para tratar cánceres hormonodependientes para su crecimiento, es decir, este medio impide que las células cancerosas utilicen las hormonas que necesitan para desarrollarse; sin embargo, es considerado un tratamiento únicamente auxiliar.

Terapia biológica o inmunoterapia, utiliza al sistema inmunológico del cuerpo para combatir la enfermedad o para disminuir los efectos secundarios de otros tratamientos contra el cáncer.

ANEXO 2

FICHAS DE ANAMNESIS¹⁶

**PACIENTES ATENDIDOS EN LA
UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS
DE LA FUNDACIÓN ABEI-ADULTOS
DE OCTUBRE 2011 A ENERO 2012**

¹⁶ La información acerca de los conceptos médicos, para el esclarecimiento de ciertos términos usados en las fichas de anamnesis, se ha obtenido de las referencias proporcionadas por los médicos paliativistas de la Fundación ABEI- Adultos, y adicionalmente, de la fuente: Wikipedia, enciclopedia libre (2012).

TABLA Nro. 5: ANAMNESIS PCT 001

Historia Clínica:	PCT 001
Género:	Femenino
Área:	Unidad de Cuidados Paliativos
Diagnóstico:	Cáncer de ovario.
Informe:	<i>Orientación en persona, tiempo y espacio:</i> orientada <i>Funciones psíquicas superiores:</i> mantenidas <i>Nivel de independencia:</i> dependiente de cuidados <i>Estado de alerta:</i> vigilia
Síntesis del caso:	Diagnóstico de cáncer de ovario, conocido en el HEE a donde acude por abdomen obstructivo el 14/05/10 por lo que es valorada en los servicios de cirugía general, anestesiología y ginecología. Sin existir resolución quirúrgica. Síndrome depresivo.
Situación familiar:	2 hijos varones y 2 hijas mujeres.
Etapa de adaptación al proceso:	La paciente y los familiares tienen claro el diagnóstico y la evolución de la paciente.

Elaborado por: Adriana Paredes y Verónica Pazmiño

Fuente: Fichas de Anamnesis de la Unidad de Cuidados Paliativos- Fundación ABEI- Adultos

TABLA Nro. 6: ANAMNESIS PCT 002

Historia Clínica:	PCT 002
Género:	Femenino
Área:	Unidad de Cuidados Paliativos
Diagnóstico:	Carcinoma basocelular de órbita y posible extensión a SNC ¹⁷ , caquexia nutricional ¹⁸ , Alzheimer, Enfermedad Cerebrovascular (ECV) isquémico ¹⁹ + secuelas, escara en coxis grado II, postración crónica.
Informe:	<i>Orientación en persona, tiempo y espacio:</i> No valorado <i>Funciones psíquicas superiores:</i> No se encuentran <i>Nivel de independencia:</i> dependiente total de cuidados <i>Estado de alerta:</i> coma vigil
Síntesis del caso:	Hace 3 meses inicia con episodio de celulitis alrededor de su ojo derecho, invasión cutánea en párpado derecho con invasión a órbita. No se realiza tratamiento oncológico alguno, ni activos ni paliativos. Paciente con Alzheimer y secuelas motoras de una ECV isquémico previo. Transferida de la Clínica de Emergencias San Francisco.
Situación familiar:	Vivía en un hogar de ancianos. Madre soltera de una sola hija. El último nieto se hace cargo.
Etapas de adaptación al proceso:	La familia tiene claro el diagnóstico y la evolución de la paciente.

Elaborado por: Adriana Paredes y Verónica Pazmiño

Fuente: Fichas de Anamnesis de la Unidad de Cuidados Paliativos- Fundación ABEI- Adultos

¹⁷Sistema Nervioso Central.

¹⁸ Es un estado de extrema desnutrición.

¹⁹Se produce por la falta de aporte sanguíneo a una parte del cerebro, que ocasiona una reducción breve y repentina en la función cerebral

TABLA Nro. 7: ANAMNESIS PCT 003

Historia Clínica:	PCT 003
Género:	Masculino
Área:	Unidad de Cuidados Paliativos
Diagnóstico:	Cáncer escamo celular de pulmón, postración progresiva crónica, caquexia tumoral ²⁰ , demencia senil, neumonía, escara en tórax posterior.
Informe:	<i>Orientación en persona, tiempo y espacio:</i> desorientado <i>Funciones psíquicas superiores:</i> alteradas <i>Nivel de independencia:</i> dependiente total de cuidados <i>Estado de alerta:</i> vigilia
Síntesis del caso:	Amputación de MID ²¹ post trauma hace 13 años, colecistectomía ²² hace 6 años, fumador por 50 años y demencia de Alzheimer, recibe tratamiento. En enero de este año, es ingresado por emergencias por cuadro complicado con neumonía encontrándose con RX masa tumoral en el lóbulo apical de pulmón derecho. El 17/07/11 ingresa al HCAM con complicaciones, es transferido para continuar tratamiento por presentar sepsis ²³ de foco pulmonar. Neumonía por aspiración a más de enfermedades de base. Despierto, desorientado, anímicamente mantenido y algo inquieto.
Situación familiar:	Tiene 8 hijos que conocen del diagnóstico, la esposa también conoce.
Etapas de adaptación al proceso:	La familia tiene claro el diagnóstico y la evolución de la paciente.

Elaborado por: Adriana Paredes y Verónica Pazmiño

Fuente: Fichas de Anamnesis de la Unidad de Cuidados Paliativos- Fundación ABEI- Adultos

²⁰ Afecta especialmente al músculo esquelético resultando en atrofia muscular e induce a una pérdida de respuesta inmunitaria.

²¹ Miembro inferior derecho

²² Intervención clínica - quirúrgica que consiste en la extracción de la vesícula biliar

²³ Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, provocado por una infección.

TABLA Nro. 8: ANAMNESIS PCT 004

Historia Clínica:	PCT 004
Fecha de ingreso:	5 de Octubre del 2011
Género:	Masculino
Área:	Unidad de Cuidados Paliativos
Diagnóstico:	Cáncer de recto, metástasis en próstata, postración progresiva crónica.
Informe:	<i>Orientación en persona, tiempo y espacio:</i> semiorientado <i>Funciones psíquicas superiores:</i> disminuidas <i>Nivel de independencia:</i> dependiente de cuidados <i>Estado de alerta:</i> vigilia
Síntesis del caso:	Antecedentes patológicos de gravedad. Hace 10 días es ingresado a urgencias del HCAM por presentar deposición líquida sanguinolenta y permanece internado por 72 horas. Le realizan transfusiones de sangre por presentar anemia. En la Clínica del Batán le detectan cáncer. Al momento del ingreso se muestra tranquilo. Aparente estabilidad anímica. No muestra facies de dolor o malestar.
Situación familiar:	Vive con su esposa. No tienen hijos.
Etapas de adaptación al proceso:	Saben que tiene cáncer.

Elaborado por: Adriana Paredes y Verónica Pazmiño

Fuente: Fichas de Anamnesis de la Unidad de Cuidados Paliativos- Fundación ABEI- Adultos

TABLA Nro. 8: ANAMNESIS PCT 005

Historia Clínica:	PCT 005
Género:	Femenino
Área:	Unidad de Cuidados Paliativos
Diagnóstico:	Cáncer de piel en cara y úlceras varicosas.
Informe:	<i>Orientación en persona, tiempo y espacio:</i> semiorientada <i>Funciones psíquicas superiores:</i> disminuidas <i>Nivel de independencia:</i> dependiente total de cuidados <i>Estado de alerta:</i> vigilia
Síntesis del caso:	Hace 8 años presentó lesión ulcerativa en la pierna derecha, avanzando con úlceras varicosas y se determina que es cáncer de piel. Tiene hipoacusia Dolor al contacto físico con las heridas y al movimiento.
Situación familiar:	Vive con la hija y la nieta.
Etapas de adaptación al proceso:	La familia tiene claro el diagnóstico y la evolución de la paciente.

