

UNIVERSIDAD DEL NORTE
FACULTAD DE PSICOLOGIA
MAESTRIA EN PSICOLOGÍA – PROFUNDIZACIÓN CLÍNICA



PROCESO Y ELABORACIÓN DE DUELO EN UNA CONSULTANTE CON
CÁNCER A LO LARGO DE SU ENFERMEDAD DESDE EL ANÁLISIS EXISTENCIAL

PREPARADO POR: EDUARDO ALVAREZ SALAS

VALLEDUPAR, COLOMOBIA

2016

UNIVERSIDAD DEL NORTE
FACULTAD DE PSICOLOGIA
MAESTRIA EN PSICOLOGÍA – PROFUNDIZACIÓN CLÍNICA



PROCESO Y ELABORACIÓN DE DUELO EN UNA CONSULTANTE CON
CÁNCER A LO LARGO DE SU ENFERMEDAD DESDE EL ANÁLISIS EXISTENCIAL

Autor: Eduardo Alvarez Salas

Trabajo de grado para optar al título de magister en maestría en
Psicología – Profundización Clínica

Directora del proyecto: Rosaura Guerra

VALLEDUPAR, COLOMOBIA 2016

Nota de aceptación

Presidente del jurado

Jurado

Jurado

Valledupar, 19 julio de 2016

AGRADECIMIENTOS

El autor expresa sus agradecimientos:

A Dios por la vida, por permitirme un día más en el cual pueda superarme como persona y profesional.

A Mi familia por estar y ser constantes en todos mis procesos en los cuales hemos luchado y sufrido por realizar con mucho esfuerzo, sacrificio y humildad ante todo para que la sencillez en los logros obtenidos no se aparte del camino que siempre he de recorrer. A esa familia que ha sido testigo de la inmensa disposición, entrega y voluntad que siempre he tenido hacia los demás, quienes en la intensidad de mi ser, en lo bueno y lo malo siempre logramos rescatar una sonrisa de lo vivido.

A mis amigos, compañeros y colegas que al igual han estado siempre atentos a mis logros y alegrías, siendo un motivante más para seguir adelante.

TABLA DE CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS	iv
INTRODUCCIÓN	ix
JUSTIFICACIÓN	1
1. ÁREA PROBLEMÁTICA	4
2. PREGUNTAS GUÍAS U OBJETIVOS	9
3. HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE	10
3.1. Descripción detallada de las sesiones	16
Sesión 1	16
Sesión 2	17
Sesión 3	18
Sesión 4	19
Sesión 5	19
Sesión 6	20
4. MARCO CONCEPTUAL DE REFERENCIA	22
4.1. Cáncer, orígenes, causas, síntomas – signos y tratamiento.	22
4.2. Proceso de Duelo, tipos, etapas y características.	35
5. ANÁLISIS DEL CASO (DESCRIPCIÓN E INTERPRETACIÓN).	50

5.1. Aquí y Ahora	50
5.2. Invocación de lo actual	52
5.3. Presencia	52
5.4. Encuentro	53
5.5. Sentido	54
CONCLUSIONES	57
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	62
POR W. W. K. ZUNG	71
ANEXOS 1 Análisis del proceso terapeutico	61
ANEXO 2. Escala de autovaloración DD	68
ANEXO 3. Escala de autovaloración DA	70
ANEXO 4. Consentimiento Informado	71

RESUMEN

En el estudio cualitativo titulado “Proceso y Elaboración de Duelo en una Consultante con Cáncer a lo Largo de su enfermedad desde el Análisis Existencial” se abordó el caso de una consultante de 52 años de edad, que vive en unión libre con su pareja desde hace 27 años, de estrato medio, en la ciudad de Valledupar, que acudió a consulta para buscar ayuda profesional para afrontar su proceso de duelo al ser diagnosticada con cáncer de mama.

La metodología utilizada fue la investigación cualitativa de caso único para obtener un entendimiento profundo que da cuenta del estado actual de las cosas. La técnica fue la entrevista Individual en profundidad, que permitió acercarse a las ideas, creencias, motivando al entrevistado para seguir proceso psicoterapéutico para poder comprender o encontrar sentido a su experiencia. Las preguntas orientadoras y la relación terapéutica establecida en las sesiones fueron claves en el proceso psicoterapéutico, cuyos resultados ayudaron a nutrir el entendimiento de la experiencia vivenciada por la consultante.

Entre los hallazgos se encontró alteraciones a nivel cognitivo, conductual y emocional y en la comunicación verbal, gestual y la atenta escucha. Alteraciones estas que fueron cambiando a lo largo de las sesiones con la consultante, logrando encontrar el sentido y el significado a la existencia dolorosa de la enfermedad, convirtiendo la adversidad en experiencia de crecimiento personal, posibilitando el autoconocimiento, la resignificación y la transitoriedad de la vida.

Palabras claves. Voluntad de sentido, sufrimiento, duelo, cáncer, encuentro, relación terapéutica, presencia.

ABSTRACT

In the qualitative study titled "Process and elaboration of the grieving process of a consultant with cancer throughout his illness from an existential analysis." We onboarded a middle class 52-year-old consultant that lived freely with her spouse for the last 27 years in the city of Valledupar. She sought consultancy to seek professional help to deal with her grieving process after being diagnosed with breast cancer.

The methodology used was the investigation cultivated by a unique case with a deep understanding, which accounts for the current state of affairs. The technique used was the deep individual interview, which assisted in getting close to her ideas and beliefs motivating the interviewer to continue the psychotherapeutic process to understand and find meaning to her experience. The orienting questions and the established psychotherapeutic process who's results helped feed the understanding of the experienced lived by the consultant.

Among the findings are cognitive alterations, behavioral and emotional and in the verbal and gestural listening. Alterations that were changed throughout the sessions with the consultant helped find the meaning and existence of a painful illness converting the adversity in an experience of personal growth permitting the auto awareness and transcendence of a lifetime. Key words, sense of will, suffering, grieving, cancer, meeting, therapeutic relation, presence.

INTRODUCCIÓN

En la realización de esta investigación se hace un análisis del proceso y elaboración del duelo en un caso único de una consultante con cáncer. Algunos de los autores que se revisaron para realizar este estudio fueron: Alberto De Castro, Miguel Martínez, Buckman, Pangrazzi, Víctor Frank, Jose Arturo Luna, entre otros.

Para la elaboración del presente estudio, se tuvieron en cuenta algunas preguntas orientadoras claves, surgidas durante las entrevistas con la consultante, a partir de las cuales se intenta mostrar cómo lo expuesto en dichas preguntas refleja el proceso y elaboración del duelo a lo largo de su enfermedad. Entre las preguntas están:

¿Cómo encuentra la consultante la voluntad necesaria para seguir adelante en su proceso y elaboración de duelo?

¿Cuál es la forma en que a lo largo de su enfermedad logra vivenciar todo este proceso, el cual le generara una serie de reacciones propias, en las cuales se puede producir un cambio muy profundo en el modo como la consultante considere su cuerpo?

¿Cuál es el sentido de la experiencia que adquiere, a partir del valor que le atribuye a la enfermedad, permitiéndole el reconocerse como un ser cambiante debido a las circunstancias?

¿De qué manera y como puede interiorizar una mejor calidad de vida y así lograr un mejor control de la experiencia que vive?

¿En qué forma puede llegar a comprender la realidad de la muerte, ya que esta suscita una insoportable angustia al momento de vernos inmersos en situaciones que a diario no la recordara?

Se realizó un cuadro de análisis del proceso psicoterapéutico donde se tuvieron en cuenta varias categorías y subcategoría haciendo referencia a varios aspectos tratados durante el proceso y elaboración del duelo de la consultante. Teniendo en cuenta seis sesiones que muestran evidencias del trabajo terapéutico de la consultante.

Dentro de la concepción humanista y el enfoque fenomenológico existencial de la psicoterapia, es de suma importancia como la consultante logra vivenciar el proceso, es por eso que para el análisis de este caso se detallara como se llevó a cabo esta interrelación; teniendo en cuenta varios conceptos claves como: La transitoriedad de la vida, la voluntad de sentido y el sufrimiento, duelo, cáncer.

JUSTIFICACIÓN

“Vivimos en un cuerpo maravillosamente entretejido y sumamente vulnerable. Basta un incidente, un descuido, una caída, costumbres dietéticas perjudiciales, situaciones de estrés mal manejadas para que se desarrollen trastornos que condicionan la salud, el trabajo, el futuro” Pangrazzi, (1993: 21). Así mismo la aparición de cualquier tipo de molestia o enfermedad, las cuales desarrollan y constituyen una directa amenaza, lo que suscita naturalmente reacciones no solo biológicas sino también psicológicas.

Esta investigación tiene como fin conocer el proceso y elaboración de duelo en una consultante con cáncer a lo largo de su enfermedad desde el análisis existencial debido a un sin número de características respecto a sus capacidades psicológicas y físicas a lo largo de la vida, el transcurso de la enfermedad y el tratamiento, ya que estará expuesta a cambios muy significativos que como tal la enfermedad va desarrollando, teniendo repercusiones muy relevantes y en cierto grado distintivas en cada persona.

El comportamiento del enfermo y su capacidad de encontrar una adaptación equilibrada a la enfermedad en este caso un cáncer o al hecho que vive, que se convierte en un elemento constitutivo de su vida depende ciertamente de su carácter y de su capacidad de dar “significado” a todo, cuando se a realizado una adecuada elaboración en su proceso de duelo, de tal manera que pueda actuar justa y consecuentemente consigo mismo y con pleno sentido de su realidad.

En este proceso adaptativo la consultante utiliza determinados mecanismos psicológicos que le permitirán reaccionar de determinadas formas y de este modo

poder identificar características emocionales establecidas a lo largo de todo su tratamiento, el cual le brinde seguridad existencial y garantice el desarrollo de un sentido de vida a partir desde el momento en el que empieza a interiorizar y a analizar su ser de acuerdo a la actitud asumida en cuanto a sus decisiones.

La práctica y realidad de la experiencia sujeta a un sustento teórico son de fundamental importancia para la investigación ya que busca de manera contundente favorecer a todas las personas, permitiendo con este trabajo poder responder a la necesidad de contribuir en conocimientos concretos de todos los aspectos referentes a la elaboración y el proceso de duelo en las personas con cáncer desde el análisis existencial, aportando un sustento más para posibles o futuras investigaciones relacionadas con el tema.

Esta investigación responde al hecho por el cual, al investigar este tipo de temáticas, la psicología se nutre de datos y conocimientos que le permiten profundizar en el campo del duelo como un proceso adaptativo que atraviesa toda persona que padece algún tipo de cáncer.

Desde lo académico es un aporte más y un conocimiento de todo el proceso y desarrollo que conlleva el padecer una enfermedad como el cáncer y partiendo de sus resultados en cuanto a su proceso de duelo poner al servicio dicha información en busca de poder desarrollar o crear estrategias, grupos de apoyo y demás, que permitan poder detectar y afrontar síntomas de la situación vivida, para así poder ayudar a sobrellevar dicha condición satisfactoriamente a nivel psicológico y óptimo de su condición como tal.

La situación planteada, permite a la persona el poder acrecentar sus expectativas de vida, asumiendo que en dicha enfermedad se puede convertir todo esa

experiencia en motivos más que suficientes para (ver el sufrimiento desde otra perspectiva... la perspectiva del crecimiento) crecer dentro de una dinámica enriquecedora consigo mismo y con la oportunidad de seguir creyendo que en las adversidades que la vida nos presenta, siempre hay un motivo para seguir adelante.

Desde un punto de vista profesional permite enriquecer en conocimientos valederos el poder contrastar e identificar alternativas de intervención y acción inmediata en el transcurso y evolución de la enfermedad como del tratamiento, al conocer que los consultantes con cáncer tienen que afrontar constantes tensiones psicológicas, físicas y sociales, lo que hace que sufran ciertas manifestaciones, generando reacciones depresivas y ansiosas, para que a partir de este se tenga una mejor concepción del desarrollo y circunstancias por las cuales debe pasar una persona al ser diagnosticada con cáncer, por que proporcionara una adecuada información para visualizar características que conlleva el desarrollo y evolución de esta enfermedad en el transcurso de su proceso de adaptación dentro de una adecuada elaboración de su duelo.

1. ÁREA PROBLEMÁTICA

El presente estudio de caso clínico tiene como objetivo presentar el proceso y elaboración de duelo de una consultante con cáncer a lo largo de su enfermedad desde el Análisis Existencial, razón por lo cual se utiliza el método fenomenológico para su comprensión, porque este permite entender la experiencia del ser humano desde la conciencia y la perspectiva de la persona que está vivenciando dicha experiencia, estudiando los significados de las experiencias en situaciones reales, tal como ocurren espontáneamente en la vida cotidiana de la consultante con cáncer.

En la clarificación de supuestos ante el tema de investigación, es preciso la búsqueda de las ideas, preconcepciones, presupuestos o prejuicios ante el tema a estudiar, de modo que no impidan el acercamiento y la clarificación de la vivencia del otro; Contreras (2002:18) “Es así como nuestros prejuicios anticipan en cierta medida el significado de las cosas. Ellos nos permiten estar orientados familiarmente en el mundo en el cual hemos crecido. No se trata de un mundo extraño, esto es, de un objeto. Se trata de un mundo común en el que nos moveremos por referencia a un sentido, al sentido que funda la comunidad en cuanto recibe la palabra de las tradiciones.”

El tema que ocupa la consulta de la paciente es el temor a la muerte y las pérdidas que implica la enfermedad como tal, refiriéndose principalmente a la pérdida de identidad como mujer, y al no desempeño de sus roles; social, profesional y familiar. Los miedos o temores que genera el cáncer son un tema importante en los pedidos de atención psicológica, suele ser uno de los principales motivos de

consulta que aparece con frecuencia como tema de reflexión en el transcurso de un tratamiento de personas que padecen la enfermedad, ya sea que los consultantes buscan apoyo psicológico de manera voluntaria o porque sean remitidos por el equipo interdisciplinario.

La palabra cáncer suscita en la mayoría de la gente angustia y una auténtica ola de sentimientos negativos. Se une, más o menos conscientemente, a imágenes de dolor y sufrimientos terribles, y a la muerte. Inclusive el cáncer se ha convertido en símbolo de la muerte. Y el miedo al cáncer ocupa el lugar del miedo a la muerte misma. Mientras en lo relativo a la posibilidad de curación de otras enfermedades graves se tiene presente en primer lugar el aspecto “positivo”, en lo referente a los enfermos de cáncer se enfoca más al aspecto “negativo”. Sandrin (1993:149-150).

El cáncer parece ser una enfermedad tan antigua como lo es la vida en nuestro planeta son testimonio de ellos los tumores encontrados en los huesos de dinosaurios o en las momias humanas descubiertas en Egipto y Perú. Su estudio y tratamiento ha sido objeto de gran interés desde épocas remotas en distintas culturas, lo cual ha quedado asentado en documentos llegados hasta nosotros, en los que se describe el avance del conocimiento, y que nos hacen ver el talento y la capacidad de observación y deducción de nuestros antepasados.