Elaborado por: Adriana Paredes y Verónica Pazmiño

Fuente: Fichas de Anamnesis de la Unidad de Cuidados Paliativos- Fundación ABEI- Adultos

TABLA Nro. 9: ANAMNESIS PCT 006

Historia Clínica:	PCT 006
Género:	Masculino
Área:	Unidad de Cuidados Paliativos
Diagnóstico:	Adenocarcinoma de pulmón, metástasis cerebrales y derrame pleural, caquexia tumoral.
Informe:	<i>Orientación en persona, tiempo y espacio:</i> orientado, en persona no en tiempo ni espacio <i>Funciones psíquicas superiores:</i> mantenidas <i>Nivel de independencia:</i> dependiente parcial de cuidados <i>Estado de alerta:</i> vigilia
Síntesis del caso:	Hace 2 años se le diagnostica derrame pleural ²⁴ , drenaje y biopsia donde se halla adenocarcinoma ²⁵ en pulmón. Ha tenido 3 ciclos de quimioterapia, se encuentra metástasis cerebral y progresión de la enfermedad. El 11/10/11 ingresa al HCAM por dolor torácico. Se solicitan cuidados paliativos, manejo nutricional, rehabilitación física pasiva y apoyo físico. Estado ambulatorio pero requiere apoyo, intenta escapar varias veces.
Situación familiar:	Quiteño casado, tiene 2 hijos que están casados. Relación conflictiva con el hijo mayor.
Etapas de adaptación al proceso:	Los familiares conocen de la enfermedad y pronóstico. La esposa muestra señales de agotamiento emocional.

Elaborado por: Adriana Paredes y Verónica Pazmiño

Fuente: Fichas de Anamnesis de la Unidad de Cuidados Paliativos- Fundación ABEI- Adultos

²⁴ Acumulación patológica de líquido en el espacio pleural.

²⁵ Células que constituyen el revestimiento interno de las glándulas de secreción externa.

TABLA Nro. 10: ANAMNESIS PCT 007

Historia Clínica:	PCT 007
Género:	Femenino
Área:	Unidad de Cuidados Paliativos
Diagnóstico:	Linfoma ²⁶ colónico en progresión, abdomen pseudo obstructivo.
Informe:	<i>Orientación en persona, tiempo y espacio:</i> orientada <i>Funciones psíquicas superiores:</i> mantenidas <i>Nivel de independencia:</i> dependiente de cuidados <i>Estado de alerta:</i> vigilia
Síntesis del caso:	Paciente que recibe diagnóstico de linfoma colónico en febrero de este año, recibe quimioterapia y es intervenida quirúrgicamente por presentar abdomen agudo. Se realiza resección tumoral. A continuación recibe nuevamente 5 sesiones de quimioterapia con muchas complicaciones, por lo que fue intervenida en varias ocasiones. Presenta colostomía ²⁷ y dolor en el abdomen.
Situación familiar:	Paciente divorciada, tiene 8 hijos (1 varón, 7 mujeres), vivía con 3 hijas.
Etapas de adaptación al proceso:	Familiares conocen acerca de la enfermedad. Se debe indagar acerca de la situación familiar y el nivel de comprensión.

Elaborado por: Adriana Paredes y Verónica Pazmiño

Fuente: Fichas de Anamnesis de la Unidad de Cuidados Paliativos- Fundación ABEI- Adultos

²⁶ Son tumores sólidos hematológicos.

²⁷ Permite unir el colon a la pared del abdomen como consecuencia de un acto quirúrgico, permitiendo que, el tránsito intestinal sea derivado hacia el exterior y las materias fecales pueden llegar a una prótesis específica.

TABLA Nro. 11: ANAMNESIS PCT 008

Historia Clínica:	PCT 008
Género:	Masculino
Área:	Unidad de Cuidados Paliativos
Diagnóstico:	Astrocitoma Grado II ²⁸ , crisis convulsivas parciales, DM II.
Informe:	<i>Orientación en persona, tiempo y espacio:</i> orientado <i>Funciones psíquicas superiores:</i> mantenidas <i>Nivel de independencia:</i> dependiente de cuidados <i>Estado de alerta:</i> vigilia
Síntesis del caso:	Paciente que hace más o menos 20 días presenta crisis convulsivas, tónico clónicas generalizadas con pérdida de la conciencia por algunos minutos (3), por lo que acude a facultativos quien para controlar dicha situación aumenta la dosis de la medicación (lamotrigina), permaneciendo sin síntomas y sin nuevos episodios. Pero al día siguiente presenta crisis convulsivas tónico clónicas. Solicitan el ingreso a esta casa de salud para cuidados paliativos. Al momento el paciente se encuentra consciente. Su facies muestra tristeza, con llanto fácil y labilidad emocional.
Situación familiar:	Paciente casado, tiene 2 hijas. Siempre está acompañado de alguien, tiene múltiples visitas. Adecuado soporte familiar.
Etapas de adaptación al proceso:	Familiares conocen acerca de la enfermedad. Existe un cerco de silencio desde la familia hacia el paciente, se debe romper.

Elaborado por: Adriana Paredes y Verónica Pazmiño

Fuente: Fichas de Anamnesis de la Unidad de Cuidados Paliativos- Fundación ABEI- Adultos

²⁸ Grupo de neoplasias intracraneales primarios del sistema nervioso central que aparecen en el parénquima cerebral.

TABLA Nro. 12: ANAMNESIS PCT 009

Historia Clínica:	PCT 009
Género:	Femenino
Área:	Unidad de Cuidados Paliativos
Diagnóstico:	Cáncer cerebral, hipertensión endocraneal (hidrocefalia), postración progresiva crónica.
Informe:	<i>Orientación en persona, tiempo y espacio:</i> orientada parcialmente <i>Funciones psíquicas superiores:</i> disminuidas <i>Nivel de independencia:</i> dependiente de cuidados <i>Estado de alerta:</i> vigilia
Síntesis del caso:	Paciente con antecedentes de hipertensión arterial, fue diagnosticada de meningioma y sometida a resección quirúrgica en el año 90 en Cuba, por recidiva de tumor es intervenida nuevamente en el año 98 en Miami y tratada con Gamma Knife ²⁹ , a partir de lo cual quedo con parécia en miembros izquierdos lo que ocasionó inestabilidad en la marcha con caídas accidentales frecuentes. Hasta hace 5 meses caminaba con dificultad y por alteraciones en el estado cognitivo se complicó el cuidado en el domicilio, posteriormente es transferida a emergencias del HCAM por presentar bronconeumonía por aspiración. Posteriormente solicitan el ingreso a esta casa de salud para los cuidados respectivamente normales, no refiere molestias de ningún tipo.
Situación familiar:	Paciente que tiene una hija, quien se encuentra con ella, se encuentra temporalmente radicada en otro país por estudios. Se va a quedar acompañando por unas semanas.
Etapas de adaptación al proceso:	Paciente tiene conciencia de su enfermedad al igual que sus familiares.

Elaborado por: Adriana Paredes y Verónica Pazmiño

Fuente: Fichas de Anamnesis de la Unidad de Cuidados Paliativos- Fundación ABEI- Adultos

²⁹Aparato usado para tratar tumores cerebrales mediante la administración de radiación gamma de alta intensidad de manera que concentra toda la radiación en una pequeña superficie.