Cabe destacar, que documentos que datan de 2000 y 1500 años A.C., como el Ramayana de la India o el papiro egipcio Ebers, por ejemplo, hacen referencia a este padecimiento. En tanto que su nombre, cáncer, se inspiró en la observación de los tumores de mama, que, al crecer, toman la forma de un cangrejo, según explica Galeno (131-203 D.C) en su tratado Definiciones Medicas. Cortina. (1998)

En un momento se le llamo “la plaga del siglo XX”, y hasta científicos de gran prestigio internacional aceptaron que se trataba de “una condición que es prácticamente incontrolable... aun no conocemos lo suficiente sobre la célula humana”. Pero los estudios de la célula humana han continuado avanzando progresivamente, se ha llegado a determinar hasta como los agentes influyen en el desarrollo de una tumoración cancerosa, y hoy podemos afirmar que el cáncer ha sido finalmente controlado aunque no curado, como a veces se menciona.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) se ha propuesto encontrar la tan buscada “cura del cáncer”, los científicos actuales avanzan a paso apresurado hacia esa meta... y hasta ahora, todo parece indicar que el esfuerzo internacional que se realiza lograra su recompensa. Bajo la denominación de cáncer se engloban, en realidad, distintas enfermedades que varían en sus manifestaciones clínicas y en su respuesta a las medidas terapéuticas, pero que comparten mecanismos desencadenantes comunes.

Se han descrito más de cien formas distintas de cáncer de acuerdo con el órgano o tejido en el que se originan y el tipo de célula a partir del cual se forma. Los más frecuentes son los llamados carcinomas, que constituyen cerca del 90% de los canceres, y que se generan en los epitelios o capas celulares que recubren la superficie de nuestro cuerpo. Por lo general estos son tumores que ocurren a edad avanzada y cuya frecuencia puede incrementarse hasta mil veces entre los veinte y sesenta años de edad. Entre ellos, los más comunes son los que afectan al pulmón, al intestino grueso, a las mamas y al cuello uterino.

Las leucemias y linfomas se producen a partir de las células formadas de la sangre que residen en la médula ósea y en los tejidos linfáticos y, aunque son menos

frecuentes que los carcinomas, causan un mayor impacto moral, social y económico pues afectan a niños y jóvenes reduciendo su esperanza de vida y productividad, mientras que los sarcomas son los más raros y se originan en las estructuras de soporte como el tejido fibroso, así como en los vasos sanguíneos.

Los patrones de enfermedad y muerte han evolucionado mucho en los últimos 150 años, sobre todo en los países desarrollados, de los cuales se han erradicado padecimientos transmisibles propios del subdesarrollo como la tuberculosis, difteria, fiebre escarlatina, tifoidea y disentería. Además, la esperanza de vida se ha incrementado, lo que determina que un número mayor de individuos en la población alcance la edad en la que puede manifestarse un padecimiento maligno.

El cáncer es, hoy en día, una de las cinco primeras causas de defunción, tanto en países desarrollados como en desarrollo, y se calcula que cada año mueren en el mundo cerca de 4.300.000 personas a causa de esta enfermedad. Sin embargo, se ha observado que las formas predominantes de cáncer varían de un país a otro, o bien siguen una tendencia diferente.

El concepto de control del cáncer implica un conjunto de medidas diversas, basadas en el conocimiento científico, para reducir el número de casos y defunciones por esta enfermedad. Se han identificado tres niveles básicos en el proceso de prevención: La prevención primaria, cuyo objetivo es evitar que se produzca la enfermedad.

La prevención secundaria, orientada a detectar tempranamente la enfermedad, con el fin de impedir que se manifieste clínicamente o retardar su progreso.

La prevención terciaria, que tiene como meta minimizar los efectos adversos del cáncer, una vez que se ha manifestado clínicamente, limitando el grado de incapacidad y evitando las complicaciones que llevan a un deterioro prematuro.

La prevención primaria implica conocer los factores de riesgo, para evitar que la población se exponga a ellos, o para reducir la exposición a niveles peligrosos. Las otras dos formas de prevención se apoyan tanto en el conocimiento de los mecanismos de generación de cáncer (carcinogénesis), como en la identificación de las distintas etapas por las que atraviesa la enfermedad y los factores que la condicionan.

A lo largo de todo el acontecer de esta enfermedad se constata la existencia de elementos que ya han instrumentado con éxito medidas de prevención primarias, ejemplo de ellos son las actividades para mejorar los ambientes laborales y para descartar hábitos personales que conllevan riesgos de cáncer, lo cual ha permitido el diseño de estrategias que abarcan desde la investigación de los factores de riesgo, la introducción de ordenamientos jurídicos y de tecnologías para su control, y la educación de la población.

En los casos en los que no ha podido evitarse el inicio de la carcinogénesis, se ha tenido éxito en la curación de los pacientes, con métodos de diagnóstico temprano, tratamiento oportuno y educación (como en el caso del cáncer cérvico-uterino o de mama), que equivalen a una prevención secundaria. La historia del control del cáncer pone de manifiesto los diferentes obstáculos que no han permitido un desarrollo óptimo de las medidas preventivas.

Lo mismo ocurre con la población general que no percibe aun la magnitud del problema o que teme afrontarlo y descuida su salud, ignorando las señales que

anuncian el desarrollo del cáncer y no consultan al médico oportunamente. Cortina.. (1998).

Sandrin (1993;152-153) Manifiestan “Sin embargo, el paciente puede aceptar y vivir su experiencia, afrontar sus temores, volver a encontrar la imagen corpórea de si, confirmar la capacidad de hablar con los demás y volver a encontrar su proyecto existencial”.

2. PREGUNTAS GUÍAS U OBJETIVOS

¿Cómo encuentra la consultante la voluntad necesaria para seguir adelante en su proceso y elaboración de duelo?

¿Cuál es la forma en que a lo largo de su enfermedad logra vivenciar todo este proceso, el cual le generara una serie de reacciones propias, en las cuales se puede producir un cambio muy profundo en el modo como la consultante considere su cuerpo?

¿Cuál es el sentido de la experiencia que adquiere, a partir del valor que le atribuye a la enfermedad, permitiéndole el reconocerse como un ser cambiante debido a las circunstancias?

¿De qué manera y como puede interiorizar una mejor calidad de vida y así lograr un mejor control de la experiencia que vive?

¿En qué forma puede llegar a comprender la realidad de la muerte, ya que esta suscita una insoportable angustia al momento de vernos inmersos en situaciones que a diario no la recordara?

3. HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE

Identificación del paciente

Nombre: Sol Marina de la Hoz

Fecha de nacimiento: Agosto 5 de 1963

Edad: 52

Estado civil: Unión libre

Escolaridad: Bachiller

Ocupación: Ama de casa

Religión: Católica

Motivo de consulta

Consultante que asiste manifestando sentir mucha preocupación e incertidumbre por su futuro al ser diagnosticada con Cáncer de Mama.

Descripción sintomática

La consultante manifiesta ansiedad, preocupación, ganas de llorar, tensión, dolor, endurecimiento en el seno, síntomas depresivos, lo cual la ha mantenido con mucha incertidumbre, desde el momento en que fue notificada de su enfermedad, así mismo refiere “hace más de 2 años empecé a sentir en uno de mis senos unas pequeñas bolitas las cuales en su momento no le presto la atención necesaria, asistí al médico el cual le mando a practicar una serie de exámenes y posterior a eso me diagnosticaron con Cáncer de Mama”.

Historia personal

Consultante de padres fallecidos, hace 42 años su progenitor por un ACV con antecedentes familiares de cáncer y su progenitora hace 7 años debido a paro cardio respiratorio fruto de relación nacen tres hermanos, siendo la consultante la segunda de 52 años, ama de casa actualmente, bachiller, laboro hace 24 años como trabajadora en almacenes éxito ocupando varios cargos en el transcurso de sus funciones, un hermano mayor de 58 años y quien le antecede de 42 años, siendo una familia con una relación afectiva muy fuerte, sobre todo entre la consultante y su progenitora.

Historia familiar

El hogar de la consultante está conformado hace 27 años en unión libre con el señor José Enrique Puello Castro de 54 años, quien labora como auxiliar de bodega, fruto de la relación nacen 3 hijos, Greis Isabel Puello de la Hoz de 26 años, estudiante de Ciencias Naturales, próxima a iniciar prácticas, Ornevis Enrique Puello de la Hoz de 23 años, bachiller, quien vive en unión libre hace 2 años, con Ibeth Carrillo Montero de 22 años, fruto de la relación nace Shayra Puello Carrillo de 1 año y 6 meses, y Julio Andrés Puello de la Hoz de 19 años, bachiller.

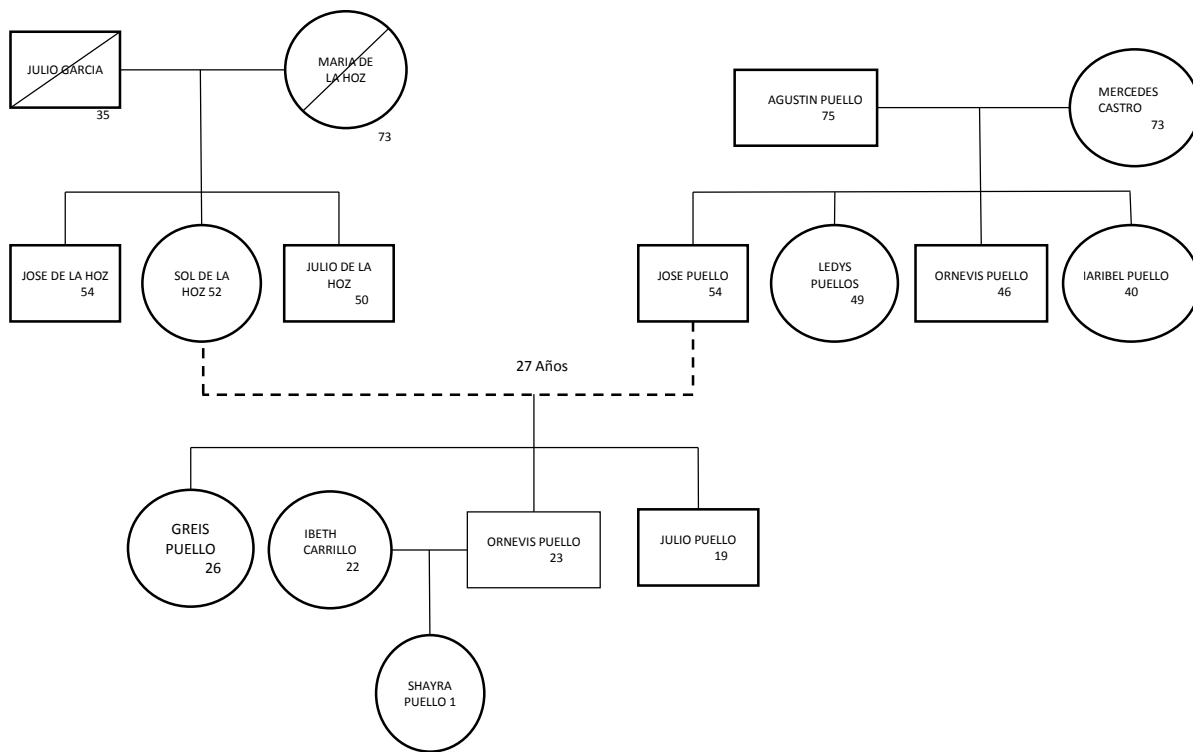
La relación que existe en el hogar es muy afectiva entre todos, en el caso de su pareja se mantiene una excelente comunicación, siendo esta asertiva en todo momento y posterior al proceso de su cirugía se ha mantenido constante. Entre sus hijos la consultante siempre se ha caracterizado por ser muy atenta a sus necesidades, siendo muchas veces “intensa” dicho propiamente por la consultante y sus hijos, sin embargo, esto no ha sido motivo de discusiones, sino que por el

contrario se ha sabido asimilar. Con su hija al ser la única mujer de los hermanos se establece una relación de mucha amistad y confianza, en la cual como madre e hija siempre se han llevado de la mejor manera.

Con su segundo hijo de igual forma ha sido atenta a sus cuidados, siendo en este caso con mayor interés debido a su preocupación constante ya que en comparación con su hermanos ha sido más libre lo que en algunas ocasiones ha generado conflicto, sin embargo, hoy día su hijo se encuentra viviendo en unión libre y fruto de la relación nace su primera nieta, lo cual ha generado que la unión y la relación familiar se fortalezca más. Mientras que con su hijo menor la relación ha sido más cercana, lo que ha posibilitado en la consultante brindarle un mejor y más adecuado trato para evitar las confrontaciones que en su momento se dieron con sus otros hijos.

Ante lo anterior se puede apreciar que la dinámica familiar ha girado alrededor de una buena relación afectiva y de constante apoyo entre todos, la cual se ha fortalecido en un primer momento al conocer la situación de salud de la consultante, lo que ha sido significativo para todos y en un segundo momento el nacimiento de su nieta, lo que ha generado un mejor ambiente familiar, alrededor de los espacios compartidos, vislumbrando una mayor y mejor actitud entre todos en busca de una sana y enriquecedora convivencia del día a día.

Genograma.



Proceso de evaluación.

La intención de la evaluación en este caso único de una paciente diagnosticada con cáncer de seno, es explorar su historia personal y familiar con fines terapéuticos; para poder establecer un proceso de atención psicológica para la elaboración del duelo a causa de su enfermedad de base, permitiendo evaluar la funcionalidad de la consultante, con el fin de identificar riesgos psicosociales, ambientales y poder brindar las orientaciones y/o sugerencias pertinentes en el transcurso de la evolución del proceso.

Dentro de las pruebas aplicadas en el presente caso tenemos:

La Escala de autoevaluación para la depresión de Zung fue diseñada por W.W. Zung para evaluar el nivel de depresión en pacientes diagnosticados con algún desorden depresivo.

La escala de autoevaluación para la depresión de Zung es una encuesta corta que se auto administra para valorar que tan deprimido se encuentra un paciente. Hay 20 asuntos en la escala que indican las 4 características más comunes de la depresión: el efecto dominante, los equivalentes fisiológicos, otras perturbaciones, y las actividades psicomotoras.

Hay diez preguntas elaboradas de forma positiva, y otras diez, de forma negativa. Cada pregunta se evalúa en una escala de 1-4 (poco tiempo, algo de tiempo, una Buena parte del tiempo, y la mayor parte del tiempo).

El rango de calificación es de 20-80.

25-49 rango normal

50-59 Ligeramente deprimido

60-69 Moderadamente deprimido

70 o más, Severamente deprimido

En la prueba de Depresión de Zung aplicada a la consultante arrojó como resultado Ligeramente Deprimido (54)

Escala de Ansiedad de Zung

La Escala de Autoevaluación de la Ansiedad de Zung (EAA) comprende un cuestionario de 20 informes o relatos, cada uno referido a manifestaciones características de ansiedad, como síntomas o signos. El conjunto abarca una amplia variedad de síntomas de ansiedad como expresión de trastornos emocionales.

Las palabras utilizadas en el cuestionario de la escala han sido escogidas para hacerlas más accesibles a la mayoría de las personas, empleando su propio lenguaje. En algunos casos, las personas pueden hacer preguntas relacionadas con el criterio a que se debe sujetar el procedimiento de marcar determinada información. Las preguntas generalmente indican el deseo de cooperación con el profesional de la salud (médico, psicólogo) y deben ser respondidas de tal manera que induzcan a la persona a dar las respuestas más acordes a su realidad personal.

En el formato del cuestionario, hay 4 columnas en blanco encabezadas por 'Nunca o casi nunca', 'A veces', 'Con bastante frecuencia' y 'Siempre o casi siempre'. Se le da a la persona la lista de frases y se le pide que escoja la opción que considere más aplicable a su caso, de acuerdo a cómo se ha sentido la última semana.

El resultado de la prueba de Ansiedad de Zung la consultante arrojó como resultado Ansiedad leve (56)

Conceptualización diagnóstica

Eje I: Trastornos clínicos – Otros problemas que pueden ser objetos de atención clínica:

Trastornos del Estado de Animo

F06.32 Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica (293.83).

Cáncer de mama.

En el cuadro clínico predomina una alteración del estado del ánimo.

A partir de la historia clínica y la exploración física, los exámenes de laboratorio, hay pruebas de que la alteración es una consecuencia fisiológica de una enfermedad médica.

F06.4 Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica (293.89).

Cáncer de mama con crisis de angustia.

Eje II: Trastornos de la personalidad – Retraso mental

No aplica

Eje III: Enfermedades medicas

Neoplasias (COO-D48)

Cáncer de seno

Eje IV: Problemas psicosociales y ambientales

No aplica

Eje V: Evaluación de la actividad global

64 Síntomas leves

3.1. Descripción detallada de las sesiones

Sesión 1

En esta primera sesión la consultante manifiesta al entrar al consultorio “Estoy un poco ansiosa como preocupada porque no sé qué pueda pasar, por eso estoy aquí, se y entiendo muchas cosas porque ya he conocidos varios casos como el mío de amistades y conocidos que viven o vivieron esta experiencia y tengo mucho por vivir,

por hacer con mi familia, con mi trabajo, con mis amistades”, continua la consultante contando aspectos generales de su vida; afirmando que mantiene una buena y muy afectiva relación con su familia, quienes han sido lo más importante en su vida y es lo que es hoy día por ellos, ya que siempre se han preocupado por mantenerse unidos, “aunque la verdad con todo esto que estoy viviendo uno como que se acuerda más de la familia y me he acordado mucho de mi mama que siempre fue una persona muy pendiente de sus hijos, por eso yo soy así con los míos”

Después de hablar un largo rato de su familia y manifestar todo lo que siente por ellos, sus ojos tienen un brillo muy fuerte, sonrío y comenta que la vida hay que saberla vivir y disfrutar con todos a su alrededor, pero en especial con las personas que le demuestran afecto, al terminar de expresar lo anterior continua con esa mirada penetrante y su sonrisa es mayor. La consultante se percibe triste pero luego se sobrepone, logrando mantener siempre buen sentido del humor.

Aborde esta primera sesión con una aptitud de entrega a su relato, escuchando atentamente su situación y observando su postura y su lenguaje corporal lo que me permitió brindarle un clima cálido y acogedor donde ella expreso libremente aspectos importantes de su vida permitiendo un encuentro existencial entre la consultante y el terapeuta.

Sesión 2

La consultante Sol Marina asiste muy puntual a su cita 3:00 pm, muy risueña y bien vestida comenta que la sesión anterior le sirvió para sentirse aliviada, ya que no encontraba a alguien con quien hablar libremente, sin temores ni pena, sino siendo ella misma y diciendo lo que realmente sentía, por lo tanto, manifestó estar dispuesta

a seguir el proceso psicoterapéutico. Sol Marina comienza a manifestar que hasta el momento el tratamiento que ha empezado no le ha causado ninguna molestia como muchos le decían, incluso las enfermeras le recomendaron lo que debía de hacer si se sentía mal, sino que por el contrario lo ha asimilado muy bien, con buena actitud y motivada en todo momento.

En esta sesión como terapeuta inicio preguntas que me permiten explorar más sobre la vida de Sol Marina y su enfermedad y como este tratamiento le ha podido cambiar o afectar su vida, donde concluye diciendo que las quimioterapias que lleva hasta el momento han sido iguales, lo que permite evidenciar una buena adherencia al tratamiento debido en gran parte a su buena actitud ante todo lo que le es ordenado que se practique.

Sesión 3

Sol Marina asiste puntual al encuentro acordado, al entrar al consultorio se observa sonriente y animada, manifestando libremente “Esta quimio que paso si me tambaleo, no sé si sería porque andaba con gripe, pero aparte de eso todo estaba normal, si me ponía a veces indispuesta, me tumbo, pero yo le doy gracias a Dios y no me dejo, me doy ánimo y sigue todo bien, porque no me puedo dejar caer”.

Como terapeuta estuve en actitud de escucha y presto a brindar apoyo y orientación a la consultante, al escuchar que en su última Quimioterapia si siento que le afecto en su estado de ánimo, procurando en ella que se mantuviera siempre en esa actitud de positivismo, la cual desde el inicio de su enfermedad ha sido su gran fortaleza, exigiéndose en que cada día es un motivo más para vivir, asumiendo con valor su experiencia.

Sesión 4

Se recibe a la consultante a la hora acordada, siendo puntual y manteniéndose con buena presentación personal, toma asiento y comenta “Doctor mire yo la verdad como le vengo diciendo me siento bien, como si nada hubiese pasado, me siento bien, a veces ni me acuerdo de lo que tengo, sino es porque los demás me lo dicen. En algún momento pensaba al salir y verme o como me verían los demás sin cabello, pero sabe que yo siempre he sido una persona que me gusta estar arreglada en todo momento y confiada en Dios de que todo va a salir bien y así lo asumo”.

Al estar atento a las manifestaciones de la consultante pude apreciar que evidentemente existieron temores y dudas en sí misma, en cuanto a su imagen, pero logro poder confrontarla de tal manera que vea en ella más allá de una imagen como mujer, a un ser humano que tiene una belleza física como interior, logrando así entender que todo es un proceso por el cual está pasando, ya que de ella dependerá en adelante como asumir de la mejor manera las manifestaciones en su cuerpo propias de su enfermedad. Lo cual se evidencia en la consultante con humildad, sencillez, pero sobre todo con seguridad.

Sesión 5

En la presente consulta la señora Sol Marina se observa con mucho más ánimo, con mejor disposición de continuar el proceso de atención, manifiesta que no ha sido fácil poder llevar toda esta situación, que no solo le ha tocado vivir a ella, sino, también a su familia, quienes muchas veces ha notado que no quieren tocarle el tema, no sabe si por no hacerla sentir mal a ella o sentirse mal ellos, sin embargo, ha

demostrado que ha sido una mujer fuerte ante las situaciones de debilidades que ha sentido.

En mi posición como terapeuta tome atenta escucha de sus relatos de manera empática y asertiva, tocando cada uno los temas que han sido más relevantes en lo que va del proceso de atención, lográndose así evidenciar y afianzar mayor seguridad en sí misma, en sus metas las cuales no se han detenido, en su creencia en Dios que se ha fortalecido, permitiéndole el poder encontrarse más como ser humano, dándole un mayor valor a todo a su alrededor, pero sobre todo teniendo más conciencia y nobleza ante lo que cada día le depara.

Sesión 6

Asiste la consultante con buena disposición, animada, sonriente, manifestando que hasta la fecha los médicos le han dicho que todo avanza muy, pero que sin embargo la cirugía se la tendrán que practicar, comenta de igual forma “ya me siento preparada para asumir todo de aquí en adelante, confié en Dios en que todo va a salir muy bien, unida con mi familia. Toda esta experiencia me ha permitido poder darme cuenta que una enfermedad no debe ser el motivo para uno darse cuenta de todo lo que tenemos a nuestro alrededor, me ha enseñado a ver la vida de otra forma, pero sin embargo todo esto que vivo me ha dado mayores motivos y propósitos, con esto también quiero decir que así como me ha dado razones para seguir adelante, de alguna manera también me ha quitado pero lo asumo de la mejor forma, me río de la vida, me río de mí, de mi cabeza pela y de todas las cosas que me han pasado porque nunca pensé estar hoy diciendo todo esto”.

Siendo atento al más mínimo detalle de lo expresado por la consultante como psicoterapeuta estuve atento a todas sus manifestaciones con una aptitud empática motivándola en todo momento a mantener esa actitud que al inicio de todo este proceso fue lo que marcó la diferencia en esta investigación, ya que se mantuvo firme aun en los momentos que muchas veces pensó que no podría soportar todo lo que hoy ha podido vivir. Se aprecia a un ser humano, a una mujer con más ganas de vivir, la cual la vida no le ha dado una oportunidad más, sino que le ha enseñado una lección más en la vida de cada ser humano en la cual le ha permitido trascender junto a su familia.

4. MARCO CONCEPTUAL DE REFERENCIA

4.1. Cáncer, orígenes, causas, síntomas – signos y tratamiento.

No debería ser difícil aceptar la afirmación que Schneider (citado por L. Sandrin, A. Brusco, G. Policante, 1993:30), autor del libro “Psicología Medica”, un clásico de la materia, hace al principio del capítulo sobre las reacciones psicológicas a la enfermedad: La aparición de cualquier tipo de molestia, benigna como una gripe o que constituya una directa amenaza para la vida, como una peritonitis o un cáncer, suscita naturalmente reacciones no solo biológicas sino también psicológicas.

Sandrin (1993), manifiesta “pero frecuentemente el que se ocupa del enfermo tiende a olvidar esto y a concentrar su atención sobre la patología del cuerpo, ignorando sus aspectos psicosociales o minimizando su importancia. Sin embargo, bastaría reflexionar un poco: una enfermedad sucede en el contexto de la vida de un individuo y es, por tanto, posible que tenga consecuencias tanto en el plano psicológico como en el social.

Es decir, se trata de una experiencia vivida en su globalidad y el interesado no puede disociar las modificaciones que se manifiestan en un plano biológico de las que se presentan en el plano psicosocial. La enfermedad interrumpe y desorganiza el ritmo habitual de vida, pone en crisis las relaciones con el propio cuerpo y con el mundo en donde vive el individuo; es una situación que modifica o hace perder los compromisos profesionales y familiares que definen la posición de cada uno en el contexto social. La persona que se enferma vive, pues, una especie de “desorientación de la identidad”, que no siempre se resuelve fácilmente”.

La experiencia de enfermedad ciertamente es distinta para cada individuo y depende de una serie de factores: gravedad, tipología y el modo como surge la enfermedad misma; el momento en el que se verifica; la personalidad del paciente, su edad y sus anteriores experiencias en este campo; la capacidad de la familia y del ambiente hospitalario para responder a sus exigencias.

“En la mayoría de los casos, aunque pasando por varias reacciones psicológicas, los enfermos se adaptan a la situación de manera adecuada por medio de una valoración realista de la enfermedad, recurriendo a la ayuda del médico y de las estructuras de salud y colaborando en todo lo referente a la terapia.” Sandrin (1993: 60)

En toda enfermedad existe un proceso de inestabilidad o modificación propiamente por lo padecido, lo cual exige una reorganización de aspectos psicosociales, lo cuales no solo afectan al individuo propiamente, si no a las personas a su alrededor, permitiendo un ajuste que en adelante será lo que determinará que dicho proceso se de en forma adecuada y este a la vez exija una real y conveniente vivencia de su situación.

La primera actitud que el enfermo, y el hombre en general, debe adoptar es la aceptación de la propia situación; cuando se ha tomado conciencia de que no se puede eliminar una realidad, en nosotros o alrededor nuestro, hay que disponerse absolutamente a aceptarla, sea cual sea su frustración. Si no se sabe aceptar un acontecimiento traumático pasado o presente, una enfermedad, la pérdida de un ser querido, un fracaso económico o afectivo, en la vida de relación o en el trabajo..., queda una espina que tortura e impide la reorganización de la propia vida y que puede llevar a la neurosis...

Es difícil prever el modo como cada persona reaccionara en una cierta situación y muchas de estas manifestaciones que pueden parecer extrañas no son sino intentos de adaptación a la enfermedad misma. Y así puede presentarse una buena adaptación del enfermo a su enfermedad, y al mismo tiempo la evidencia de comportamientos regresivos, de dependencia y de agresividad. Son comportamientos que dan modo y tiempo al individuo para controlar emociones negativas como ansiedad y depresión y elaborar actitudes mas adecuadas, que correspondan a la situación.

En la adaptación a la enfermedad también cada uno tiene su estilo. La adaptación, para que sea positiva, no debe ser una adaptación pasiva o una sumisión a la enfermedad, sino una actitud flexible y equilibrada que permite al enfermo salvar sus valores y realizarse a sí mismo en la medida compatible con las limitaciones impuestas por la enfermedad, cambiando su modo de comportamiento habitual sin por esto caer en crisis y abatirse. Y esta adaptación pasa a través de la toma de conciencia de la enfermedad y de sus consecuencias.

Es un proceso a veces rápido e inmediato, a veces lento y gradual, en el que la realidad de la enfermedad no se rechaza o se pone “entre paréntesis”, sino que se integra como elemento que, paradójicamente, tiene un “significado” y un lugar en la dinámica de la vida. Sandrin (1993:60-62).

En este sentido podemos decir que la consultante tuvo reacciones de incertidumbre, miedos, temores y angustias referentes a su futuro y el de su familia, lo que le permitió el poder mantener una mejor actitud frente a lo experimentado en el transcurso de su enfermedad, logrando con esto encontrar valores y significados existenciales hacia una mejor dinámica de su realidad.

La palabra cáncer suscita en la mayoría de la gente angustia y una auténtica ola de sentimientos negativos. Se une, más o menos conscientemente, a imágenes de dolor y sufrimientos terribles, y a la muerte. Inclusive el cáncer se ha convertido en símbolo de la muerte. Y el miedo al cáncer ocupa el lugar del miedo a la muerte misma. Mientras en lo relativo a la posibilidad de curación de otras enfermedades graves se tiene presente en primer lugar el aspecto “positivo”, en lo referente a los enfermos de cáncer se enfoca más al aspecto “negativo”. Sandrin (1993:149-150)

El cáncer parece ser una enfermedad tan antigua como lo es la vida en nuestro planeta son testimonio de ellos los tumores encontrados en los huesos de dinosaurios o en las momias humanas descubiertas en Egipto y Perú. Su estudio y tratamiento ha sido objeto de gran interés desde épocas remotas en distintas culturas, lo cual ha quedado asentado en documentos llegados hasta nosotros, en los que se describe el avance del conocimiento, y que nos hacen ver el talento y la capacidad de observación y deducción de nuestros antepasados. Documentos que datan de 2000 y 1500 años a.c., como el Ramayana de la India o el papiro egipcio Ebers, por ejemplo, hacen referencia a este padecimiento. En tanto que su nombre, cáncer, se inspiró en la observación de los tumores de mama, que, al crecer, toman la forma de un cangrejo, según explica Galeno (131-203 d.c) en su tratado Definiciones Medicas. Cortina. (1998:13)

En un momento se le llamo “la plaga del siglo xx”, y hasta científicos de gran prestigio internacional aceptaron que se trataba de “una condición que es prácticamente incontrolable... aun no conocemos lo suficiente sobre la célula humana”. Pero los estudios de la célula humana han continuado avanzando progresivamente, se ha llegado a determinar hasta como los agentes influyen en el

desarrollo de una tumoración cancerosa, y hoy podemos afirmar que el cáncer ha sido finalmente controlado... aunque no curado, como a veces se menciona. La Organización Mundial de la Salud (OMS) se ha propuesto encontrar la tan buscada “cura del cáncer”, los científicos actuales avanzan a paso apresurado hacia esa meta... y hasta ahora, todo parece indicar que el esfuerzo internacional que se realiza lograra su recompensa.

“Según la definición que es proporcionada por la Asociación Médica de los Estados Unidos, se trata de: un conjunto de enfermedades en la que los síntomas obedecen a un crecimiento desproporcionado de las células en uno de los órganos o tejidos del cuerpo”. Roncali 2010)

Todos los canceres empiezan en las células, unidades básicas de vida del cuerpo. Para entender lo que es el cáncer, ayuda saber lo que sucede cuando las células normales se hacen cancerosas.