TABLA Nro. 13: ANAMNESIS PCT 010

Historia Clínica:	PCT 010
Género:	Femenino
Área:	Unidad de Cuidados Paliativos
Diagnóstico:	Postración progresiva crónica, Cáncer rectal + linfedema ³⁰ , HTA+ diverticulosis ³¹ intestinal, EPOC ³² con reagudización por IRA, queilosis en labios, laceraciones en glúteos, dolor no controlado.
Informe:	<i>Orientación en persona, tiempo y espacio:</i> orientado <i>Funciones psíquicas superiores:</i> mantenidas <i>Nivel de independencia:</i> dependiente de cuidados <i>Estado de alerta:</i> vigilia
Síntesis del caso:	Paciente que desde hace 2 meses aproximadamente, viene presentando deposiciones diarreicas por varias ocasiones, pérdida de peso importante (14 lb), dolor abdominal, cólico de ángulo esplénico de colon, presenta tumoración de 5 cm de superficie irregular con adherencias que impiden el paso de fibroscopio. Paciente tosedora crónica en los últimos días, tos con expectoración blanca y dolor de garganta. Por estado físico disminuido solicitan el ingreso a esta casa de salud. Al momento se encuentra tranquila, con sus funciones psicológicas superiores en aparente normalidad. Se observa un temperamento fuerte-dominante, anímicamente en condiciones normales.
Situación familiar:	Al momento se presentan una sobrina y un hijo. Con los cuales se procede a realizar una reunión, atendiendo a lo que expone la sobrina. Se sospecha que no están de acuerdo todos los hijos con el ingreso a esta casa de salud, por lo que se les pide acudan a una nueva reunión para proporcionar la información necesaria acerca del caso y así evitar malos entendidos en lo posterior.
Etapas de adaptación al proceso:	Se determinará más adelante.

Elaborado por: Adriana Paredes y Verónica Pazmiño

Fuente: Fichas de Anamnesis de la Unidad de Cuidados Paliativos- Fundación ABEI- Adultos

³⁰ Edema producido por una obstrucción en los canales linfáticos del organismo.

³¹ Presencia de divertículos en la pared del colon.

³² Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC).

TABLA Nro. 14: ANAMNESIS PCT 011

Historia Clínica:	PCT 011
Género:	Masculino
Área:	Unidad de Cuidados Paliativos
Diagnóstico:	Postración progresiva crónica, hepatocarcinoma, IRA ³³ , insuficiencia hepática, encefalopatía ³⁴ , síndrome hepatorenal ³⁵ .
Informe:	<i>Orientación en persona, tiempo y espacio:</i> desorientado <i>Funciones psíquicas superiores:</i> disminuidas <i>Nivel de independencia:</i> dependiente de cuidados, el paciente intenta hacer solo sus necesidades. <i>Estado de alerta:</i> vigilia
Síntesis del caso:	Paciente anímicamente disminuido, se muestra cansado y alterado en la estructura y curso, la mayor parte del tiempo por su encefalopatía. Del mismo modo hay alteración en el juicio y el razonamiento. Paciente consciente la mayor parte del tiempo y poco comunicativo.
Situación familiar:	La esposa y la madre, tienen conocimiento de la evolución de la enfermedad, sin embargo, se muestran angustiados y demandantes.
Etapa de adaptación al proceso:	La familia conoce de la enfermedad y evolución.

Elaborado por: Adriana Paredes y Verónica Pazmiño

Fuente: Fichas de Anamnesis de la Unidad de Cuidados Paliativos- Fundación ABEI- Adultos

³³ Infección Respiratoria Aguda

³⁴ Síndrome de disfunción cerebral, el cual puede ser causado por múltiples etiologías.

³⁵ Insuficiencia renal aguda en pacientes con cirrosis u otra patología hepática grave.

TABLA Nro. 15: ANAMNESIS PCT 012

Historia Clínica:	PCT 012
Género:	Masculino
Área:	Unidad de Cuidados Paliativos
Diagnóstico:	Cirrosis con Metástasis hepáticas, Gastritis + H. Pylori, Várices esofágicas, ascitis ³⁶ , distensión abdominal + dolor abdominal difuso, intolerancia a la lactosa.
Informe:	<i>Orientación en persona, tiempo y espacio:</i> orientado <i>Funciones psíquicas superiores:</i> mantenidas <i>Nivel de independencia:</i> dependiente total de cuidados <i>Estado de alerta:</i> vigilia
Síntesis del caso:	Paciente que presenta un cuadro de un mes de evolución caracterizado por distensión abdominal, pérdida de peso, deposiciones diarreicas alternadas con constipación, más dolor abdominal difuso. Se realizan exámenes y se reporta cirrosis hepática y masa hepática que no es atribuida de biopsias debido a la edad y las condiciones del paciente. El paciente se encuentra despierto, consciente, responde a los estímulos.
Situación familiar:	Paciente nacido en Riobamba y residente en Quito. Viudo.
Etapas de adaptación al proceso:	Conocen de la enfermedad pero no se tiene información de la situación familiar.

Elaborado por: Adriana Paredes y Verónica Pazmiño

Fuente: Fichas de Anamnesis de la Unidad de Cuidados Paliativos- Fundación ABEI- Adultos

³⁶ Presencia de líquido seroso en el espacio que existe entre el peritoneo visceral y el peritoneo parietal.

TABLA Nro. 16: ANAMNESIS PCT 013

Historia Clínica:	PCT 013
Género:	Masculino
Área:	Unidad de Cuidados Paliativos
Diagnóstico:	Postración progresiva crónica, Ca de próstata con metástasis óseas y pulmonares, paraplejia + úlcera de presión de trocante derecho, portador de SV ³⁷ permanente.
Informe:	<i>Orientación en persona, tiempo y espacio:</i> orientado <i>Funciones psíquicas superiores:</i> mantenidas <i>Nivel de independencia:</i> dependiente de cuidados <i>Estado de alerta:</i> vigilia
Síntesis del caso:	Paciente con antecedente de Ca de próstata de más o menos 10 años de evolución hormonefractaria, recibió RT y QT por varias sesiones. Desde hace 1 año los niveles de PSA ³⁸ se elevan, aparecen metástasis óseas en columna de T5 a T9. Desde hace 8 meses con secuelas, paraplejia por compresión medular y uso permanente de SV por obstrucción urinaria por tumor. Al momento se encuentra anímicamente estable, por momentos quejumbroso sobre todo a movimiento, no se observan signos o síntomas compatibles con un episodio depresivo.
Situación familiar:	Paciente que tiene 3 parejas, dos anteriores y una actual, con la primera pareja tiene dos hijos, un varón y una mujer, tres hijos del segundo compromiso y ningún hijo con la pareja actual. Se mantiene legalmente casado con la segunda pareja aunque se conoce que ha planteado el divorcio hace dos meses aproximadamente. Hasta el momento han venido a visitarle muchos familiares, entre los cuales se mencionan a los hijos y ex parejas de los compromisos anteriores. No se han presentado inconvenientes, sin embargo, el paciente ha referido a su pareja actual que no se siente cómodo con la visita de su segunda ex esposa. Se ha estado proporcionando el soporte psicológico correspondiente.
Etapas de adaptación al proceso:	El paciente conoce de su enfermedad, sin embargo, aún mantiene esperanzas de mejoría, los familiares están al tanto de la enfermedad y de su evolución a futuro, están esclarecidos con la información proporcionada.