El cuerpo está formado de muchos tipos de células. Estas células crecen y se dividen en una forma controlada para producir más células según sean necesarias para mantener sano el cuerpo. Cuando las células envejecen o se dañan, mueren y son reemplazadas por células nuevas.

Sin embargo, algunas veces este proceso ordenado se descontrola. El material genético de una célula puede dañarse o alterarse, lo cual produce cambios que afectan el crecimiento y la división normales de las células. Cuando esto sucede, las células no mueren cuando deberían morir y células nuevas se forman cuando el cuerpo no las necesita. Las células que sobran forman una masa de tejido que es lo que se llama.

No todos los tumores son cancerosos; puede haber tumores benignos no cancerosos, que pueden extirparse y, en la mayoría de los casos, no vuelven a aparecer, y tumores malignos, que son cancerosos, en los cuales las células de estos tumores pueden invadir tejidos cercanos y diseminarse a otras partes del cuerpo, lo que se conoce como metástasis.

Algunos cánceres no forman tumores. Por ejemplo, la leucemia es un cáncer de la médula ósea y de la sangre. Los científicos han aprendido que el cáncer es causado por cambios (alteraciones) en los genes que controlan el crecimiento y la muerte normal de las células. Ciertos estilos de vida y factores ambientales pueden convertir algunos genes normales en genes que permiten el crecimiento del cáncer. Algunas alteraciones genéticas son heredadas (del padre, de la madre, o de ambos padres).

Sin embargo, al haber una alteración en uno no siempre significa que la persona se verá afectada por el cáncer; solo significa que las posibilidades de padecer cáncer son mayores. Los científicos siguen examinando los factores que pueden aumentar o disminuir las posibilidades que tiene una persona de padecer cáncer. El cáncer puede causar una variedad de síntomas. Los posibles signos de cáncer pueden ser los siguientes:

Engrosamiento o bulto en el seno o en cualquier otra parte del cuerpo

Nuevo o un cambio obvio de una parte del cuerpo o de un lunar ya existente

Llaga que no sana

Tos o ronquera persistente

Indigestión que no se quita o dificultad al pasar alimentos

Cambio de peso sin razón aparente

O secreción no acostumbrada

Cuando surgen estos síntomas u otros, no siempre son causados por cáncer. Pueden ser causados por infecciones, por tumores benignos u otros problemas. La persona que tiene estos síntomas u otros no debe esperar a sentir dolor. El cáncer al principio generalmente no causa dolor. Si se presentan síntomas, el médico puede ordenar varios análisis de sangre y otras pruebas o recomendar una biopsia es generalmente la forma más confiable de saber si hay cáncer.

Este puede ser tratado con cirugía, radioterapia, quimioterapia, o con terapia biológica. El médico puede usar un método o una combinación de métodos, dependiendo del tipo y ubicación del cáncer, de si la enfermedad se ha extendido, la edad y salud general del paciente y de otros factores. Puesto que el tratamiento para el cáncer puede dañar también células y tejidos sanos, que con frecuencia causa efectos secundarios. Algunos pacientes se pueden preocupar de que los efectos secundarios sean peores que la enfermedad.

La cirugía es un procedimiento para extirpar el cáncer. Los efectos secundarios de la cirugía dependen de muchos factores, inclusive del tamaño y lugar del tumor, del tipo de operación y del estado general de salud del paciente. La radioterapia usa rayos de alta energía para destruir las células cancerosas en una región determinada del cuerpo. La radiación puede administrarse en forma externa por medio de una máquina que apunta la radiación a la zona del tumor. La radiación puede administrarse también internamente; agujas, semillas, alambres o catéteres que contienen una sustancia radioactiva que se implantan cerca del cáncer.

Los tratamientos de radiación no causan dolor. Los efectos secundarios son ordinariamente temporales y la mayoría pueden tratarse y controlarse. La radioterapia puede causar también la disminución del número de glóbulos blancos en

la sangre, los cuales ayudan a proteger el cuerpo contra la infección. Con radiación externa, es también común que se caiga el pelo temporalmente en la zona tratada y que la piel se ponga roja, reseca, sensible y con comezón.

No hay riesgo de exposición a la radiación al tener contacto con un paciente que está la recibiendo . Con radiación interna (también llamada radiación de implante), el paciente puede necesitar quedarse en el hospital separado de otra gente mientras el nivel de radiación es más elevado.

La quimioterapia, es el uso de fármacos para destruir células cancerosas en todo el cuerpo. Las células sanas también pueden dañarse, especialmente las que se dividen rápidamente. Los efectos secundarios de la quimioterapia dependen principalmente de los fármacos y de la dosis que recibe el paciente. La caída del pelo es un efecto secundario común de la quimioterapia; sin embargo, no todos los fármacos contra el cáncer causan que se caiga el pelo. Los fármacos anticancerosos pueden también causar fatiga temporal, falta de apetito, náuseas y vómitos, diarrea, o llagas en la boca y labios. Las células normales generalmente se recuperan cuando ha terminado la quimioterapia, por lo que la mayoría de los efectos secundarios desaparecen gradualmente después de que termina el tratamiento.

La terapia hormonal, se usa para tratar ciertos cánceres que dependen de hormonas para su crecimiento. La terapia hormonal impide que las células cancerosas utilicen las hormonas que necesitan para crecer. Este tratamiento puede incluir el uso de fármacos que detienen la producción de ciertas hormonas o que cambian la forma como funcionan las hormonas. Otro tipo de terapia hormonal es la cirugía para extirpar los órganos que producen hormonas.

La terapia hormonal puede causar un número de efectos secundarios. Los pacientes pueden sentirse cansados o retener líquidos, subir de peso, tener bochornos o sofocos, náuseas y vómitos, cambios de apetito y, en algunos casos, coágulos de sangre.

La terapia biológica utiliza directa o indirectamente el sistema inmune del cuerpo para combatir la enfermedad y puede aminorar algunos de los efectos secundarios del tratamiento contra el cáncer. Los anticuerpos monoclonales, el interferón, la interleucina-2 y los factores estimulantes de colonias son algunos tipos de terapia biológica. Los efectos secundarios causados por la terapia biológica varían con el tratamiento específico. En general, estos tratamientos tienden a causar síntomas parecidos a los de la gripe, como escalofríos, fiebre, dolor de músculos, debilidad, falta de apetito, náuseas, vómitos y diarrea. Los pacientes pueden también sangrar o magullarse con facilidad, tener erupciones de la piel o inflamación.

Tener cáncer no siempre significa tener dolor. Que un paciente tenga o no dolor puede depender del tipo de cáncer, de la extensión de la enfermedad y de la tolerancia del paciente al dolor. La mayoría de las veces, el dolor ocurre cuando el cáncer crece y presiona contra los huesos, órganos y nervios. El dolor puede ser también un efecto secundario del tratamiento. Sin embargo, el dolor puede aliviarse o aminorarse generalmente con medicamentos que requieren receta o con fármacos recomendados por el médico pero que no necesitan receta.

Otras formas de reducir el dolor, como son los ejercicios de relajación, pueden también ser útiles. No se debe aceptar el dolor como algo que no se puede evitar por el hecho de tener cáncer. Es importante que los pacientes hablen del dolor para que se tomen las medidas necesarias para ayudar a aliviarlo. El miedo de hacerse adicto

o de perder el control no debe impedir que los pacientes tomen medicamentos para el dolor. Bajo la denominación de cáncer se engloban, en realidad, distintas enfermedades que varían en sus manifestaciones clínicas y en su respuesta a las medidas terapéuticas, pero que comparten mecanismos desencadenantes comunes.

Se han descrito más de cien formas distintas de cáncer de acuerdo con el órgano o tejido en el que se originan y el tipo de célula a partir del cual se forma. Los más frecuentes son los llamados carcinomas, que constituyen cerca del 90% de los cánceres, y que se generan en los epitelios o capas celulares que recubren la superficie de nuestro cuerpo. Por lo general estos son tumores que ocurren a edad avanzada y cuya frecuencia puede incrementarse hasta mil veces entre los veinte y sesenta años de edad. Entre ellos, los más comunes son los que afectan al pulmón, al intestino grueso, a las mamas y al cuello uterino.

Las leucemias y linfomas se producen a partir de las células formadas de la sangre que residen en la médula ósea y en los tejidos linfáticos y, aunque son menos frecuentes que los carcinomas, causan un mayor impacto moral, social y económico pues afectan a niños y jóvenes reduciendo su esperanza de vida y productividad.

Los sarcomas son los más raros y se originan en las estructuras de soporte como el tejido fibroso, así como en los vasos sanguíneos.

Los patrones de enfermedad y muerte han evolucionado mucho en los últimos 150 años, sobre todo en los países desarrollados, de los cuales se han erradicado padecimientos transmisibles propios del subdesarrollo como la tuberculosis, difteria, fiebre escarlatina, tifoidea y disentería. Además, la esperanza de vida se ha incrementado, lo que determina que un número mayor de individuos en la población alcance la edad en la que puede manifestarse un padecimiento maligno.

El cáncer es, hoy en día, una de las cinco primeras causas de defunción, tanto en países desarrollados como en desarrollo, y se calcula que cada año mueren en el mundo cerca de 4.300.000 personas a causa de esta enfermedad. Sin embargo, se ha observado que las formas predominantes de cáncer varían de un país a otro, o bien siguen una tendencia diferente.

En el caso de Colombia según artículo de Hsbnoticias.com (2015), manifiestan según datos del proyecto Globocan de la Organización Mundial de la Salud, que proporciona estimaciones contemporáneas de la incidencia de los diferentes tipos de cáncer, para 2015 esta enfermedad afectaría a cerca de 80.000 personas en Colombia y podría causar una mortalidad de 42.500 personas.

En el país, cada año mueren cerca de 29.000 hombres y mujeres por cáncer y aproximadamente 140.000 personas sufren de esta enfermedad; 14.300 hombres mueren cada año por cáncer, principalmente de estómago, pulmón, próstata, colon-recto y leucemias en su orden.

Por su parte, 14.700 mujeres mueren cada año por cáncer, principalmente de cuello de útero, estómago, mama, pulmón, colon y recto.

El mayor número de casos de cáncer se concentra en la zona central del país: Eje Cafetero, Antioquia, Valle del Cauca, los Santanderes, Bogotá y Meta.

Se estima que en Colombia se diagnostican cada año alrededor de 2.200 casos nuevos de niños con cáncer. La tasa de sobrevivencia de estos niños no supera el 50% especialmente en el régimen subsidiado, mientras en países más desarrollados sobrepasa el 80%.

El 79% de las mujeres colombianas entre 25 y 69 años se realizan el examen de citología, lo que ha evitado 3.700 muertes al año. Sin embargo, la meta es que el

100% de las mujeres se practiquen la citología para evitar la muerte de 1900 mujeres al año por cáncer de cuello uterino.

Por falta de auto examen y mamografías periódicas, no se realiza la detección oportuna del cáncer de mama en estadios tempranos y cada año mueren 2.120 mujeres en Colombia.

El concepto de control del cáncer implica un conjunto de medidas diversas, basadas en el conocimiento científico, para reducir el número de casos y defunciones por esta enfermedad. Se han identificado tres niveles básicos en el proceso de prevención:

La prevención primaria, cuyo objetivo es evitar que se produzca la enfermedad.

La prevención secundaria, orientada a detectar tempranamente la enfermedad, con el fin de impedir que se manifieste clínicamente o retardar su progreso.

La prevención terciaria, que tiene como meta minimizar los efectos adversos del cáncer, una vez que se ha manifestado clínicamente, limitando el grado de incapacidad y evitando las complicaciones que llevan a un deterioro prematuro.

La prevención primaria implica conocer los factores de riesgo, para evitar que la población se exponga a ellos, o para reducir la exposición a niveles peligrosos. Las otras dos formas de prevención se apoyan tanto en el conocimiento de los mecanismos de generación de cáncer (carcinogénesis), como en la identificación de las distintas etapas por las que atraviesa la enfermedad y los factores que la condicionan.

A lo largo de todo el acontecer de esta enfermedad se constata la existencia de elementos que ya han instrumentado con éxito medidas de prevención primarias, ejemplo de ellos son las actividades para mejorar los ambientes laborales y para

descartar hábitos personales que conllevan riesgos de cáncer, lo cual ha permitido el diseño de estrategias que abarcan desde la investigación de los factores de riesgo, la introducción de ordenamientos jurídicos y de tecnologías para su control, y la educación de la población.

En los casos en los que no ha podido evitarse el inicio de la carcinogénesis, se ha tenido éxito en la curación de los pacientes, con métodos de diagnóstico temprano, tratamiento oportuno y educación (como en el caso del cáncer cérvico-uterino o de mama), que equivalen a una prevención secundaria.

La historia del control del cáncer pone de manifiesto los diferentes obstáculos que no han permitido un desarrollo óptimo de las medidas preventivas. Lo mismo ocurre con la población general que no percibe aún la magnitud del problema o que teme afrontarlo y descuida su salud, ignorando las señales que anuncian el desarrollo del cáncer y no consultan al médico oportunamente. Cortina. (1998).

“Sin embargo, Sandrin (1993:152-153), afirma que el paciente puede aceptar y vivir su experiencia, afrontar sus temores, volver a encontrar la imagen corpórea de sí, confirmar la capacidad de hablar con los demás y volver a encontrar su proyecto existencial”. Manifiestan

Esta investigación permite brindar a través de la experiencia propia de una consultante con cáncer de seno la necesidad de sensibilizar y concientizar a la población sobre la magnitud de lo que esta enfermedad significa, teniendo en cuenta el impacto que a nivel psicosocial representa para cada persona que lo padece y los que se encuentran a su alrededor, llamase familia, amigos, compañeros, entre otros.

4.2. Proceso de Duelo, tipos, etapas y características.

Alrededor de las múltiples enfermedades a las cuales estamos expuestos, como lo es en este caso el tema del Cáncer, surgen un sin número de padecimientos (sufrimientos físicos, psíquico, emocionales) propios de dichas enfermedades, los cuales muchas veces desvían el estado de salud, por lo tanto se requiere de un tiempo en el cual la persona pueda lograr vivir y experimentar dicho evento, a través de un proceso de duelo, el cual será el que al final logre devolverlo a un estado de bienestar emocional de todas sus facultades.

Para que todo esto pueda llevarse a cabo es necesario que la persona garantice una sana y adecuada evolución de su enfermedad desde su proceso, la cual será vista como el principio de un gran cambio “significativo” en su vida, sin embargo, no existe un tiempo fijo para vivir el duelo. Cada cual necesitará su tiempo. Y sólo esa persona podrá marcar el tiempo que necesita su ser para poder considerarse recuperado. Todo ello a pesar, de que muchas veces, familiares y amigos les apremian, quisieran verlo en la normalidad ¡ya!, tal vez porque así ellos tampoco sufrirán tanto... Pero sólo cada uno sabe lo que necesita.

No siempre es fácil comprender el comportamiento del enfermo, y más difícil todavía prever como reaccionara en determinadas situaciones. Incluso para el psicólogo. A veces la reacción del otro es distinta de lo que se había previsto, a pesar de haber observado y tratado de entenderlo. En las relaciones humanas hay que tener en cuenta también el factor sorpresa. Sandrin (1993:15)

Buckman. (1995) Si se logra elaborar positivamente el proceso del duelo, en el próximo futuro se podrá sentirse feliz y realizado y establecer lazos íntimos con otras personas, esto significa que el duelo se resolvió de manera positiva.

La comprensión del duelo ayudará a remodelar la vida más tarde y permitirá superar la fase del duelo, sin tratar de combatirlo, ni de liquidarlo rápidamente y se podrá salir de él psicológicamente fuerte y capaz de desarrollar un potencial después de la muerte de un ser querido, o como en este caso de la enfermedad como tal.

El mismo autor manifiesta que cuando se vive en se marca un proceso en continuo movimiento. Es dinámico precisamente como la transición que el paciente realiza, pasando de la fase de la buena salud hasta aquella en la cual afronta el fin de su existencia.

El término duelo viene del latín dolus “dolor” y es la respuesta emotiva natural a la pérdida de alguien o de algo. Se manifiesta en el proceso de reacciones personales que siguen a una separación. Es la matriz que reúne la respuesta a las separaciones de ambientes, bienes materiales, roles sociales, valores religiosos, lazos afectivos, la salud y la separación de las personas queridas. Pangrazzi. (1993:25)

La manifestación del proceso de duelo se va dando durante las diversas pérdidas, sin embargo, el personal de salud por lo general tiene contacto con personas que cursan su proceso de duelo por enfermedad o muerte y desde esta perspectiva podemos clasificar el duelo en:

Duelo anticipado: el cual se da desde el momento mismo en que se recibe el diagnóstico de una enfermedad sea terminal o no, se empieza a elaborar por adelantado, durante el proceso de la enfermedad.

Duelo normal: se vive después de la muerte o pérdida, el vínculo poco a poco se va desvaneciendo.

Duelo patológico: el proceso se sale de lo normal (esperado) tanto en duración

como en intensidad (puede ser devastador o durar muchos años).

De acuerdo a la propuesta de la doctora Kübler (2003) son cinco etapas, las cuales se describen a continuación:

Desde que recibimos la noticia entramos en un estado de Negación y Aislamiento: la negación nos permite amortiguar el dolor ante una noticia inesperada e impresionante; permite recobrase. Es una defensa provisoria y pronta será sustituida por una aceptación parcial: "no podemos mirar al sol todo el tiempo.

Posteriormente cuando vemos que es real lo sucedido volcamos esa negación en una Ira: la negación es sustituida por la rabia, la envidia y el resentimiento; surgen todos los por qué. Es una fase difícil de afrontar para los padres y todos los que los rodean; esto se debe a que la ira se desplaza en todas direcciones, aun injustamente. Suelen quejarse por todo; todo les viene mal y es criticable. Luego pueden responder con dolor y lágrimas, culpa o vergüenza. La familia y quienes los rodean no deben tomar esta ira como algo personal para no reaccionar en consecuencia con más ira, lo que fomentará la conducta hostil del doliente.

Poco a poco y conforme va pasando el tiempo, la persona se agota y empieza a entrar en un período de Pacto o Negociación: ante la dificultad de afrontar la difícil realidad, más el enojo con la gente y con Dios, surge la fase de intentar llegar a un acuerdo para intentar superar la traumática vivencia.

Posteriormente al ver agotadas sus fuerzas y ver también que no hay una respuesta a estas peticiones, poco a poco se va ahondando y hundiendo cayendo en la etapa de Depresión: cuando no se puede seguir negando la persona se debilita, adelgaza, aparecen otros síntomas y se verá invadida por una profunda tristeza. Es un estado, en general, temporario y preparatorio para la aceptación de la realidad en

el que es contraproducente intentar animar al doliente y sugerirle mirar las cosas por el lado positivo: esto es, a menudo, una expresión de las propias necesidades, que son ajenas al doliente.

Esto significaría que no debería pensar en su duelo y sería absurdo decirle que no esté triste. Si se le permite expresar su dolor, le será más fácil la aceptación final y estará agradecido de que se lo acepte sin decirle constantemente que no esté triste. Es una etapa en la que se necesita mucha comunicación verbal, se tiene mucho para compartir. Tal vez se transmite más acariciando la mano o simplemente permaneciendo en silencio a su lado. Son momentos en los que la excesiva intervención de los que lo rodean para animarlo, le dificultarán su proceso de duelo. Una de las cosas que causan mayor turbación en los padres es la discrepancia entre sus deseos y disposición y lo que esperan de ellos quienes los rodean.

Cuando se da la oportunidad de vivir cada una de estas etapas, superan y se han tenido a paciencia y el amor a uno mismo, es entonces que se puede decir que llegaron a la etapa de Aceptación: quien ha pasado por las etapas anteriores en las que pudo expresar sus sentimientos -su envidia por los que no sufren este dolor, la ira, la depresión, contemplará el próximo devenir con más tranquilidad. No hay que confundirse y creer que la aceptación es una etapa feliz: en un principio está casi desprovista de sentimientos. Comienza a sentirse una cierta paz, se puede estar bien solo o acompañado, no se tiene tanta necesidad de hablar del propio dolor, la vida se va imponiendo.

Esperanza: es la que sostiene y da fortaleza al pensar que se puede estar mejor y se puede promover el deseo de que todo este dolor tenga algún sentido; permite poder sentir que la vida aún espera algo importante y trascendente de cada uno.

Las dos características que diferencian el duelo por muerte del dolor por otras pérdidas, son:

La intensidad de los sentimientos: la muerte de una persona querida, generalmente, causa una reacción más profunda y prolongada en el tiempo.

Lo definitivo de la pérdida: la muerte de alguien concluye la experiencia de contacto directo; en cambio para otras pérdidas queda siempre la posibilidad de recuperar lo que se ha perdido. Pangrazzi. (1993:25)

El duelo es una dinámica humana contramarcada por las siguientes características:

Es inevitable: ser sanos implica estar constantemente sumergidos en experiencias de duelo. El doctor Carr (citado por Pangrazzi.1993:29-30) escribe al respecto: “si se acepta el duelo como una comprensible y humana respuesta a una pérdida o separación, se deduce que en cierto modo estamos siempre en duelo, aunque no clínicamente deprimidos. Las pérdidas, reales o simbólicas, están constantemente presentes y deben afrontarse, aunque sea solo en la periferia de nuestra existencia”. En efecto, si una condición indispensable para el crecimiento es el cambio, y este no sucede sin separaciones, y toda separación produce reacciones más o menos atenuadas de duelo, se concluye que el duelo es una dimensión necesaria de la vida.

Conlleva sufrimiento: muchos han comparado la experiencia del duelo a un túnel. El único modo para salir de el es atravesarlo, aceptar su oscuridad como condición para acercarse gradualmente a la luz. Quien evita entrar en el túnel, quien vuelve atrás, elude el itinerario necesario para volver a entrar en la vida, posterga y prolonga el dolor. En la elaboración del duelo, la palabra clave es “proceso”, no progreso o mejoría. La reacción ante una pérdida incluye altibajos, regresiones, recaídas, no

solo mejorías. Lo importante es que la persona esté en movimiento y no permanezca inmobilizada por el dolor.

Es portador de crecimiento: no se puede crecer sin sufrir. La vida es una sucesión de adioses, de separaciones. Los monjes de muchos monasterios dedican un poco de su tiempo todos los días a la contemplación de la propia muerte como condición para aprender a vivir mejor. El mismo Platón recomendaba a sus discípulos: “Practicar el morir”. Mientras una persona no haya integrado la conciencia de la separación y de la propia muerte, no vive libremente.

La naturaleza ha inscrito la ley de la separación en el corazón del hombre y el duelo es la condición sine qua non para madurar. Por su parte la doctora Kübler Ross E. (2003) propone que para elaborar el duelo es necesario:

Disponer de tiempo y espacio para llorar, pensar y recordar.

Tenerse mucha paciencia y ser benévolo con uno mismo.

Compartir la experiencia vivida con personas afectivamente cercanas que sepan tolerar y consolar, sin descalificar.

Reconocer la vulnerabilidad y las limitaciones que implica vivir un duelo y evitar responsabilidades mayores.

Consentirse, buscar experiencias, compañías y momentos gratificantes que produzcan paz, acudir a la propia fe.

Comer bien y descansar mucho.

Darle un sentido a lo que ocurrió.

Sin embargo, cuando el proceso no evoluciona satisfactoriamente se presentan complicaciones como:

Excesiva sensibilidad o vulnerabilidad.

Hiperactividad o hipo actividad.

Temores exagerados.

Idealización excesiva.

Conductas rígidas, compulsivas.

Dificultad para experimentar reacciones emocionales.

Confusión de sentimientos.

Temor a la intimidad, vida afectiva o conductas autodestructivas.

Rabia e irritabilidad con depresión.

Dificultad para narrar el evento.

Mientras que la doctora Plaxats M. A. (2001) plantea algunos elementos facilitadores de un proceso saludable de duelo:

Relaciones intrapersonales sanas: Ser conscientes de las propias contradicciones internas y tratar de afrontarlas y solventarlas en la mejor medida posible.

Establecer empatía saludable: Insisto en el concepto de "saludable", puesto que habitualmente, por "empatía" se entiende la capacidad de ponerse en el lugar del otro para comprenderle mejor y así acompañarle mejor en su sufrimiento. Sin embargo, se sabe que a menudo este concepto es altamente mal entendido y por tanto mal aplicado. En el afán de ponerse en lugar del otro, muchos profesionales caen fácilmente en el síndrome del "burn-out", por falta de comprensión de lo que prefiero denominar como "empatía saludable". Se trata de facilitar saludablemente el proceso de alguien que sufre, se debe ser capaz de diferenciarse de dicha persona. Como diría Jung, "es preciso poder establecer el vínculo desde la individuación".

Canalización emocional saludable: Entre las distintas dimensiones que conforman al ser humano: mental, física, emocional, relacional/social y espiritual, las emociones

y los sentimientos, (genéricamente refiriéndose a ello como estados de ánimo), toman una gran importancia en la elaboración del duelo.

Otros elementos que pueden interrumpir un proceso saludable de duelo:

Información nula, escasa o excesiva.

Vacíos de comunicación en la misma persona y con los demás.

Cerrarse excesivamente en sí mismo.

Paternalismos/maternalismos, donde todo el mundo sabe y todo el mundo disimula, o donde todos saben lo que le conviene a un posible protagonista (entiéndase por ejemplo, enfermo terminal con sus facultades mentales en perfecto estado), sin atender a sus demandas.

Falta de respeto por el proceso propio o ajeno. Proceso entendido en todas las dimensiones del ser humano: mental, física, emocional, relacional/social, y espiritual.

Así mismo propone algunos recursos para canalizar saludablemente las emociones:

Incrementar el autoconocimiento, para conocer, reconocer, afrontar y gestionar positivamente lo que se siente, se piensa, se evita y lo que se hace.

Aprender y/o desarrollar habilidades de comunicación humanizadora, métodos y técnicas de relajación, que no funcionarán sin actitudes saludables que faciliten su aplicación. Un recurso muy recomendable que no por simple es fácil de aplicar, es la escucha cualitativa (o escucha activa): escuchar sin juzgar y sin estar preparando la respuesta mientras se escucha.

Las mujeres diagnosticadas con cáncer de seno al igual que otras personas que padezcan cualquier tipo de cáncer experimentan un proceso psicológico adaptativo llamado "duelo" en el que es importante resaltar que se debe tener acompañamiento

familiar y social que le permitan a la persona afrontar los desafíos orgánicos, sociales, cognitivos y emocionales a los que se verán enfrentados.

Así mismo lo expresa, Sierra Uribe (2014:41) “Cada persona tiene sus propios recursos para afrontar el duelo: el constante y cotidiano acompañamiento a personas en duelo me han permitido entender que todos tienen recursos internos para ir asimilando, paso a paso, la pérdida. En psicología, esta característica se denomina Resiliencia, que significa la capacidad que tenemos algunos seres humanos para sobreponernos al dolor y construir a partir de él.

De tal manera que la persona desarrolle la capacidad de resiliencia y la pueda conllevar a su crecimiento personal, con una actitud de cambio basada en valores existenciales, que le permitan alcanzar el sentido que está esperando de acuerdo a lo vivido y que en adelante será lo que le ayude a hacer frente a las situaciones adversas, para que pueda interactuar y adaptarse de acuerdo a los cambios y situaciones propias de la enfermedad que generaran en la persona un sin número de dificultades que requieren tiempo para recuperar la noción de la pérdida que implica el diagnóstico.

Escribe Renata Thiele Rolando (citada por Sandrin 1993:153) en su libro sobre la psicología: el enfermo entra en continuos contactos con varios agentes de salud: el primer diagnóstico, la hospitalización, el cirujano, el anesthesiólogo, la terapia postquirúrgica, la eventualidad de traslado a otras estructuras hospitalarias, el regreso a casa, los controles. Y así sucesivamente. Si nos referimos a los enfermos de cáncer es todavía más evidente la complejidad de las transformaciones psicológicas debidas a este cambio radical de la propia vida.

De repente se involucran componentes individuales, de pareja, de cuadro familiar, de relaciones interpersonales. Se abre el gran tema de la relación con la propia enfermedad (bien bajo el perfil diagnóstico, bien del pronóstico). Se recapitula, en estado de necesidad y en tiempos breves, toda la problemática de la propia identidad.

Por lo tanto muchos de los que sufren un duelo encuentran en ese ir y devenir aspectos relevantes en su vida los cuales a medida que pasa el tiempo y sabiendo reaccionar de manera adecuada a su proceso, confían y reafirman ese potencial interior que les ayudara a salir adelante en el tiempo que como tal esa persona necesita, bajo un progresivo y constante crecimientos de sus recursos externos e internos, de tal manera que al verse expuesto a un sin número de reacciones propias por su dolor y ajenas a otros a su alrededor quienes de una u otro forma hacen parte de su evolución en cuanto a lo que se refiere al apoyo incondicional que se pueda dar sin la necesidad de exigirles que ese cambio de actitud merezca una pronta y sucesiva transformación de sus sentimientos.

Pero hay un factor que debe considerarse con más atención: “el significado”. Enfermedades no particularmente graves suscitan, a veces, reacciones emotivas importantes y, viceversa, enfermedades muy serias no tienen en el enfermo reacciones correspondientes. Estas diferencias de reacciones pueden en parte explicarse por el modo como el paciente percibe la enfermedad, por el valor que le atribuye: es decir, con base en el significado que la enfermedad tiene para cada persona.

Esto puede ser más o menos consciente o evidente, o también inconsciente y ligado a simbolismos personales o fruto de una elaboración que se hace a niveles

profundos en la psiquis. Estas reacciones emotivas y de comportamiento no son, efectivamente, reacciones automáticas a estímulos de varios tipos, sino resultado de complejas elaboraciones psíquicas en las que el aspecto cognoscitivo, esto es, la “valoración” que el sujeto hace de los acontecimientos en relación con su bienestar y su vida, tiene un lugar muy importante. Sandrin (1993:31).

La elaboración positiva de una pérdida luctuosa más que de cualquier otro factor depende del individuo, de sus características y recursos personales. Personas confrontadas con la misma pérdida reaccionan de manera completamente distinta: para uno la muerte de un ser querido es desoladora y paralizante, para otro se transforma en una experiencia de crecimiento personal. Hay individuos que ante el sufrimiento se pierden, otros se descubren; gente que se abandona a la desesperación, otros que sacan a la luz su riqueza interior. Varios factores, dentro de cada individuo, manifiestan la unicidad de estas diversas reacciones: el carácter, la edad, sexo, la capacidad de adaptarse y de afrontar el estrés, la confianza en si mismos, la propia visión de la vida.