Elaborado por: Adriana Paredes y Verónica Pazmiño

Fuente: Fichas de Anamnesis de la Unidad de Cuidados Paliativos- Fundación ABEI- Adultos

³⁷ Sonda Vesical

³⁸ Antígeno Prostático

TABLA Nro. 17: ANAMNESIS PCT 014

Historia Clínica:	PCT 014
Género:	Masculino
Área:	Unidad de Cuidados Paliativos
Diagnóstico:	Adenocarcinoma pulmonar, fibrosis pulmonar, HTA ³⁹ , Demencia senil, postración crónica.
Informe:	<i>Orientación en persona, tiempo y espacio:</i> orientado <i>Funciones psíquicas superiores:</i> mantenidas <i>Nivel de independencia:</i> dependiente de cuidados <i>Estado de alerta:</i> vigilia
Síntesis del caso:	Paciente con antecedentes de HTA, EPOC en tratamiento, y hace aproximadamente dos meses diagnosticado con adenocarcinoma de pulmón, por dificultades respiratorias, acompañada de cianosis distal ⁴⁰ . Además refieren agresividad, ha expresado constantemente que desea morir y no está durmiendo bien. Todo lo mencionado no es controlable por la familia, por lo que solicitan el ingreso a esta casa de salud. Al momento el paciente se muestra tranquilo, su facies no muestra signos de dolor o malestar, se comunica con facilidad, sus funciones psicológicas superiores se encuentran levemente disminuidas.
Situación familiar:	Paciente que tiene aproximadamente 18 hijos. Los más cercanos son 6, 4 mujeres y 2 varones quienes se encuentran al cuidado del paciente. Se ha conversado con los familiares desde antes del ingreso y se ha proporcionado la información necesaria acerca del estado real y evolución a futuro del paciente, familiares quedan aparentemente claros con la información.
Etapas de adaptación al proceso:	Los familiares conocen del diagnóstico y evolución de la enfermedad.

Elaborado por: Adriana Paredes y Verónica Pazmiño

Fuente: Fichas de Anamnesis de la Unidad de Cuidados Paliativos- Fundación ABEI- Adultos

³⁹ Hipertensión Arterial

⁴⁰ Es la coloración azulada de la piel, mucosas y lechos ungueales (uñas).

TABLA Nro. 18: ANAMNESIS PCT 015

Historia Clínica:	PCT 015
Género:	Masculino
Área:	Unidad de Cuidados Paliativos
Diagnóstico:	Fibrosarcoma retroperitoneal con metástasis abdominales, derrame pleural derecho, hipoalbuminemia ⁴¹ , HTA, EPOC, Bronquitis crónica.
Informe:	<i>Orientación en persona, tiempo y espacio:</i> No valorados <i>Funciones psíquicas superiores:</i> disminuidas <i>Nivel de independencia:</i> dependiente total de cuidados <i>Estado de alerta:</i> coma vigil
Síntesis del caso:	Paciente que el 20 de noviembre de 2011 ingresa al HFFAA al servicio de cirugía por presentar en Angiografía TAC ⁴² una masa retroperitoneal de bordes mal definidos con necrosis y calcificaciones. Refiere además pérdida importante de peso y astenia de 5 meses de evolución. El 16 de diciembre de 2011 se realiza punción de tumoración que revela fibrosarcoma. Es transferido a esta institución para recibir cuidados paliativos. Paciente en malas condiciones generales.
Situación familiar:	Paciente viudo, nacido y residente en Quito. Tiene dos hijos de un primer compromiso de 33 años y 31 años y 1 hija de un segundo matrimonio de 19 años.
Etapas de adaptación al proceso:	Familiares conocen del diagnóstico y pronóstico, sin embargo, se conoce que existe una relación distante con sus dos primeros hijos. Existen inconvenientes con respecto a su situación legal de herencias.

Elaborado por: Adriana Paredes y Verónica Pazmiño

Fuente: Fichas de Anamnesis de la Unidad de Cuidados Paliativos- Fundación ABEI- Adultos

⁴¹ Provoca un aumento no específico de la síntesis hepática de proteínas.

⁴² Examen de diagnóstico por imagen cuya función es el estudio de los vasos circulatorios que no son visibles mediante la radiología convencional.

TABLA Nro. 19: ANAMNESIS PCT 016

Historia Clínica:	PCT 016
Género:	Masculino
Área:	Unidad de Cuidados Paliativos
Diagnóstico:	Diabetes II, EPOC, Ca prostático, metástasis óseas múltiples, neumonía en recuperación.
Informe:	<i>Orientación en persona, tiempo y espacio:</i> semiorientado <i>Funciones psíquicas superiores:</i> disminuidas <i>Nivel de independencia:</i> dependiente de cuidados <i>Estado de alerta:</i> vigilia
Síntesis del caso:	Paciente en regular estado general y nutricional, despierto, responde a estímulos verbales, anímicamente disminuido. Desde hace 1 mes con exacerbación de EPOC, ingresa hace 15 días del HCAM con diagnóstico de neumonía, requiriendo de intubación y UCI ⁴³ , por lo que transfieren a clínica de convenio “San Bartolo” permaneciendo por 4 días y luego sale a piso. Por dificultad en los cuidados y por su estado solicitan el ingreso a esta casa de salud.
Situación familiar:	Paciente casado con 8 hijos, 4 varones y 4 mujeres quienes están pendientes del paciente, los familiares conocen de la enfermedad y se encuentran aparentemente claros con la evolución y pronóstico a futuro, aunque se muestran algo preocupados por el estado del paciente.
Etapas de adaptación al proceso:	Paciente no está del todo claro de su estado de salud, se determinará en el transcurso de los días hasta qué punto conoce y que necesita saber, la familia está en conocimiento del estado actual del paciente.

Elaborado por: Adriana Paredes y Verónica Pazmiño
Fuente: Fichas de Anamnesis de la Unidad de Cuidados Paliativos- Fundación ABEI- Adultos

⁴³ Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)

TABLA Nro. 20: ANAMNESIS PCT 017

Historia Clínica:	PCT 017
Género:	Masculino
Área:	Unidad de Cuidados Paliativos
Diagnóstico:	Ca de próstata+ metástasis hepáticas, EPOC ⁴⁴ exacerbado, sepsis (foco urinario y tejidos blandos), trombosis arterial, MID ⁴⁵ escara en sacro.
Informe:	Orientación en persona, tiempo y espacio: No Valorado Funciones psíquicas superiores: No Valorado Estado de alerta: semicomatoso
Síntesis del caso:	Paciente procedente del HEE, con antecedentes de demencia senil, Ca de próstata con Metástasis (Mts) hepáticas, EPOC exacerbado, sepsis de foco urinario, trombosis arterial e isquemia de MID y escara en sacro. Ingresa días atrás por presentar deterioro neurológico, hematuria prolongada y signos de isquemia ⁴⁶ en pierna derecha de 10 días de evolución, se plantea la posibilidad de amputación de miembro afectado, pero dadas las múltiples patologías que padece. Los familiares deciden no intervención quirúrgica. Frente al deterioro mayor de su estado general, se lo transfiere a nuestra institución para cuidados paliativos.
Situación familiar:	Se conoce que es casado, tiene 4 hijos: 2 varones y 2 mujeres, una de las hijas se encuentra pendiente del paciente. No se conoce de novedades de los familiares.
Etapas de adaptación al proceso:	Familiares conocen del diagnóstico y evolución.

Elaborado por: Adriana Paredes y Verónica Pazmiño

Fuente: Fichas de Anamnesis de la Unidad de Cuidados Paliativos- Fundación ABEI- Adultos

⁴⁴ Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)

⁴⁵ Miembro Inferior Derecho (MID)

⁴⁶ Disminución transitoria o permanente del riego sanguíneo y consecuente disminución del aporte de oxígeno.