En general, individuos de carácter cerrado, con una pobre imagen de sí y dependientes del prójimo tienen mayores dificultades para afrontar las separaciones respecto de otros que, teniendo una personalidad abierta y cordial, saben afrontar las crisis con realismo y optimismo. Claramente la personalidad juega un papel determinante en la elaboración del duelo: las personas extrovertidas eligen comportamientos distintos de las introvertidas, las personas sentimentales tienen esquemas de referencia opuestos a los de las personas racionales.

Respecto de los recursos anotados el trabajo y el pasa tiempo personal, que permiten al individuo canalizar las propias energías, y diversificar el uso del tiempo y

del ambiente social. De gran importancia, desde el punto de vista humano-espiritual, son aquellos recursos que, si se identifican y movilizan, se convierten en el médico interior en el camino hacia la curación y la salud. Entre esos enumeramos: la fuerza de voluntad, la tenacidad, el equilibrio, la serenidad, la capacidad de iniciativa, la apertura a la amistad y el sentido de responsabilidad. Pangrazzi. (1993)

Para cada persona la enfermedad tiene una connotación distinta de acuerdo a su experiencia, sus características de personalidad, cualidades, habilidades y valores que permiten un buen y sano proceso de duelo, ya que le dan un mayor significado a la vida, pero este significado es personal de acuerdo a la percepción de la realidad del individuo, teniendo en cuenta su contexto educativo, social, cultural y relacional, el cual será fundamental de acuerdo a sus capacidades de afrontamiento, o en su defecto al no tener dichas capacidades de afrontamiento ya que será contraproducente en su adaptación a la experiencia vivida.

Frankl (1991:87) sintetizo bien el poder de elegir el propio comportamiento ante un drama que no se puede cambiar. “todo lo que amamos se nos puede arrancar; lo que no se nos puede quitar es el poder de elegir que actitud asumir ante estos acontecimientos” Quien esta golpeado por un duelo, puede elegir: sentirse víctima de los acontecimientos o desarrollar una actitud de sano realismo, huir de la realidad o afrontarla.

Claro está que no se puede cambiar de improviso una vida construida alrededor de roles, esperanza y comportamientos bien definidos. En las fases iniciales del duelo, un objetivo concreto es el de tomar “pequeñas decisiones” que permitan a la persona despertarse y ganar confianza en sí misma. Ante todo, la persona debe elegir vivir y no simplemente existir: vivir una hora, un día, sin preocuparse o

dramatizar el mañana. Las pequeñas decisiones permiten a las personas volver a sumergirse en la vida para construir un nuevo proyecto de vida.

No podemos evitar las pérdidas ni el dolor en la vida, ya que entre más amamos a ese ser con el cual compartimos experiencias vividas, más sufrimos al momento de perderlo, cuando uno se enfrenta a un destino ineludible e irrevocable (una enfermedad incurable, la muerte de un ser querido, la pérdida del objeto amado), entonces la vida ofrece la oportunidad de realizar el valor supremo, de cumplir el sentido más profundo: aceptar el sufrimiento. El valor no reside en el sufrimiento en sí, sino en la actitud que adoptamos frente al mismo, en nuestra actitud para soportar ese sufrimiento. Frankl V. (1991)

¿Cómo se quiere asumir ese sufrimiento? ¿Con dolor durante toda la vida, lo cual le llevará a vivir muriendo? o bien, con esa fortaleza interna que se debe descubrir y conducirá a reconocerse como seres humanos y saber de que se es capaz de salir de ese dolor, con una experiencia enriquecedora, la cual les permitirá ser seres más sensibles ante el dolor y el sufrimiento para consigo mismos y con los demás.

Por su parte Plaxats (2001), nos dice que la aflicción y el dolor ante pérdidas importantes es un conjunto de procesos a menudo erróneamente tratado, que bloquea nuestro potencial de crecimiento, mientras que una adecuada elaboración del duelo incrementa la fortaleza para afrontar lo negativo y lo positivo en el presente y el futuro de nuestra existencia.

Cada pérdida importante puede ser también una oportunidad de transformación creativa, si se puede integrar la amplia y profunda gama de sentimientos, emociones, actitudes, creencias, ideas, omisiones y acciones implicadas en el proceso, en el cual

el objetivo prioritario sería: potenciar un cambio de actitud ante el sufrimiento, la pérdida en general, y la muerte en particular, pero para que este cambio sea llevado a cabo el ser humano necesita voluntad, tiempo y recursos.

Desde mi punto de vista el conocimiento de la enfermedad es el primer paso para el afrontamiento de la misma ya que en adelante esto permitirá una mejor elaboración en su proceso de aceptación, de tal manera que estará en disposición absoluta de poder mantenerse firme ante las diferentes situaciones por vivir.

En ese proceso de aceptación de la enfermedad estará sometida a funciones complejas desde diferentes aspectos de la vida en su cotidianidad, en el hogar, en lo social, en lo laboral, entre otros; lo que muy seguramente permitirá unos mecanismos de afrontamientos que constituyan en adelante una mejor estructura de su personalidad, para no dejarse dominar por un diagnóstico, si no que por el contrario, se dé cuenta de todos los recursos internos y externos que tiene para su constante desarrollo y crecimiento;

Esto a su vez, le ayudara en la relación con su medio para ir dando respuestas a su condición y aumentar la comprensión de lo padecido y que su estado psicoemocional no tenga un grado de afectación más allá del que propiamente la enfermedad en su proceso de desarrollo sea inevitable, pero con la convicción de que es un proceso el cual dependerá mucho de su voluntad de sentido para su recuperación o evolución de la misma.

Ante lo anterior se puede decir que lo experimentado por la consultante en cuanto a su enfermedad ha permitido un buen proceso y elaboración de duelo, el cual se ve reflejado en la forma como actúa frente a todos los ámbitos donde se desempeña, donde de igual forma se presentaron estados o situaciones en donde su capacidad

de afrontamiento y voluntad se vieron afectadas por episodios emocionales, sin embargo, como manifiesta Frankl (citado por Luna, 23: 2011) sus valores de actitud le permitieron alcanzar el grado máximo de significado de la vida.

5. ANÁLISIS DEL CASO (DESCRIPCIÓN E INTERPRETACIÓN).

La variable de estudio en este caso único está basada en relación terapéutica que se establece entre la consultante y el terapeuta, desde la comunicación existencial buscando una interacción que permita poder establecer un vínculo efectivo para encontrar el sentido, el significado y el valor continuo a su proyecto de vida con responsabilidad sobre su propio destino.

5.1. Aquí y Ahora

Yalom, (2002) el aquí y ahora se refiere a los “acontecimientos inmediatos de la sesión terapéutica, a lo que está ocurriendo en el consultorio, en la relación, en el espacio particular entre usted y yo en el ahora, en los minutos de una sesión inmediata. Es básicamente un enfoque a histórico y desenfatisa (pero no niega la importancia de) la historia pasada o los acontecimientos de la vida exterior del paciente”. Para este autor, el aquí y el ahora es la fuente principal de poder terapéutico.

De Castro y García (2008:123) consideran que “la tarea fundamental del terapeuta es hacer que el paciente siempre que hable en terapia de alguna experiencia de su vida cotidiana, sea capaz de atender a su intencionalidad y de vivenciarse a sí mismo en la relación con el terapeuta en el proceso de describir y enfrentar dicha experiencia.

Recordemos que la intencionalidad es entendida como la estructura psicológica con una base experiencial, a partir de la cual se desarrollan necesidades y disposiciones afectivas que guían y orientan el comportamiento. Así, la indagación

del qué, cómo y para qué de la experiencia siempre debe hacerse a la luz de la intencionalidad”. Lo anterior significa, según De Castro y García (2008), que más que trabajar con interpretaciones y confrontaciones teóricas y/o explicativas acerca de lo que le sucede al paciente y a las causas de su comportamiento, se enfatiza en el proceso presente que el paciente está vivenciando, que no es otra cosa que trabajar en el aquí y el ahora.

De castro y García, (2008). Afirman que al trabajar el proceso experiencial en el tiempo presente continuo, el paciente puede ser capaz de captar que él/ella no le ocurre el bloqueo, sino que, al menos en algún grado, el paciente participa en la creación de dicha experiencia de bloquearse con alguna intencionalidad específica (indistintamente de si es o no consciente de esta última.

El aquí y el ahora, entendido de esta forma coloquial, implica un divorcio entre la intencionalidad y el sentido de la experiencia presente con el proyecto vital que la persona pretende afirmar o desarrollar en el continuo presente-futuro. Esta es una tergiversación del término utilizado para gratificar impulsiva y ciegamente ganancias secundarias de manera inmediata, lo cual no implica atender y confrontar al sentido e intencionalidad de la propia experiencia” De Castro y García, (2008).

Concluyen de esta manera que las interpretaciones existenciales no enfatizan explicaciones lógicas o teóricas acerca de lo que le ocurre al paciente, ni el porqué de lo que le ocurre (las causas), sino que iluminan tanto el sentido experiencial de la vivencia de la consultante a la luz de su intencionalidad, como la orientación psicológica y disposición afectiva de la consultante respecto a las posibilidades presente-futuro que se le presentan al paciente en su vida cotidiana. Estos cambios

afectivos de direcciones se entienden a partir de la relación intencional con las posibilidades futuras De Castro y García, (2008).

5.2. Invocación de lo actual

Afirman De Castro y García (2008), que el invocar lo actual, implica la necesidad de un entendimiento sentido experimentado de la forma de relacionarse consigo mismo como el creador de su propia experiencia en el momento presente. Esto implica trabajar en el aquí y él ahora lo que el paciente está sintiendo en su forma de relacionarse consigo mismo y en su relación con el terapeuta. Implica trabajar mucho más el proceso experiencial que está ocurriendo entre paciente y terapeuta, en vez de centrarse en el análisis teórico y abstracto del contenido de la experiencia del paciente

Los mismos autores sostienen), la importancia del proceso, una vez que el paciente ha atendido a su ansiedad o a una experiencia dolorosa, el terapeuta debe esforzarse por estar muy presente ante dicha experiencia, y trabajar con el paciente en que siga asumiendo la experiencia como lo ha venido haciendo hasta ahora, ya que el paciente debe apoyarse en esos momentos en la confianza y claridad del terapeuta para mantener la seguridad de que su experiencia seguirá transformándose positivamente de forma progresiva.

5.3. Presencia

De Castro y García (2008) afirman que la presencia apunta directamente al hecho de atender a la experiencia inmediata, presente, afectiva, kinestésica y corporalmente sentida que ocurre en el paciente en su relación presente consigo mismo y con el terapeuta. Todo análisis y entendimiento de la consultante debe estar

contextualizado y sujeto a la experiencia que él/ella/ tenga de si mismo(a) en su relación con el terapeuta”.

Estos autores afirman, que, en la presencia, el terapeuta podría indagar a cerca de la forma como la experiencia que el paciente está comentando es reflejada, expresada o sentida en el propio cuerpo del terapeuta. De esta forma, las intervenciones o preguntas que se deben hacer apuntan a reflejar explícita y conscientemente la experiencia del paciente, de forma tal que el paciente pueda sentirse comprendido y en confianza para continuar indagando sobre su experiencia, al tiempo que el terapeuta va recibiendo constante retroalimentación por parte de la consultante para saber si la forma en que está captando al paciente es acorde con el sentido que éste le da a su propia experiencia.

5.4. Encuentro

Afirman De Castro y García (2008), que al hablar de la relación terapéutica como un encuentro, se entiende que el terapeuta no trata de apartarse (en nombre de una supuesta, utópica y ficticia objetividad (entendida como neutralidad) del mundo experiencial del paciente, sino, al contrario, pretende comprender las experiencias de la consultante desde la perspectiva de su propia existencia... Aquí, en un encuentro auténtico en psicoterapia, ambos, terapeuta y paciente, construyen “juntos” la configuración y el entendimiento de la experiencia de la consultante en el mundo a partir de la vivencia presente e inmediata de lo que el paciente está experimentando en la relación con el terapeuta.

Para estos autores, el encuentro significa, por un lado, que el terapeuta no se divorcia del mundo de la consultante para tratar de observarlo a la distancia, ya que

esto solo provocaría perder de vista la intencionalidad del paciente, y que en consecuencia, deja al terapeuta observando al paciente solo desde su perspectiva teórica, lo que a su vez, distorsionaría la captación del sentido de la experiencia para el paciente.

Por otro lado, confirman el paciente no es visto como a alguien a quien pasivamente le suceden experiencias que hay que entender, o como alguien que tiene ciertos impulsos o síntomas que hay que erradicar, sino que más bien se entiende como un ser que participa activamente en el presente en la creación de dichos síntomas o impulsos; de ahí que el terapeuta siempre tiene que hacer presente la intencionalidad del paciente, de forma que éste no pueda decidir ni crearse a si mismo sin dejar de verla.

El encuentro es un proceso en el que terapeuta y paciente participan dialécticamente de la experiencia del último, y hasta donde sea necesario y/o apropiado, de la experiencia del terapeuta, pero solo en relación a la experiencia presente e inmediata del paciente.

5.5. Sentido

Según Frank (1991), el análisis existencial plantea que el hombre es responsable de la realización del sentido, es decir el hombre está llamado a la realización del sentido de su vida, que le da significado a la misma, y ante este llamado es responsable, por tanto, hay que preguntar por el sentido de una persona concreta y de una situación concreta. La pregunta por el sentido de la vida solo se puede plantear de una forma concreta y solo se puede contestar de una forma activa. Es la misma vida la que plantea preguntas al hombre.

Él no tiene que preguntar, más bien él es el preguntado por la vida, el que tiene que responder a la vida, el que tiene que asumir la vida responsablemente. Pero las respuestas que da el hombre solo pueden ser respuestas concretas a preguntas vitales concretas. Es decir, el sentido es único e irrepetible para cada persona, es un constructo que apela a la coherencia y le confiere a la vida orientación, unidad y dirección.

En conclusión, podríamos argumentar que el sentido de la vida existe en todo momento y bajo cualquier circunstancia, que el hombre es libre para buscarlo y que esa tensión entre lo que es y lo que debe ser lo motiva para encontrarlo. Es decir, el sentido de la vida se contiene en la vida misma. La vida como hecho fáctico que "es", al mismo tiempo "es posibilidad" de ser y es ante esta posibilidad que el hombre responde y descubre un sentido para su vida.

Estudio Cualitativo de Caso Único, con el propósito de obtener un entendimiento profundo, detallado y descriptivo que permita evidenciar la situación actual del proceso de duelo experimentado por una mujer adulta de 52 años de edad que padece cáncer de seno. Se realizó una entrevista individual en profundidad, que propone un fin determinado distinto del simple placer de la conversación. Este es el instrumento preferido y –diríamos– básico de la investigación enfocada desde la teoría fundada, al igual que el de las historias de vida. Por lo general su empleo implica, realización de varias sesiones con la misma persona.

Se comienza con una primera entrevista de carácter muy abierto, la cual parte de una pregunta generadora, amplia, que busca no sesgar un primer relato, que será el que servirá de base para la profundización ulterior. Se considera, en tal sentido, que la propia estructura, con que la persona entrevistada presenta su relato, es portadora

en ella misma de ciertos significados que no deben alterarse por la subjetividad del entrevistador.

La agudeza del entrevistador permitirá, sin sujetarse a una estructura formalizada, buscar esclarecer sin sugerir y motivar al entrevistado para que responda el mayor número de preguntas orientadoras sobre un tema que irá adquiriendo una profundidad mayor.