TABLA Nro. 21: ANAMNESIS PCT 018

Historia Clínica:	PCT 018
Género:	Masculino
Área:	Unidad de Cuidados Paliativos
Diagnóstico:	Cirrosis hepática, Ca hepático.
Informe:	<i>Orientación en persona, tiempo y espacio:</i> orientado <i>Funciones psíquicas superiores:</i> disminuidas <i>Nivel de independencia:</i> dependiente total de cuidados <i>Estado de alerta:</i> vigilia
Síntesis del caso:	Desde hace 1 año experimenta deterioro progresivo en su estado general con afectación nutricional hasta caquexia con dependencia total de cuidados por debilidad extrema. Paciente al momento decaído, adolorido, anímicamente disminuido, obedece a los estímulos externos, su facies muestra signos de malestar y dolor en ocasiones. Acompañado de una sobrina, quien es la cuidadora principal. Solicitan el ingreso a esta casa de salud para cuidados paliativos.
Situación familiar:	Paciente divorciado, tiene dos hijos que viven en España con su madre, la relación afectiva emocional no es adecuada por la distancia. Solamente se comunican vía telefónica, aunque hace 1 año vinieron a visitarle.
Etapas de adaptación al proceso:	Familiares y paciente conocen de la enfermedad y de la evolución, la sobrina se encuentra angustiada por lo que se brinda soporte psicológico.

Elaborado por: Adriana Paredes y Verónica Pazmiño

Fuente: Fichas de Anamnesis de la Unidad de Cuidados Paliativos- Fundación ABEI- Adultos

TABLA Nro. 22: ANAMNESIS PCT 019

Historia Clínica:	PCT 019
Género:	Femenino
Área:	Unidad de Cuidados Paliativos
Diagnóstico:	Ca gástrico con Mts ganglionares+ Mts en segmentos II y III de hígado.
Informe:	<i>Orientación en persona, tiempo y espacio:</i> disminuida <i>Funciones psíquicas superiores:</i> disminuidas <i>Nivel de independencia:</i> dependiente de cuidados <i>Estado de alerta:</i> vigilia
Síntesis del caso:	Paciente con antecedentes de estreñimiento de 1 año de evolución, se realizan estudios para determinar origen encontrando subluxación de L5, escoliosis de convexidad izquierda, sospecha de Ca gástrico. En estudios realizados en SOLCA se confirma por Biopsia una Adenocarcinoma tubular probablemente diferenciado. Confirmado por TAC simple y contrastada Ca gástrico con Mts. ganglionares adyacentes y Mts. en hígado. Por dificultad en los cuidados y por estado avanzado de enfermedad solicitan el ingreso a esta casa de salud para cuidados paliativos. Al momento paciente consciente, responde a estímulos verbales, no refiere molestias.
Situación familiar:	Al momento se conoce que es soltera y que tiene 3 hijos: 2 varones y 1 mujer, más adelante se determinará el tipo de relación afectivo emocional existente entre los mencionados familiares y la paciente.
Etapas de adaptación al proceso:	Familiares conocen el diagnóstico y la posible evolución al futuro.

Elaborado por: Adriana Paredes y Verónica Pazmiño

Fuente: Fichas de Anamnesis de la Unidad de Cuidados Paliativos- Fundación ABEI- Adultos

TABLA Nro. 23: ANAMNESIS PCT 020

Historia Clínica:	PCT 020
Género:	Masculino
Área:	Unidad de Cuidados Paliativos
Diagnóstico:	HTA, Cardiopatía hiperintensiva dilatada, Ca de próstata, ceguera bilateral total.
Informe:	<i>Orientación en persona, tiempo y espacio:</i> desorientado <i>Funciones psíquicas superiores:</i> alteradas <i>Nivel de independencia:</i> dependiente total de cuidados <i>Estado de alerta:</i> vigilia
Síntesis del caso:	Paciente con antecedentes de HTA, en el 2007 se le realiza Eco Doppler ⁴⁷ + Electrocardiograma. Informan miocardia dilatada, ventrículo izquierdo dilatado, hipertensión pulmonar leve, insuficiencia tricúspidea y mitreal leve. Le diagnostican también Ca de próstata, se realizan eco prostático en donde no se observan metástasis. Con ceguera total y sordera. Al momento anímicamente en aparente normalidad, sus facies. No muestra signos de dolor o malestar. Sin familiares.
Situación familiar:	Paciente soltera que desde hace 40 años aproximadamente vive con dos hermanas solteras, las mismas que son de 90 y 94 años de edad. El último de los hermanos es el que los ayuda, les cuida una sobrina en el día y una cuidadora en la noche. Por lo tanto, no existe un soporte psicológico correspondiente.
Etapas de adaptación al proceso:	Hermano conoce los diagnósticos, en cuanto a los demás familiares no se tiene datos hasta el momento.

Elaborado por: Adriana Paredes y Verónica Pazmiño
Fuente: Fichas de Anamnesis de la Unidad de Cuidados Paliativos- Fundación ABEI- Adultos

⁴⁷ Es una variedad de ultrasonido en la que permite evaluar las ondas de velocidad de flujo de ciertas estructuras del cuerpo.

TABLA Nro. 24: ANAMNESIS PCT 021

Historia Clínica:	PCT 021
Género:	Femenino
Área:	Unidad de Cuidados Paliativos
Diagnóstico:	Cirrosis hepática, postración progresiva crónica, várices esofágicas esclerosadas, carcinomatosis peritoneal.
Informe:	<i>Orientación en persona, tiempo y espacio:</i> desorientado <i>Funciones psíquicas superiores:</i> alteradas <i>Nivel de independencia:</i> dependiente total de cuidados <i>Estado de alerta:</i> vigilia
Síntesis del caso:	Paciente que estuvo hospitalizada 27 días en el HCAM a cargo del servicio de gastroenterología. En el último año ha tenido ingresos frecuentes en el hospital por episodios de sangrado digestivo. El último el 22 de diciembre del 2011 por presentar fiebres altas. Desorientación, deposiciones diarreicas y deterioro de su estado general. Es diagnosticada de anemia hemolítica ⁴⁸ , hiperglucemias, insuficiencia renal crónica, desequilibrio hidroelectrolítico con hipopotasemia ⁴⁹ . Se transfunde sangre y se descarta meningitis. Durante la hospitalización tiene una mejoría leve, y gastroenterólogos deciden no continuar con la investigación de úlcera gástrica debido a la edad y las enfermedades de base de la paciente, las cuales indican un mal pronóstico funcional y vital malos a corto plazo. Ingresa a esta institución para recibir cuidados paliativos.
Situación familiar:	Paciente casada. Tiene 4 hijos que viven independientemente. No ha habido oportunidad de recabar más información.
Etapas de adaptación al proceso:	Se conoce que los familiares han sido informados de la enfermedad de la paciente y su pronóstico, sin embargo, no se conoce en qué etapa del proceso o de adaptación se encuentran.

Elaborado por: Adriana Paredes y Verónica Pazmiño

Fuente: Fichas de Anamnesis de la Unidad de Cuidados Paliativos- Fundación ABEI- Adultos

⁴⁸ Causan la disminución de la masa de glóbulos rojos sanguíneos.

⁴⁹ Trastorno en el equilibrio hidroelectrolítico del cuerpo, el cual se caracteriza por un descenso en los niveles del potasio.

TABLA Nro. 25: ANAMNESIS PCT 022

Historia Clínica:	PCT 022
Género:	Femenino
Área:	Unidad de Cuidados Paliativos
Diagnóstico:	HTA, DM2, Demencia senil, Ca de mama izquierda EC II (mastectomía en 1995), carcinoma ductal infiltrante Grado III Triple Negativo en Mama Derecha con Mts. pulmonares y óseas, postración progresiva crónica.
Informe:	<i>Orientación en persona, tiempo y espacio:</i> desorientado <i>Funciones psíquicas superiores:</i> disminuidas <i>Nivel de independencia:</i> dependiente total de cuidados <i>Estado de alerta:</i> vigilia
Síntesis del caso:	Paciente de 87 años de edad que hace 16 años fue diagnosticada de Ca de mama izquierda EC II, la misma que fue sometida a mastectomía radical modificada, HP Carcinoma ductal infiltrante con penetración vascular posterior. Recibe RT y Hormonoterapia en el HCAM. En Abril del 2005 presenta progresión a nivel pulmonar, recibe HT por 6 ciclos con respuesta completa, recibe 4 ciclos de QT hasta febrero de 2007 cuando se suspende por toxicidad. Por la edad de la paciente inician QT hasta Agosto 2009. Se realiza mamografía en mama derecha y biopsia en las que se encuentra carcinoma ductual infiltrante grado III triple negativo. En gamografía ósea se encuentran múltiples lesiones en columna y nuevos focos de mediana actividad en costillas la paciente no desea realizarse tratamiento oncológico por lo que pasa a manejo de traumatología por fractura de fémur. La sobrina de la paciente solicita el ingreso a esta institución por dificultades de cuidados y recibir cuidados paliativos.
Situación familiar:	Paciente soltera, nacida y residente en Quito. Hace 35 años aproximadamente vive con su sobrina y el esposo de la misma, quien la acompaña al momento del ingreso. Recibe cuidados de una cuidadora pagada con los ahorros de la paciente. No se tiene oportunidad de recabar información.
Etapas de adaptación al proceso:	Se conoce que el familiar tiene claro el diagnóstico y pronóstico, sin embargo, no se ha confirmado esta información.

Elaborado por: Adriana Paredes y Verónica Pazmiño

Fuente: Fichas de Anamnesis de la Unidad de Cuidados Paliativos- Fundación ABEI- Adultos

ANEXO 3

**DIARIO DE CAMPO DE PACIENTES
DE INTERVENCIÓN EN CRISIS**

GRÁFICO Nro. 20: AVALIZACIÓN DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN



AMIGOS BENEFACTORES DE ENFERMOS INCURABLES

Dirección: Japón y Pasaje Mónaco E6-65. Teléfono: 2433510

Quito, 05 de Marzo de 2012

CERTIFICADO

A QUIEN INTERESE

Yo, Daniela Suárez Cisneros, en condición de Psicóloga Clínica de la *Fundación Amigos Benefactores de Enfermos Incurables (A.B.E.I.) – Hogar Adultos*, certifico que las señoritas: Adriana Paredes Reyes y Verónica Pazmiño Segovia, han realizado en esta institución un trabajo de Intervención en Crisis con los pacientes oncológicos atendidos en la Unidad de Cuidados Paliativos, durante los meses de Octubre de 2011 a Enero de 2012.

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad, este documento puede ser usado como mejor convenga a las interesadas.

Atentamente,

Daniela Suárez C,

Psicóloga Clínica

Fund. ABEI – Hogar Adultos

ENTREVISTA TIPO DE VISITAS- PROCESO DE INTERVENCIÓN DE SEGUNDA INSTANCIA

Antes de iniciar la visita es necesario constatar las funciones cognitivas del paciente, para saber cómo se direccionará la sesión. A continuación se presentan las preguntas básicas al entablar contacto con el adulto mayor:

1. Control de dolor

- ¿Cómo se ha sentido en estos días (a nivel: físico, emocional)?
- ¿Ha tenido molestias y/o dolores?
- ¿Sabe el motivo de la administración de los medicamentos? (si los tiene)
- ¿Ha logrado conciliar el sueño? ¿Ha sido éste reparador?

2. Posición frente a la enfermedad- control emocional

- ¿Cómo se siente respecto a la enfermedad? (si la conoce)
- ¿Qué cosas le molestan?
- ¿Qué temores le inquietan?
- ¿Cómo está manejando la situación?
- ¿Cómo puede hacer más llevadera su estadía en la institución?
- ¿Qué le gustaría hacer para sentirse más tranquilo/a?

3. Recursos sociales

- ¿Han venido a visitarle (amigos, familiares)?
- ¿Cómo se siente cuando le visitan (tipo de interacción)?
- ¿Qué cosas le preocupan sobre su familia?
- ¿Cómo le han tratado en estos días (personal asistencial)?
- ¿Ha podido compartir con el resto de personas (comidas/actividades)?

ANEXO 4

ANÁLISIS DE CASOS

PACIENTES ATENDIDOS EN

INTERVENCIÓN DE CRISIS DE LA

FUNDACIÓN ABEI-ADULTOS

TABLA Nro. 26: ANÁLISIS DE CASO PCT 001

PCT 001	
SÍNTESIS ANALÍTICA	<p>La paciente lleva un largo período siendo atendida en la Institución, tiempo en el cual si bien ha recibido atención terapéutica, refiere que ha sido de tipo inconstante y por eso en esta ocasión se mostró renuente a iniciar un trabajo nuevo.</p> <p>Dentro del trabajo se realizó un total de diez (10) sesiones, en las que se pudo notar que el suceso crítico – a pesar del tiempo transcurrido- sigue desestabilizando su cotidianidad. La dificultad para desarrollar habilidades para el afrontamiento de la enfermedad le ha impedido hacerse cargo de sus propias emociones.</p> <p>Se ha notado que las emociones primarias en este caso son: tristeza frente al cambio de vida y miedo frente al cáncer que tiene, que al no tener un manejo apropiado, ahora se ha convertido en un enfado frente al personal y sus familiares y miedo a realizar actividades por sí misma.</p> <p>Ha usado sus emociones no sólo para comunicar el malestar que le provoca la situación. También para que los otros satisfagan sus demandas de atención, impidiendo que elabore la situación que atraviesa.</p> <p>Se ha logrado trabajar en estos puntos para permitirle hablar de sus dudas encontrando que el miedo es generado por la muerte, y que en ese momento se encuentra abandonada (sin su familia).</p> <p>Hay una oscilación entre aceptación de la enfermedad, acude a un recurso espiritual que le permita sostenerse, a la vez que se vale de mecanismos defensivos como la negación de la situación donde continúa desadaptada.</p>
RELACIÓN FAMILIAR	No se ha visto presencia de familiares, recibe visitas esporádicas de dos nietas (una o dos durante el tiempo de investigación) No tiene el suficiente soporte afectivo.
RELACIÓN CON EL PERSONAL	Hay una relación cordial con el paciente, no han existido inconvenientes mayores.
RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN EN CRISIS	En este caso, el proceso de Intervención en Crisis no ha sido suficiente, pues la crisis tiene una duración de más de un año, y se ha convertido en un proceso traumatogénico que no está asociado exclusivamente al cáncer. Por esto se sugiere continuar con un trabajo psicoterapéutico de mayor duración.