Según Martínez (2001), el método que respeta plenamente la relación que hace la persona de sus propias vivencias, se centra en esas realidades que son poco comunicables, pero que son determinantes para la comprensión de la vida psíquica de cada persona. La fenomenología es el estudio de los fenómenos tal como son experimentados, vividos y percibidos por el hombre.

A continuación, el procedimiento abordado se presenta en el cuadro siguiente en donde se encuentra, las categorías, subcategorías, unidad de sentido o análisis, transformación, análisis de las reacciones – prejuicios del terapeuta. Ver cuadro de análisis del proceso terapéutico en un caso único de proceso y elaboración de duelo en consultante con cáncer.

CONCLUSIONES

Durante las primeras sesiones del proceso, se buscó identificar los principales ejes del caso presentado, además de conocer los aspectos más sobresalientes de la historia de la enfermedad, cómo lo afrontó o asumió ella y la familia, además conocer su historia personal y familiar teniendo en cuenta su origen, cultura costumbres, padres, número de hermanos, pareja, hijos, etc. Esto se hizo a través de la creación de un ambiente en donde la confidencialidad y la garantía de la privacidad fueron aseguradas. Igualmente, esencial fue el conocer las expectativas de vida de la consultante y la manera como decidió buscar ayuda profesional.

Lo anterior permitió obtener una panorámica general de la situación, tanto como sus probabilidades de enganche en una relación terapéutica y sus posibles resultados. Una vez aclarados los aspectos básicos del encuadre terapéutico: horario, duración, confidencialidad y participación activa de la consultante, se inició el proceso psicoterapéutico.

Los resultados obtenidos en esta investigación fueron positivos, por medio de la aplicación de la metodología terapéutica humanista existencial de Victor Frankl, con la que se llevó a cabo este proceso terapéutico de la elaboración de duelo en una consultante con cáncer de mama, fue una experiencia en la que se pudo evidenciar la comprensión integral del ser humano, la lucha por la dignidad, la re-humanización del ser, la transitoriedad de la vida, el sentido y significado de la existencia, el sufrimiento como experiencia de crecimiento.

También, la resiliencia como capacidad de afrontamiento, en donde la consultante al descubrir su enfermedad, se apodera de ella la interioriza como conciencia de las consecuencias negativas y hasta la posible muerte, asumió una actitud positiva frente a la situación experienciada encontrándole un sentido y un significado a la vida, haciendo alusión a lo que Víctor Frankl dice “la vida tiene sentido bajo cualquier circunstancia”.

La experiencia individual de este caso deja claridad de como la búsqueda de un significado a la existencia hace posible comprender que no hay ninguna situación que carezca de sentido aun en circunstancias adversas se podrán visualizar aspectos positivos cuando se afrontan con la mejor actitud. Como psicoterapeuta me centre en la comprensión del mundo interno de la consultante, antes que centrarnos en sus desviaciones como afirma (De Castro 2008).

Cuando descubre la enfermedad apareció el sufrimiento en la consultante generando angustia, sentimientos depresivos y alteraciones en sus manifestaciones físicas, cognitivas, conductuales y emocionales, pero como la tarea fundamental del terapeuta es hacer que la consultante siempre hable en terapia de alguna experiencia de su vida cotidiana, sea capaz de atender a su intencionalidad y de vivenciarse así mismo en la relación con el terapeuta en el proceso de descubrir y entender dicha experiencia. (De Castro y García 2008).

Aborde el proceso terapéutico en sesiones convertidas en encuentros auténticos que abrieron las dimensiones experienciales de la consultante, buscando siempre comprender y entender lo expresado por ella, las manifestaciones hechas frente a su enfermedad y su proceso de duelo donde en apariencia parecían no afectarla son estrategias existenciales que se enmascaran como evitación al dolor, pero en el

tratamiento existencial se realizaron movimientos progresivos hacia el futuro con el objetivo de mejorar el presente, logrando fluir de manera positiva.

En el vínculo terapéutico establecido en las sesiones realizadas en este caso tuvo un objetivo de la terapia humanista existencial como es la búsqueda del sentido y el significado de la existencia, porque si bien las experiencias negativas vivenciadas por la consultante le generaron sufrimiento inevitable como miedo incertidumbre, angustia, se logra en el proceso psicoterapéutico establecer un vínculo empático con una comunicación existencial entre consultante – terapeuta que posibilita el afrontamiento de la enfermedad, conllevando el sufrimiento inevitable generado por la enfermedad a una experiencia de crecimiento, no sin antes experimentar todas las etapas de un proceso de duelo y todo lo que ello implica, negaciones, depresiones, negociaciones y finalmente la aceptación, lo que posibilito un autoconocimiento de su ser y sus capacidades de afrontamiento.

A lo largo de la investigación se pudo evidenciar que en la medida que el proceso de atención avanzo su fortaleza interior empezó a trascender, gracias al apoyo de las personas a su alrededor en especial el de su familia, lo que la motivo a seguir adelante, sumado a esto la entrega hacia su creencia religiosa, permitiendo el darle un mayor valor y sentido a la existencia.

A través del vínculo psicoterapéutico la consulta se sintió comprendida y en confianza para poder manifestar o expresar todas sus experiencias y vivencias personales, las cuales en su momento le generaron una serie de sentimientos ambivalentes o bien sea prejuicios propios de la enfermedad, posibilitando a través de los encuentro el darse cuenta que más allá de su imagen corpórea, lo

verdaderamente importante es el ser en todas sus dimensiones para sobreponerse al dolor o sufrimiento y construir a partir de él.

Teniendo en cuenta todo lo ocurrido en el transcurso del proceso terapéutico y vínculo establecido entre la consultante y el terapeuta se observa la eficacia de la terapia humanista existencial en los casos donde el objetivo es encontrar el sentido o el significado a la existencia del ser, razón por la cual se puede afirmar que la enfermedad no es solamente un problema bioquímico o una alteración de la biología de un individuo, sino una experiencia que mueve al ser humano en su totalidad; además el enfermo no es simplemente un cuerpo, es una persona, es decir, un ser dotado de inteligencia y concepto de sí mismo y del mundo, con un proyecto de vida y con una responsabilidad frente a su propio destino.

En este estudio de caso se muestran aportes significativos y de aplicabilidad en la práctica del ejercicio profesional, contribuyendo al desarrollo de posteriores investigaciones que permitan vislumbrar la necesidad de dichos estudios en los cuales se puedan encontrar respuestas teórico-prácticas en todo el proceso de atención en pacientes con diagnóstico de cáncer, permitiendo una adecuada elaboración en su proceso de duelo, siendo una herramienta más de conocimiento acerca de todo el proceso vivencial, el cual favorece en conocimientos concretos en todos los aspectos anteriormente mencionados desde el análisis existencial.

De esta manera se podría brindar orientación dirigida a pacientes con cáncer y sus familias a través de procesos pedagógicos y terapéuticos ofreciendo elementos formativos que ayuden a los pacientes asimilar los cambios experimentados para llegar a la reafirmación de su identidad, encontrar el sentido de vida, la trascendencia, y el fortalecimiento de vínculos a nivel familiar y social; buscando

siempre que el paciente se confronte en la crisis existencial entre la opción de continuar en el camino del sufrimiento o la posibilidad de emprender un proceso de cambio hacia la construcción de alternativas y expectativas de una vida a partir del reconocimiento de sus potencialidades y la resignificación de su vida.

En últimas, que le dé un sentido concreto a su existencia personal y familiar en este momento de su trascurrir vital. Enfatizando siempre en el proceso que el ser humano es ante todo posibilidad de cambio, de transformación, de aprendizaje desde las vivencias por más dolorosas que estas sean, lo cual muestra la capacidad de afrontamiento, siendo libre de establecerle propósitos a su vida y hacerse responsable de las decisiones que toma, lo que solemos llamar “el sentido de la vida”, integra lo que el sujeto es y lo que ha dejado de ser.

Este estudio favorece a la sensibilización de los pacientes frente a sus formas de relación con la vida y con los otros seres humanos, a fin de potenciar los factores de resiliencia personal y familiar que pueden llegar a incidir en la adopción de unos u otros caminos de realización personal, proyectando hacia el bienestar existencial, lo cual tiene relación directa con el cuidado de su salud física, mental, emocional y espiritual para poder lograr la transformación de sí mismo y fortalecer la conciencia de sus posibilidades de ser.

A través de la investigación se puede concluir que el proceso de duelo es adaptativo y depende de la percepción, potencialidades y capacidades de afrontamiento de cada persona, sin embargo existen unas pautas terapéuticas que permitirán a los pacientes y a sus familias, enfrentar las adversidades de la enfermedad y de la vida misma.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Buckman, R. (1995) ¿Qué decir? ¿Cómo decirlo? Dialogando con el paciente terminal, segunda edición. Santafé de Bogotá. Editorial Kimpres Ltda.

Cortina, C. (1998). Cáncer Herencia y Ambiente. México D.F: Talleres de impresión y encuadernación Progres S.A de C. V (IEPSA).

Frankl, V. (1991). El Hombre en Busca de Sentido, primera edición. Barcelona. Editorial Herder.

Instituto Nacional del Cáncer, de los Institutos Nacionales de la Salud de EE. UU www.cancer.gov/espanol.

Kubler, R. E. (2003). Sobre la Muerte y los Moribundos. Madrid – España. Edición Grijaldo.

Luna, J. A (2011, p, 23). Logoterapia. Un Enfoque Humanista Existencial Fenomenologico.

Martínez M. (2011, p, 23). Comportamiento Humano: Nuevos Métodos de Investigación. México, Trillas.

Pangrazzi, A. (2003). El Duelo, primera edición. Italia. Editorial San Pablo.

Pangrazzi, A. (1993). Experiencias de Crecimiento El Duelo, segunda edición. Santafé de Bogotá. Editorial Kimpres Ltda.

Plaxats, M. A. Los Procesos de Duelos ante Pérdidas Significativas. Ponencia presentada en la Jornada sobre el Amor y la Muerte en Valencia del 26 al 28 de octubre de 2001. www.psicologiaonline.com/ciopa2001/actividades/05/index.html

Roncali, E. M. (2010). Todo Sobre Cáncer. Editorial Conceptos Inc.

Sandoval C. Carlos A. Investigación cualitativa. Bogotá: ARFO Editores e Impresores Ltda. 2002, p, 27.

OMS (2015). El Cáncer afectara a 80.000 personas más en Colombia. Artículo de la [Hsbnoticias.com](http://hsbnoticias.com). <http://hsbnoticias.com/noticias/ciencias/oms-para-2015-el-c%C3%A1ncer-afectar%C3%ADa-80000-personas-m%C3%A1s-en-colombia-124096>

Sandrin L, Brusco A, Policante G. (1993). Comprender y Ayudar al Enfermo, segunda edición. Santafé de Bogotá. Editorial Kimpres Ltda.

Sierra, U. G. (2014). Para Vivir los Duelos. Cartografía Emocional para la Sanación de las Pérdidas. Quinta edición. Bogotá – Colombia. Taller San Pablo.

ANEXOS

Anexo N° 1

**Análisis del proceso terapéutico en un caso de proceso y elaboración de duelo en una consultante con
cáncer**

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	UNIDAD DE SENTIDO O ANALISIS	TRANSFORMACION	ANALISIS DE LAS REACCIONES – PREJUICIOS DEL TERAPEUTA
Comunicación	Verbal	<p>La consultante manifestaba:</p> <p>Pienso mucho en el futuro de mis hijos, en que será de ellos sin mí o que será de mí sin ellos.</p> <p>Estoy preocupada con mi esposo, no sé si va a cambiar conmigo o si las cosas serán iguales.</p> <p>Me deprimí mucho, me sentía achicopalada.</p> <p>Pero le doy gracias a Dios por que he tenido mucho apoyo de mi familia, mis compañeros y amigos.</p> <p>Tengo mucha Esperanza, tengo Fe en Dios.</p> <p>Yo sé que la vida mía va a continuar, porque pa'lante es pa'ya.</p>	<p>En las expresiones verbales de la consultante se percibió que al inicio del proceso sintió mucha incertidumbre y temores por lo que sucedería al conocer su diagnóstico, de tal manera que esto le empezó a generar estados alterados de ánimo.</p> <p>En la medida en que el proceso de atención avanzo su fortaleza interior empezó trascender, gracias al apoyo de las personas a su alrededor, lo que la motivo a seguir adelante, sumado a esto la entrega hacia su creencia religiosa permitieron el darle un mayor valor y sentido a la existencia.</p>	<p>Mi postura ante la comunicación verbal de la consultante fue de atenta escucha, permitiéndome establecer empatía. Demostrando comprensión, atención, frente las manifestaciones expresadas por ella, conllevando a establecer un vínculo terapéutico en todo el proceso de atención, lo que me facilito el poder llegar a cumplir los objetivos planteados.</p>
	Gestual	<p>En algunas sesiones la consultante se mostraba distraída, tocando su cabeza.</p> <p>Manifestaba movimientos repetitivos en manos y piernas.</p> <p>Constantemente tuvo atenta a su presentación personal.</p>	<p>En cuanto a las expresiones gestuales se percibió ansiedad manifestada en varias sesiones, las cuales en su momento demostraron inseguridad en cuanto a su imagen corpórea, como también a una actitud positiva en cuanto a su presentación personal.</p> <p>A lo largo de las intervenciones se logra</p>	<p>A través de las sesiones por medio de sus gestos pude identificar en la consultante su actitud frente a la enfermedad, permitiendo identificar muchas veces su estado de ánimo, facilitando en su momento una adecuada relación terapéutica, lo que posibilito afrontar de manera</p>

		Expresiones faciales de alegría, manifestadas por sonrisa.	afianzar en la consultante una mayor actitud en cuanto a su situación, lo que posibilito un cambio significativo en sus expresiones gestuales, siendo coherente sus gestos con su realidad.	asertiva las dificultades vivenciadas en su proceso.
	Escucha	Atención y concentración en el dialogo. Diálogos con fines diagnósticos. Acatamiento de las sugerencias y orientaciones terapéuticas brindadas. Asimilación de instrucciones y ejecuciones de ejercicios para minimizar la ansiedad.	La atenta escucha es el medio más eficaz para lograr un diagnostico real de la situación, brindando la oportunidad a la consultante de expresar sus sentimientos, emociones e inquietudes, para facilitar su autoaceptacion.	Como terapeuta logre una comunicación asertiva, empática, conllevando a la consultante a hacer catarsis, posibilitando con ello un Insigth positivo, que le permitió adquirir conciencia de que la vida pese a las dificultades que se presenten a diario merece encontrarle un valor que resignifique la existencia.
INVOCACION DE LO ACTUAL	Presencia	La consultante experimenta incertidumbre y ansiedad frente a su futuro y al de su familia.	En la consultante se percibe la incertidumbre y la ansiedad por su futuro y el de su familia, siendo esto comprensible al existir en ella esa inseguridad de no poder saber si podrá tener los mecanismos de defensas necesarios para afrontar su proceso, sintiéndose comprendida y en confianza para continuar manifestando sus experiencias.	Como terapeuta al iniciar el proceso pude experimentar de alguna manera dicha incertidumbre al verme reflejado en una situación como la que esta esperienciando la consultante, generando pensamientos de minusvalía en cuanto a mi ser.
	Encuentro	Mujer que llega a consulta referida por un conocido, manifestando "quiero ayuda porque muero de la angustia" y continúa con el relato de su enfermedad de base.	La consultante llega con buena presentación personal, buenas manifestaciones motoras, con lenguaje y pensamiento lógico y coherente, sin embargo, como terapeuta percibí su angustia e inmediatamente iniciamos una relación terapéutica basada en la empatía y la comunicación existencial, donde ella podía manifestar libremente su malestar tanto físico como emocional.	Como terapeuta sentí que podía acompañar a la consultante en su proceso, brindándole las herramientas terapéuticas necesarias que le permitan minimizar los síntomas emocionales asociados a su enfermedad, teniendo en cuenta siempre la intencionalidad de la consultante.

	Sentido	<p>Manifestaciones de:</p> <p>Miedo</p> <p>Angustia</p> <p>Incertidumbre</p>	<p>Frente a las manifestaciones que constantemente están presente en la consultante se buscó siempre que ella descubriera sus cualidades de afrontamiento, y las potencialidades del ser, conllevándola a buscar y encontrar el sentido de todas las situaciones experimentadas por ella y a la vida misma.</p>	<p>Como terapeuta experimente sentimientos de admiración por ver la voluntad de salir adelante, de superar las dificultades, apoderándose de su capacidad de resiliencia desde el momento de su diagnóstico y durante todo el proceso terapéutico.</p>
<p>El Cáncer</p> <p>DUELO</p>	<p>Síntomas</p> <p>Físicos y Cognitivos</p>	<p>Manifestaciones de la consultante de sus pensamientos, emociones y conductas referentes a su enfermedad.</p> <p><u>Datos brutos:</u></p> <p>Imposibilidad para realizar sus actividades diarias.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ideas recurrentes a ciertas pérdidas en cuanto a su imagen como mujer. - Preocupación constante frente a la sexualidad con su pareja. - Dificultad en la capacidad de predecir y enfrentar el futuro por la condición de su enfermedad. 	<p>En la consultante se percibieron alteraciones físicas y cognitivas leves que interfirieron en las actividades diarias e interacciones sociales y laborales. Después de varias sesiones del proceso psicoterapéutico la consultante pudo, mejorar su capacidad cognitiva, que se vio reflejada en el cumplimiento de las metas propuestas, tiene mayor concentración en el trabajo, confianza en sí misma. Pasó de los pensamientos negativos a los pensamientos positivos, fortaleció la confianza en su relación de pareja, piensa con lógica sobre lo que es capaz de hacer para su futuro.</p>	<p>Como terapeuta considero que hablar del problema teniendo quien lo escuche, constituye el primer paso en el camino hacia una recuperación del equilibrio y de la felicidad personal y conjunta. Ante las manifestaciones físicas y cognitivas de la consultante, experimenté la necesidad de trabajar con los eventos del presente, ya sea en actualidad física o en los imaginarios. En segundo lugar, pude integrar inmediatamente lo que surge en el curso de la sesión y no permití que las situaciones inconclusas se fuesen acumulando, trabajando con vivencias y no tan solo con verbalizaciones y recuerdos.</p>

	<p>Síntomas</p> <p>Conductuales</p>	<p>Presencia de reacciones de agresividad contra la pareja y los hijos.</p> <p>Evitación en la que familiares y vecinos le confrontaran.</p> <p>Asumió una actitud positiva frente al proceso de su enfermedad.</p> <p>Se documentó sobre todo lo referente a su diagnóstico.</p> <p>Empezó a dar mayor significado a la vida y la familia.</p> <p>Asumió el sufrimiento inevitable.</p>	<p>La consultante dejó ver en el proceso psicoterapéutico un gran número de conductas inherentes a las personas que padecen cáncer de seno, las cuales afectaron su vida personal, familiar, social y especialmente su relación de pareja. Al final de las sesiones la consultante tuvo un cambio de actitud favorable en su relación de pareja, frente a la sexualidad. La comunicación se dio de una manera asertiva en tópicos normales de más escucha, sin agresividad, con lo que precisa la modificación de las conductas inadecuadas que le permitieron mejorar sus relaciones interpersonales: familiar, laboral, social y de pareja.</p>	<p>Ante las situaciones de conductas agresivas y la dificultad en la comunicación, después de un proceso de intervención constante se pudo observar un cambio significativo en la consultante, permitiéndole una mayor interacción en su entorno. Debido a mi experiencia con otros consultantes como terapeuta, pudo brindar herramientas las cuales le permitieron un mejor proceso en su elaboración de duelo, lo que facilitó el poder afrontar su situación actual, llevándolo a una experiencia de crecimiento personal.</p>
	<p>Síntomas</p> <p>Emocionales</p>	<p>Hay sufrimiento emocional.</p> <p>Hay presencia de sentimientos de minusvalía.</p> <p>Presencia de episodios traumáticos como: insomnio, irritabilidad, miedo, tristeza y preocupación por el futuro de los hijos.</p>	<p>La consultante al inicio del proceso psicoterapéutico se mostró emocionalmente afectada, percibiéndose con una construcción mental (auto concepto) basada en las limitaciones lo que no le permitía entender ni resolver problemas o dificultades generando en ella ciertos estados de irritabilidad. En el proceso terapéutico lo emocional mejoró notablemente, porque la consultante pudo tomar distancias de sus condicionamientos, con una actitud diferente frente a la vida, con capacidad de elección asumiendo responsabilidades de sus actos y decisiones lo que permitió disminuir sus niveles de angustia y depresión. La presencia de episodios traumáticos como: insomnio, irritabilidad, sentimientos de minusvalía, el sufrimiento emocional, miedo, tristeza y preocupación por el futuro de sus hijos, están disminuyendo cada día.</p>	<p>Mi posición ante la parte emocional, de la consultante fue de escucha atenta, considerando que es un sujeto integrado y responsable, que se define en la libertad de su accionar en la continua toma de decisiones, que la compromete y responsabiliza, como un ser capaz de autorrealizarse y trascender. Pude aprehender a la consultante en su realidad y fui capaz de brindar comprensión.</p>
	<p>Histórico</p>	<p>La consultante manifiesta que desde hace dos años aproximadamente percibió en su seno algo "extraño" al inicio no le prestó atención, pero pasado el tiempo sintió</p>	<p>En la consultante se pudo percibir que dada la situación no le dio la importancia o atención requerida a las molestias que sentía en su seno; asiste al médico quien la examina y ordena tratamiento siendo este interrumpido por decisión propia. Tiempo</p>	<p>Ante la presente situación de la consultante como terapeuta pude identificar que esa incertidumbre sería el inicio del proceso terapéutico, al manifestarle que su diagnóstico iniciaba y que en</p>

		<p>molestias, le cuenta a su pareja y decide ir al médico, quien le examina y le manifiesta que efectivamente tiene un quistes y la médica con vitamina E, tratamiento con al cual no observa mejoría y decide no continuar. Posteriormente continúan los malestares y vuelve a consultar al médico quien refiere tratamiento nuevamente vitamina E, pasado un tiempo sin resultados consulto nuevamente al médico general quien me remite al ginecólogo y este me ordena los exámenes pertinentes y es cuando me da un diagnóstico de cáncer y me manda tratamiento con quimioterapias,</p>	<p>después asiste cuando ya siente que los quistes han crecido con el fin de continuar su tratamiento, siendo en esta ocasión valorada más exhaustivamente practicándole una serie de exámenes los cuales dan como resultado iniciar un proceso de quimioterapias y poder combatir su cáncer de seno.</p> <p>La consultante al ser diagnosticada la preocupación la invade de tal manera que asume una actitud de incertidumbre frente a su futuro y el de su familia, asumiendo en adelante la continuidad de su tratamiento.</p>	<p>adelante mucho dependería de su actitud, frente a las diferentes situaciones por vivir relacionadas con la enfermedad, tales como cambios físicos, conductuales y emocionales.</p>
	<p>Etapas</p>	<p>En negación expreso no me puede estar pasando a mí, que será de mí y de mis hijos.</p> <p>Ira no lo verbalizo, pero lo manifesté en su comportamiento.</p> <p>En negociación da un valor significativo a los recursos que tiene a su alrededor (familia y amistades).</p> <p>En depresión surgieron episodio de decaimiento en su estado emocional refugiándose en su creencia religiosa.</p> <p>En aceptación se permite poder vivenciar y afrontar la enfermedad encontrándole sentido a través de todo el proceso vivenciado.</p>	<p>En cuanto a las etapas del duelo en la consultante, se pudieron observar las manifestaciones verbales y gestuales, mirada baja y decaimiento general de las facciones, acompañadas por un bajo volumen de la voz o una forma de hablar más lenta expresión propia de dolor. Se observaron también algunas posturas o gestos al sentarse como movimientos repetitivos en las y manos hacia su cabeza, hombros caídos donde se evidenciaron nerviosismo, inseguridad, temor. Se logró a través de las sesiones que sus gestos fuesen disminuyendo en intensidad y adquiriendo equilibrio homeostático entre la gestualidad mostrada y la comunicación verbal. Se observó un cambio significativo en su expresión gestual, siendo coherentes entre de ellos: actitud sonriente de superación.</p>	<p>Desde la primera sesión a través de sus manifestaciones verbales y gestuales, como terapeuta pude formarme un concepto general de su personalidad, su carácter, inteligencia, temperamento y hábitos personales, lo que permitió pasar de unas actitudes negativas a otras positivas, frente a su situación vivida, lo cual se fue dando de acuerdo a su voluntad de salir adelante y el autoreconocimiento de sus capacidades y afrontamiento de las mismas.</p>

Sentido y significado al sufrimiento	VOLUNTAD DE SENTIDO	Manifestaciones de la consultante de amor, odio, frustraciones, impotencia.	La consultante trae a la sesión varios sentimientos que muestran su afectación a nivel cognitivo, conductual y emocional.	Como terapeuta pude experimentar en mi propio cuerpo estos sentimientos mencionados por la consultante, lo que permitió entender y comprender su experiencia, y a su vez permitir la autotranscendencia.
	SUFRIMIENTO INEVITABLE	Manifestaciones de: Miedo Incertidumbre Angustia	La consultante en intervenciones manifiesta miedo al enfrentar su realidad, y a su vez la inseguridad de lo que puede venir en adelante, dejando claro una cantidad de situaciones que están perturbando su tranquilidad.	Con la consultante se logró un proceso empático que permitió un encuentro existencial posibilitando la continuidad de un proceso psicoterapéutico acorde a las necesidades de la consultante y a su vez a las mías propiamente al pensar que no estamos exento de una situación como la experimentada por ella.
	SUFRIMIENTO EVITABLE	La consultante a través de su proceso psicoterapéutico logra un mejor afrontamiento de su enfermedad minimizando sus angustias y miedos convirtiendo el sufrimiento inevitable en evitable	La consultante refiere que después de varias intervenciones sus dudas frente a su proceso se fueron aclarando al tener más conocimiento de su enfermedad y todo lo que esto conlleva al pasar el tiempo.	Como terapeuta me concentre solo en lo que estaba experimentando la consultante en ese momento en su aquí y su ahora, lo que permitió que bajaran los niveles de angustia y ansiedad experimentados por ella.

Anexo N°2
Pruebas aplicadas
Escala de Autovaloración D.D
Por WWK Zung

NOMBRES: _____ Edad: ____ Sexo: ____

Religión: _____

Grado: _____ Sección: _____ Fecha: ____/____/____

Fecha de nacimiento. ____/____/____

Dirección: _____ Teléfono: _____

		Nunca o Casi Nunca	A veces	Con bastante frecuencia	Siempre o casi siempre	puntos
1	Me siento abatido y melancólico.					
2	Por las mañanas es cuando me siento mejor.					
3	Tengo acceso de llanto o ganas de llorar.					
4	Duermo mal.					
5	Tengo tanto apetito como antes.					
6	Aún me atraen las personas de sexo opuesto.					
7	Nota que estoy perdiendo peso.					
8	Tengo trastornos intestinales y estreñimiento.					
9	Me late el corazón más a prisa que de costumbre.					
10	Me canso sin motivo.					
11	Tengo la mente tan clara como antes.					
12	Hago las cosas con la misma facilidad que antes.					

13	Me siento nervioso(a) y no puedo estarme quieto.					
14	Tengo esperanza en el futuro.					
15	Estoy más irritable que antes.					
16	Me es fácil tomar decisiones.					
17	Me siento útil y necesario.					
18	Me satisface mi vida actual.					
19	Creo que los demás estarían mejor si yo muriera.					
20	Disfruto de las mismas cosas que antes.					
TOTAL DE PUNTOS						

Anexo N°3

ESCALA DE AUTOVALORACIÓN D. A. POR W. W. K. ZUNG

Nombres: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Edad: _____ Sexo: _____ Religión: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Fecha: ____/____/____

		Nunca o Casi Nunca	A veces	Con bastante frecue ncia	Siemp re o casi siempre	puntos
	Me siento mas nervioso(a) y ansioso(a) que de costumbre.					
	Me siento con temor sin razón.					
	Despierto con facilidad o siento pánico.					
	Me siento como si fuera a reventar y partirme en pedazos.					
	Siento que todo esta bien y que nada malo puede suceder					
	Me tiemblan las manos y las piernas.					
	Me mortifican los dolores de la cabeza, cuello o cintura.					
	Me siento débil y me canso fácilmente.					
	Me siento tranquilo(a) y puedo permanecer en calma fácilmente.					
0	Puedo sentir que me late muy rápido el corazón.					
1	Sufro de mareos.					
2	Sufro de desmayos o siento que me voy a desmayar.					
3	Puedo inspirar y expirar fácilmente					
4	Se me adormecen o me hincan los dedos de las manos y pies.					
5	Sufro de molestias estomacales o indigestión.					
6	Orino con mucha frecuencia.					
7	Generalmente mis manos están sacas y calientes.					
8	Siento bochornos.					

9	Me quedo dormido con facilidad y descanso durante la noche					
0	Tengo pesadillas.					
TOTAL DE PUNTOS						

Anexo N°4

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Sol Marina De la Hoz, identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 49.731.716 , de Valledupar-Cesar, manifiesto mi aceptación para ser participante en la investigación denominada Estudio Cualitativo de Caso Único: Proceso y Elaboración de Duelo en una consultante con Cáncer, realizado por el estudiante de Maestría en Psicología – Profundización Clínica de la Universidad del Norte: Eduardo Alvarez Salas, dando de esta manera mi pleno consentimiento a la solicitud hecha por el estudiante de que sea mi caso tenido en cuenta en la realización de su Trabajo de Grado para optar por el título de Magíster en Psicología - Profundización Clínica de la Universidad del Norte.

De igual forma entiendo que como investigador, el estudiante Eduardo Alvarez Salas, estará bajo la tutoría de los Docentes de la Maestría en Psicología – Profundización Clínica de la Universidad del Norte, por lo que mi situación personal podrá ser discutida con ellos (los tutores del presente trabajo de grado) con el fin de que orienten y vigilen el adecuado desarrollo del estudio.

Además, comprendo que toda la información concerniente a mi experiencia personal es confidencial y no será divulgada ni entregada a ninguna otra institución o individuo sin mi consentimiento expreso, excepto cuando la orden provenga de una autoridad judicial competente.

En forma expresa manifiesto a usted que he leído y comprendido íntegramente este documento y en consecuencia acepto su contenido y las consecuencias que de él se deriven.

He leído, comprendido y accedo a lo anteriormente comunicado.

Nombres y Apellidos: Sol Marina de la Hoz

Cédula de Ciudadanía No: 49.731.716 De: Valledupar

Firma: Sol Marina de la Hoz Fecha: Julio 16 de 2016