Elaborado por: Adriana Paredes y Verónica Pazmiño
Fuente: Diario de Campo y Fichas de Anamnesis

TABLA Nro. 27: ANÁLISIS DE CASO PCT 003

PCT 003	
SÍNTESIS ANALÍTICA	El paciente por el avance acelerado en el deterioro cognitivo no ha podido aprovechar completamente los beneficios de la Intervención en crisis. Se ha notado que hay molestias por el hecho de verse privado de sus funciones de independencia, así como, en ocasiones de labilidad emocional por el miedo a morir bajo circunstancias de abandono.
RELACIÓN FAMILIAR	No se ha constatado la presencia de familiares, se sabe que, el paciente ha recibido entre tres y cuatro visitas durante el tiempo de investigación.
RELACIÓN CON EL PERSONAL	Durante las visitas se ha evidenciado enfado hacia el personal asistencial, expresado en agresividad, lo cual no se ha tratado correctamente, incrementando el malestar del paciente hacia los otros.
RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN EN CRISIS	Con el paciente no se ha podido establecer un proceso constante de Intervención en Crisis debido al deterioro de las funciones cognitivas; no obstante, ha existido momentos clave, en los que se le ha permitido expresar sus emociones disminuyendo la agresividad que manifiesta al personal asistencial, lo cual le ha permitido adaptarse de mejor manera a la situación en que se encuentra.

Elaborado por: Adriana Paredes y Verónica Pazmiño
Fuente: Diario de Campo y Fichas de Anamnesis

TABLA Nro. 28: ANÁLISIS DE CASO PCT 004

PCT 004	
SÍNTESIS ANALÍTICA	<p>El tiempo que fue atendido en la institución se pudo trabajar, tanto con él como con su esposa, en varias ocasiones. Sin embargo, sólo en dos (2) sesiones se hizo el abordaje de temas en relación a su posición frente a la enfermedad y su adaptación.</p> <p>Presenta una actitud bastante tranquila y predispuesto al diálogo, no obstante, presenta miedo a la muerte y al dolor propio de la enfermedad. Se trabaja sobre esta emoción para que pueda disminuir la tensión que le produce y se sienta lo más cómodo posible en la Unidad de Cuidados.</p> <p>A la par, la esposa, se siente más aliviada por la carga emocional que supone la enfermedad. Debido al período corto de trabajo no se encuentran más elementos.</p>
RELACIÓN FAMILIAR	<p>Se constata la presencia regular (dos visitas por semana) de su esposa, quien se mantiene atenta a la evolución y proporciona un soporte estable al paciente.</p>
RELACIÓN CON EL PERSONAL	<p>No hay mayores inconvenientes en la relación con el paciente.</p>
RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN EN CRISIS	<p>La Intervención por medio de Terapia de Crisis, permitió que el paciente y su esposa se acoplen a la situación y la manejen de mejor manera.</p>

Elaborado por: Adriana Paredes y Verónica Pazmiño
 Fuente: Diario de Campo y Fichas de Anamnesis

TABLA Nro. 29: ANÁLISIS DE CASO PCT 006

PCT 006	
SÍNTESIS ANALÍTICA	<p>Paciente que es atendido y se detecta que existen dificultades para el abordaje de las cuestiones personales, no obstante, debido a la molestia constante producida por el ingreso contra su voluntad y los conflictos familiares y ruptura familiar desde la enfermedad.</p> <p>Permite una oportunidad de profundizar en el enfado que tiene, la enfermedad le significa alejarse de la familia y falta de independencia para realizar sus actividades con normalidad.</p> <p>Evita manifestar su miedo al dolor (usando mecanismos de defensa-proyección) y disminuir la severidad de su pronóstico (negación) para mantenerse estable y que le permita confrontar la crisis.</p> <p>Se trabaja con la familia acerca del manejo de los conflictos para que sean un recurso para el paciente y no una dificultad más, en los últimos días del paciente, se consigue una visita de conciliación, lo cual disminuye el estrés y carga emocional del paciente.</p>
RELACIÓN FAMILIAR	<p>Recibe visitas de su hija y esposa, quienes mantienen contacto regular, pero presentan fatiga emocional. El otro hijo no le visita por conflictos presentes. No hay un soporte familiar correcto, causando preocupación constante del paciente.</p>
RELACIÓN CON EL PERSONAL	<p>Presenta relación conflictiva con el personal asistencial por sentirse incomprendido y mal atendido.</p>
RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN EN CRISIS	<p>El proceso fue fructífero, tanto para el paciente y la familia, permitió que el paciente expresara sus emociones y descargara lo que le causaba conflicto con la enfermedad.</p>

Elaborado por: Adriana Paredes y Verónica Pazmiño
Fuente: Diario de Campo y Fichas de Anamnesis

TABLA Nro. 30: ANÁLISIS DE CASO PCT 008

PCT 008	
SÍNTESIS ANALÍTICA	<p>El paciente fue atendido durante (7) sesiones, algunas incluso con presencia de familiares que facilitaron los encuentros. Inicialmente, se muestra con un estado anímico estable gracias al soporte familiar, pero a medida que avanza la enfermedad las dolencias incrementan produciendo molestias.</p> <p>Las molestias en lo físico, le ponen en conocimiento de su enfermedad, sin embargo, no hace esta asociación (negación) y minimiza la gravedad de su evolución para no preocupar a su familia, lo que nos da indicios de la tristeza que le produce esta separación del núcleo familiar. La alegría de los encuentros afectivos coopera para una adaptación del paciente al ambiente de hospitalización; en este caso, los recursos familiares son los que prevalecen.</p> <p>La actitud del paciente le permite manejar su eventualidad, habla sobre sus emociones para comunicar lo que pasa, pero ante todo se hace cargo del manejo por sí mismo.</p>
RELACIÓN FAMILIAR	<p>Presencia regular de familiares (diaria), organizada a fin de ser constante y rotativa. Proveen un excelente soporte emocional al paciente.</p>
RELACIÓN CON EL PERSONAL	<p>Falta de soporte del equipo asistencial para el control del dolor e incumplimiento de tratamientos.</p>
RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN EN CRISIS	<p>El proceso de Intervención en Crisis pudo elevar su efectividad en función a la colaboración de la estructura familiar y apertura del paciente a vivir su crisis y enfrentarla desde una perspectiva diferente. Habló y trabajó sobre el proceso de cambio que resultó de la enfermedad. La familia pudo a su vez trabajar y facilitarle el proceso de despedida, que otorgó tranquilidad al paciente.</p>

Elaborado por: Adriana Paredes y Verónica Pazmiño
Fuente: Diario de Campo y Fichas de Anamnesis

TABLA Nro. 31: ANÁLISIS DE CASO PCT 009

PCT 009	
SÍNTESIS ANALÍTICA	<p>La paciente durante el tiempo que lleva en la institución se la visitó alrededor de doce ocasiones, de menos de 10 minutos, en los que se presenta somnolienta o despierta pero renuente a entablar contacto. Se muestra evasiva a hablar acerca de lo que le sucede o de su familia, por lo que no hay un conocimiento concreto de su situación emocional.</p> <p>Su habilidad social se ha visto deteriorada, y no le ha permitido adaptarse al ambiente de la clínica.</p> <p>Se sabe –por algunos visitantes- que le han prometido regresarle a su casa, posiblemente en esta expectativa se sostiene para no interactuar con el medio. Sólo se ha notado enfado, por cortas intervenciones acerca de sus nietos, en las que demanda una presencia más activa de los mismos.</p>
RELACIÓN FAMILIAR	<p>Cuando ingresó a la institución, estuvo acompañada por su hija (1 semana), ha recibido escasas visitas de sus nietos (una o dos durante el tiempo de investigación), lo que no le provee del adecuado soporte familiar.</p>
RELACIÓN CON EL PERSONAL	<p>El contacto con el personal médico es escaso, no ha tenido contacto con otros pacientes, pues la habitación designada es de uso exclusivo de la paciente, entre otras atenciones especiales que recibe.</p>
RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN EN CRISIS	<p>No se ha podido realizar una Terapia de Crisis, puesto que el suceso crítico disruptivo se presentó hace algunos años y en la actualidad la conducta desadaptativa se ha vuelto recurrente. En este caso, sería conveniente un proceso psicoterapéutico más prolongado, para facilitar el proceso de aceptación de algún tratamiento.</p>

Elaborado por: Adriana Paredes y Verónica Pazmiño
Fuente: Diario de Campo y Fichas de Anamnesis

TABLA Nro. 32: ANÁLISIS DE CASO PCT 010

PCT 010	
SÍNTESIS ANALÍTICA	<p>Paciente que durante su tiempo de ingreso rehusó recibir cualquier tipo de tratamiento terapéutico. Mostró enfado producido por la sintomatología de la enfermedad y posiblemente en respuesta a los conflictos producidos en su familia, lo cual no pudo ser abordado. No hay el tiempo suficiente para otros abordajes, lo cual deja a la paciente desadaptada hasta el fallecimiento.</p>
RELACIÓN FAMILIAR	<p>Presencia regular de los familiares por divergencias respecto del ingreso de la paciente. No proporcionan el soporte afectivo que requiere la paciente.</p>
RELACIÓN CON EL PERSONAL	<p>El personal médico, permite que los pacientes entiendan la situación de la paciente, para que se tome la mejor decisión sobre la atención que debe recibir.</p>
RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN EN CRISIS	<p>En este caso se provee la Intervención en Crisis de Primera Instancia, pero no es posible continuar con una Terapia de Crisis por la negativa de la paciente. El campo de trabajo se ve limitado por la desorganización de la familia.</p>

Elaborado por: Adriana Paredes y Verónica Pazmiño
Fuente: Diario de Campo y Fichas de Anamnesis

TABLA Nro. 33: ANÁLISIS DE CASO PCT 013

PCT 013	
SÍNTESIS ANALÍTICA	<p>El paciente ha sido atendido (4) sesiones, en las cuales siempre ha estado presenta la referencia al “dolor”, pero no asocia a la enfermedad directamente.</p> <p>Más adelante, se encuentra que el miedo del paciente es al sufrimiento y padecimiento que supone la enfermedad, más que al hecho de morir. Pese a las dudas que tiene se muestra aparentemente estable, y evita profundizar sobre aspectos de sus emociones.</p> <p>Pese a tener contacto regular con su familia, teme estar solo en el momento de la muerte, por lo que pueden existir algunos sentimientos de culpa que no desea trabajar.</p>
RELACIÓN FAMILIAR	<p>Se ha visto que la familia se ha organizado para realizar visitas diarias, pero a la vez existen conflictos entre los miembros de los diferentes compromisos del paciente, por lo cual el soporte es estable. Sin embargo, se recomienda mejor organización para evitar inconvenientes.</p>
RELACIÓN CON EL PERSONAL	<p>No han existido mayores interferencias en la relación con el equipo y el paciente.</p>
RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN EN CRISIS	<p>El proceso de Intervención pese a no ser extenso pudo trabajar sobre algunos aspectos que le preocupaban al paciente y que le permiten tener un mejor control sobre su situación y la enfermedad.</p> <p>Se ven dificultades porque el evento crítico surgió hace un largo período de tiempo y ahora no hay la apertura suficiente para el trabajo.</p>

Elaborado por: Adriana Paredes y Verónica Pazmiño
 Fuente: Diario de Campo y Fichas de Anamnesis

TABLA Nro. 34: ANÁLISIS DE CASO PCT 014

PCT 014	
SÍNTESIS ANALÍTICA	<p>Con el paciente se han mantenido al menos cinco (5) sesiones, de duración promedio 15 a 20 minutos.</p> <p>En ocasiones manifiesta sus deseos y expectativas de mejoría y posible curación recurriendo a la espiritualidad, pero disminuye la gravedad de su enfermedad e inclusive en momentos hay una recurrencia a la negación (mecanismo defensivo). Expresa agrado y alegría por las visitas que recibe, puesto que es importante para él sentirse reconocido y respaldado.</p> <p>Debido al avance de la enfermedad y el deterioro de las funciones psíquicas se suspende el proceso y sólo se le da acompañamiento.</p>
RELACIÓN FAMILIAR	<p>Se ha visto que la familia se ha organizado para realizar visitas diarias, pero a la vez existen conflictos entre los miembros de los diferentes compromisos del paciente, por lo cual aunque permanezca acompañado el soporte no es adecuado. Sin embargo, se recomienda mejor organización para evitar inconvenientes.</p>
RELACIÓN CON EL PERSONAL	<p>Se ha dificultado el proceso de adaptación a la hospitalización debido a que han tenido lugar inconvenientes con el personal asistencial, por ser un paciente muy demandante y resistente a seguir las normas de la Clínica.</p>
RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN EN CRISIS	<p>El proceso de Intervención, es importante que se haya realizado, por las dificultades en la relación con el personal asistencial que impedían su adaptación. Además, pudo poner en palabras su enojo, así como el deseo de ser reconocido y no ignorado.</p>

Elaborado por: Adriana Paredes y Verónica Pazmiño
Fuente: Diario de Campo y Fichas de Anamnesis

TABLA Nro. 35: ANÁLISIS DE CASO PCT 019

PCT 019	
SÍNTESIS ANALÍTICA	La paciente debido a sus condiciones de salud se la mantiene medicada. En el único encuentro mantenido, refiere dolor excesivo a causa de la enfermedad, y molestia (enfado) por encontrarse hospitalizada y no tener independencia para la ejecución de sus necesidades.
RELACIÓN FAMILIAR	No se ha constatado la presencia de familiares por lo que la paciente permanece sola la mayoría del tiempo, se sabe que ha recibido al menos una visita durante la estadía en la Unidad de Cuidados.
RELACIÓN CON EL PERSONAL	No se nota dificultades en la relación con los auxiliares de la institución.
RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN EN CRISIS	En este caso, se provee de Primeros Auxilios Psicológicos, pero la Terapia de Crisis no se continúa debido al avance y deterioro de la paciente.

Elaborado por: Adriana Paredes y Verónica Pazmiño
Fuente: Diario de Campo y Fichas de Anamnesis

ANEXO 5

ENCUESTA DIRIGIDA AL

PERSONAL

ENCUESTA DIRIGIDA AL PERSONAL DE LA FUNDACIÓN ABEI HOGAR DE ADULTOS

La presente encuesta tiene como finalidad identificar los conocimientos que usted posee sobre situaciones críticas y su posible Intervención. A continuación se le presenta una serie de preguntas para recabar la información correspondiente. Responda con total veracidad y en función, únicamente, de lo que sabe.

1. ¿Qué es para Ud. una crisis? (Marque con una X)

Confusión _____	Llanto fácil _____	Preocupación _____	Insomnio _____
Agresividad _____	Trast. de sueño _____	Poco comunicativo _____	Cómodo _____
Inquietud _____	Relajado _____	Satisfecho _____	Aislado _____
Animado _____	Culpable _____	Asustado _____	Tenso _____

2. ¿Cómo reconoce Ud. a una persona que está atravesando una crisis?

3. ¿Cuál es su reacción frente a una situación de crisis? ¿Qué le produce?

4. ¿Ud. atiende la situación de crisis?

Si _____ No _____ Evito la situación _____

Por qué:

Si Ud. respondió afirmativamente, por favor pase a la pregunta N° 5; caso contrario, pase a la pregunta N° 6

5. ¿Cómo maneja una situación de crisis?

6. ¿Cree Ud. que necesita adquirir más conocimientos sobre cómo intervenir en una situación de crisis?

Si _____ No _____

Por qué:

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN