



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

PSICOLOGÍA

Ψ

LA PERSPECTIVA ORIENTADA EN SOLUCIONES: UNA
ALTERNATIVA TERAPÉUTICA PARA EL PACIENTE CON CÁNCER
EN ETAPA PALIATIVA

TESINA PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

EURIDICE ZORAYA RODRÍGUEZ MIJANGOS

JURADO

TUTOR: VICENTE CRUZ SILVA

SERGIO MANDUJANO VÁZQUEZ

BLANCA ESTELA BARSELATA EGUIARTE

EDUARDO CORTÉS MARTÍNEZ

JAZMÍN ROLDÁN HERNÁNDEZ



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

INTRODUCCIÓN

CAPITULO 1: EL PSICÓLOGO EN EL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA.

1.1 La psicología y el cáncer	1
1.1.1 Contribución de la psicología al campo de la oncología.....	5
1.2 Evaluación psicológica del paciente oncológico	7
1.3 Intervención psicológica del paciente oncológico	9
1.4 El equipo Interdisciplinario	15

CAPITULO 2: AL FINAL DE LA VIDA

2.1 Los cuidados paliativos	18
2.2 El paciente terminal: fase paliativa	21
2.3 Aspectos psicológicos de la fase paliativa	23
2.4 La evaluación e intervención e intervención psicológica de la familia del paciente paliativo	25
2.4.1 Evaluación	25
2.4.2 Intervención	29

CAPITULO 3: EL SERVICIO SOCIAL

3.1 Objetivos	32
3.1.1 Objetivos generales del programa del servicio social de la carrera de psicología	32
3.1.2 Objetivos de la institución	32
3.1.3 Objetivos específicos del programa	32

3.1.4	Objetivos particulares	33
3.2	Actividades desempeñadas en el Servicio Social	33
3.3	Problemática de estudio	42
3.4	Propósito	45

CAPITULO 4: LA PERSPECTIVA ORIENTADA EN SOLUCIONES

4.1	Marco teórico de la perspectiva Orientada en Soluciones	46
4.2	Perspectiva Orientada en Soluciones	48
4.2.1	Premisas	48
4.2.2	Teoría del cambio	51
4.2.3	Concepción del problema	52
4.2.4	Como se percibe la relación paciente / cliente	52
4.2.5	Relación terapeuta / cliente	53
4.3	El cambio a través de la evaluación	57
4.3.1	Primera entrevista	58
4.3.2	Intervenciones que deben ser consideradas durante Las sesiones	63
4.4	Investigaciones	66
	ANALISIS	68
	CONCLUSIONES	74
	BIBLIOGRAFÍA	78
	ANEXO	84

INTRODUCCIÓN

Durante las últimas décadas el país y el mundo entero se han visto afectados por varios padecimientos que han causado una gran mortandad e impacto psicológico sobre la población. Uno de estos padecimientos es el cáncer, que de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2007), se ha convertido en la segunda causa de muerte y por lo tanto en un problema de salud nacional. En México, se han creado Instituciones encargadas de proporcionar atención y cuidados a los pacientes oncológicos, entre las cuales, destaca el Instituto Nacional de Cancerología (INCan) que al ser un hospital de tercer nivel cuenta con excelentes tratamientos y con la formación de especialistas para cada una de su áreas de servicio, no obstante, entre sus programas de especialización aún no se contempla uno para formación de psicólogos, que aunque se les reconoce como parte importante del tratamiento, en la practica pocas veces son requeridos por los médicos.

Una de las áreas de servicio con las que cuenta el INCan es su Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos, que además Psico-oncología, es la única que dispone de una psicóloga residente de Medicina Conductual, y con algunos psicólogos, en este caso prestadores de servicio social, con el fin de brindar una atención más integral a los pacientes, sin embargo, no son suficientes para atender a toda la población demandante del servicio y mucho menos a la de todo el hospital. Ahora bien, debido a las psicólogas residentes, el enfoque metodológico que utilizan los prestadores de servicio social es el cognitivo-conductual, pero como profesionales los psicólogos tienen la obligación de buscar alternativas terapéuticas que se adapten y sean eficaces particularmente cuando se atiende a una población tan vulnerable como lo es el paciente en etapa paliativa y terminal, quienes están próximos a la muerte y tanto el paciente como la familia se ven altamente desgastados por el transcurso de la enfermedad.

Por lo tanto, esta tesina tiene como objetivo presentar a la Perspectiva Centrada en Soluciones como una alternativa de intervención psicológica para el paciente oncológico en etapa paliativa, ya que es una nueva forma de plantearse y enfocar la labor terapéutica, la cual, no empieza atacando el problema. Es un planteamiento que suscita imágenes de lo que *podría ser* y ayuda así a la gente a ver potenciales que de otra forma no serían atendidas ayudándole al paciente en la resolución de posibles asuntos inconclusos, disminuyendo el temor, la ansiedad o cualquier otro síntoma que pudiera surgir y además apoyar al paciente en su proceso de adaptación. Permite al cliente la construcción de nuevos significados hacia si mismo y su necesidad a partir de sus recursos y posibilidades

permitiéndole al paciente ser el mismo y actuar con mayor libertad adaptarse a su enfermedad y mejorar su calidad de vida.

La tesina esta dividida en los siguientes capítulos: En el primer capítulo se da una introducción al tema del cáncer ofreciendo una definición, así como, sus tipos, su frecuencia, los tratamientos médicos utilizados para su tratamiento y los factores que intervienen en la aparición y mantenimiento de este padecimiento. En el último apartado de este capítulo se lleva a cabo una descripción del funcionamiento y el trabajo de cada uno de los integrantes del equipo multidisciplinario y su importancia para el tratamiento eficaz del paciente en el área de cuidados paliativos.

El segundo capítulo esta dedicado al paciente en fase paliativa, se aborda la manera en la que se lleva a cabo el proceso de evaluación e intervención psicológica en este tipo de pacientes. En un segundo apartado del capítulo, considerando que como parte importante en el cuidado y mantenimiento de la calidad de vida del paciente se encuentra su familia se describe la manera en la que se realiza la evaluación e intervención psicológica de esta.

En cuanto al tercer capítulo se plantean 7 puntos: 1) la problemática abordada y presentada en la tesina; 2) El propósito de la tesina, que es presentar a la Terapia Orientada en Soluciones como una alternativa en el tratamiento psicológico de esta población; 3) Los objetivos generales del programa de servicio social; 4) Los objetivos de la institución; 5) El objetivo específico del programa; 6) los objetivos de la pasante; 7) y por último las actividades que se desempeñaron durante el servicio social.

En el cuarto capítulo se presentan las características del enfoque Centrado en Soluciones, sus presupuestos teóricos, sus técnicas de intervención a fin de mostrar de que forma esta propuesta puede utilizarse en el tratamiento del paciente paliativo. Y para finalizar este capítulo se hace una breve exposición de los resultados de algunas investigaciones que se han llevado a cabo de manera eficaz con este modelo en diversas problemáticas.

Finalmente se presenta el análisis y las conclusiones a las que se llegaron durante la elaboración de esta tesina. Esperando que un futuro se pueda llevar a cabo una investigación formal y puntual en la que se pueda demostrar que el enfoque puede ser utilizado con estos pacientes con resultados favorables.

ANALISIS

El análisis del trabajo va dirigido en tres vertientes, la primera esta orientada a el impacto que tiene el cáncer en los pacientes y sus familias, así como, la importancia del equipo de profesionales que se encargan de su tratamiento; la segunda vertiente se dirige a evaluar la estancia del psicólogo como prestador de servicio social en la Clínica del Dolor del INCan; y la tercera a la pertinencia de la perspectiva Orientada en Soluciones como modelo de intervención con el paciente oncológico en etapa paliativa

En lo referente a la primera vertiente, podríamos definir al cáncer como la proliferación celular anormal, progresiva y destructiva que conlleva al deterioro físico y hasta la muerte si no existe un diagnóstico a tiempo o la falta de tratamiento. Este padecimiento se ha convertido en la segunda causa de muerte en el país y en el mundo. En cáncer puede ser causado por diversos factores, como la alimentación, los rayos solares (u.v), factores genéticos y psicosociales. En el caso de los cánceres que son ocasionados por factores psicosociales han tenido un aumento considerable y con una alta tasa de mortalidad, paradójicamente son los cánceres que podrían ser prevenibles y hasta erradicados como puede ser el caso del cáncer de pulmón producto del consumo de tabaco, o el cérvico uterino que se mantiene, en mayor parte, en zonas marginadas, de pocos recursos, con el mínimo acceso medico ocasionando una detección tardía.

En cuanto a los tratamientos, se ha visto un cambio en ellos, con el transcurrir del tiempo, ya que han mejorado las expectativas de vida y la calidad de esta, sin embargo, las emociones y preocupaciones que presenta un paciente con este diagnóstico no han sufrido ningún cambio, ya que, siempre esta presente el temor a la muerte, al dolor, a la pérdida de la independencia o del atractivo y al sufrimiento asociado con el progreso de la enfermedad. Este temor genera creencias que a su vez devienen en los prejuicios, que sustentan actitudes de ocultamiento, distanciamiento y segregación. Aunado a esto, el tiempo prolongado que transcurre desde que le es dado el diagnostico al paciente hasta la etapa terminal crea significativas demandas para toda la familia, tanto, emocionales como económicas.

En el caso de los pacientes en etapa paliativa y/o terminal implican un desafío para todo el equipo terapéutico, por el alto monto de angustia que moviliza. La angustia que el equipo experimenta al intervenir con un

paciente terminal se debe a que no solo el paciente se esta enfrentando a la muerte sino también todo el equipo que se encarga de su cuidado, por que aunque la muerte es inevitable en cualquier ser vivo y requiera ser integrada al ciclo de la vida como un hecho natural, se trata de un proceso para el que no todos están preparados, por ejemplo, los médicos que desempeñan muchas veces un rol activo y conocen las fases de la enfermedad, les resulta difícil decidir cuando hay que dejar de curar para comenzar a paliar, o siendo los responsables del tratamiento médico del paciente no saben como comunicar al paciente su nuevo diagnóstico, lo cual, en muchas ocasiones afecta la relación que existe entre el medico, el paciente y su familia ocasionando una serie de problemas o preocupaciones con las familias como: la falta de información adecuada, falta de comunicación sincera y directa, inadecuada resolución de conflictos, falta de empatía con el paciente, etc.

En el caso de la Clínica del Dolor del INCan, desafortunadamente, estas dificultades no únicamente se dan con el paciente y la familia, también en el interior del equipo la falta de comunicación entre los integrantes ocasiona la perdida del trabajo multi-inter-disciplinar y el desconocimiento de las funciones de cada uno de los miembros del equipo, particularmente las del psicólogo, provocando, en la mayoría de los casos, una desvinculación entre el trabajo médico y el psicológico. Y es que muchos de los médicos desconocen que el abordaje psicológico en el tratamiento del cáncer es una parte del cuidado de todos los pacientes, en todos los estadíos, y que influye en todos los tratamientos que se lleven a cabo, que el psicólogo puede ayudar a los pacientes con cáncer a comprender su enfermedad y su respuesta a la misma, así como a aceptar los tratamientos necesarios y consecuencias de los mismos. Y que además de intervenir con los pacientes se procura ayudar a las familias a mantener su nivel de salud mental en el momento del diagnóstico y en el transcurso de la enfermedad.

En lo referente a la segunda vertiente, haber realizado el servicio social en un hospital de tercer nivel y trabajar conjuntamente con personal calificado dio como resultado una experiencia valiosa tanto profesional como personal ya que en este caso permitió que se aplicaran algunos de los conocimientos adquiridos durante la formación profesional, entre los que cabe mencionar, el análisis crítico, diseño de una metodología de trabajo, compromiso social, investigación, actitud crítica y responsable. Además de permitir la adquisición de nuevos aprendizajes en el trato del paciente oncológico.

Estos aprendizajes se generaron en las tres áreas que conforman a la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos. *Consulta externa*, generalmente en esta área se atienden a pacientes en estado de shock por lo que se realiza intervención en crisis, se enfatiza en aspectos como adherencia al tratamiento, en este sentido muchas veces se trabaja con mitos que tienen los familiares y/o pacientes acerca de los medicamentos, procedimientos intervencionistas, entre otros; En *Hospitalización*, se interviene con el paciente para el rediseño de roles, adaptación a la enfermedad, apoyo social, duelo y recapitulación de la vida; y en la *Visita Domiciliaria*, se realiza una intervención de cuidados paliativos, es decir, ofrecer la más alta calidad de vida posible al paciente y a su familia, trabajo de duelo, recapitulación de la vida, duelo anticipado.

Sin embargo, se presentaron varios factores que limitaron el desempeño y las oportunidades para conocer las características específicas de esta población, así como su intervención y es que cabe mencionar que inicialmente el registro del programa para solicitar a los prestadores de servicio en la FES-Z lo hizo el área de Trabajo Social del INCan, que se planteó el siguiente objetivo: “Realizar investigación de alta calidad, para generar nuevas líneas de investigación”, pero debido a que la Clínica requería del servicio de psicología para la evaluación e intervención de sus pacientes, se nos trasladó a esta área, razón por la cual las actividades descritas difieren de este objetivo.

Esta decisión repentina, no permitió que la Clínica elaborara un programa de trabajo para los prestadores de servicio social, lo que contrajo varios inconvenientes: 1) Clases desorganizadas y sin un horario específico, con carencias de materiales bibliográficos, de casos y sin la asistencia de los médicos del servicio para un intercambio de opiniones; 2) la falta de comunicación con los médicos, en muchas ocasiones, provocaba la pérdida del deseado trabajo multidisciplinario; 3) La desorganización no favorecía el enlace del psicólogo con el médico provocando que la mayoría de los médicos desconociera la relevancia del apoyo psicológico al paciente oncológico. 4) y psicología no contaba con un espacio propio para llevar a cabo su trabajo, por lo que se compartía un pequeño cubículo con el área de trabajo social.

Respecto a los objetivos del programa de servicio social, el primero se cubrió, en cuestión de que hubo un acercamiento práctico a esta enfermedad que es considerada como problema nacional e internacional; posibilitando la comprensión de las personas que padecen esta circunstancia. Asimismo, mediante la capacitación inicial y la realimentación continua con la(o)s psicólogos y médicos de la Clínica se

encaminó parcialmente la adecuación del perfil profesional de la psicóloga pasante aun problema nacional.

Se potenció también, la investigación psicológica de esta problemática desde el momento de iniciar el servicio, durante el mismo y hasta la realización de este trabajo; y además se tuvo la oportunidad de llevar a cabo evaluación e intervención psicológica con los pacientes atendidos.

Y en cuanto los objetivos de la pasante (1.-Aplicar y desarrollar, tanto los conocimientos adquiridos durante la carrera, así como, los que se favorezcan durante el servicio social; 2.-Llevar a cabo una adecuada y oportuna evaluación e intervención psicológica con el paciente oncológico.) se alcanzaron puesto que mediante la constante revisión de literatura de esta problemática y el contacto directo con los pacientes desde inicio hasta el final del servicio social se pudo tener conocimiento tanto de las circunstancias que provocan la enfermedad, hasta las necesidades y sentimientos del paciente en etapa terminal. Lo que permitió llevar a cabo una propuesta de evaluación e intervención, la cual fuera oportuna y eficaz con esta población. Favoreciendo así, su tratamiento psicológico, médico y farmacológico.

Finalmente, el INCan no se escapa de la carencia de recursos en el sector salud del país pues la falta de estos provoca también la falta de recursos humanos, y un área que se ve fuertemente afectada es la psicología, pues solo se cuenta con el apoyo del Dr. Salvador Alvarado en psico-oncología. adscrito para la atención de toda su población. Por lo que el INCan depende en gran parte de los prestadores de servicio social para poder ofrecer el servicio de psicología a sus pacientes aunque la población atendida es mínima, razón por la cual en muchas ocasiones, de manera absurda, los servicios utilizan a las enfermeras para que lleven a cabo la “evaluación e intervención psicológica”. Así que, lo ideal sería que cada servicio médico del hospital contara con el apoyo de psicólogos para la atención a sus pacientes, para poder intervenir con el paciente desde que se le informa su diagnóstico y no únicamente cuando la enfermedad esta ya en una fase avanzada o terminal.

En lo que concierne a la tercera vertiente, el objetivo de este trabajo es presentar un modelo de intervención psicológica alternativo al enfoque cognitivo-conductual, que era el enfoque utilizado por los psicólogos del INCan para el tratamiento de pacientes oncológicos, no por que este no fuera eficaz ni mucho menos, sino que al utilizar herramientas de análisis diferentes se propicia también la construcción de realidades distintas. Y al manejar un enfoque que considera el problema del paciente como un

proceso asociado con su situación contextual y relacional, alejándose de la visión de la patología y las conductas incorrectas, se evita considerar al cliente como alguien que además de enfrentar un padecimiento terminal, también es incapaz de tomar por sí mismo las decisiones adecuadas por lo que se abordan y solucionan las problemáticas de estos pacientes, rescatando sus fuerzas, recursos y capacidades.

Considerando que el cliente permanece por periodos relativamente cortos en el hospital o que las visitas a sus domicilios son pocas, pues, en muchos de los casos únicamente se les ve en una o dos sesiones y no hay oportunidad de concertar citas posteriores con ellos. La perspectiva Orientada en Soluciones le permite al cliente detectar cambios significativos y a largo plazo desde la primera sesión y actuar de manera más productiva después de esta, por lo cual, la evaluación cobra gran relevancia al ser en realidad una forma de intervención. De hecho los cambios en la problemática del paciente continúan y se amplían en casa llevando a cabo algunas tareas, llamadas, “tareas formula”, haciéndole sentir al cliente que es capaz de resolver y controlar los síntomas que provoca su enfermedad y además tiene la ventaja de que los cambios se obtienen y se mantiene aún si no vuelve a entrevistarse con el terapeuta.

Esta perspectiva le devuelve a los clientes la sensación de que son ellos los que pueden cambiar su situación, al utilizar sus propios recursos para resolver sus problemas y no importa que el diagnóstico no sea esperanzador pues siempre hay algo que hacer. También mediante sus preguntas orientadas al futuro el cliente vuelve a tener la esperanza de que son útiles y que a pesar de la enfermedad aún pueden hacer algo por mejorar sus condiciones familiares, espirituales, laborales, etc y lo más importante la vida vuelve a tener sentido pues el futuro se muestra con más oportunidades aunque tal vez diferentes a las que se tenían antes de su último diagnóstico. Otra ventaja de esta perspectiva es que no patologiza ninguno de los síntomas del paciente devolviéndoles su seguridad y, por lo tanto, no los hace sentir más enfermos. Técnicas como la hipnosis orientada a las soluciones le permiten al cliente tener mejor control sobre algunos tipos de dolor y cuadros de disnea.

Finalmente, la perspectiva Orientada en Soluciones no deja de lado la sensibilidad y el daño emocional que sufren los pacientes paliativos. De hecho el factor emocional es un aspecto que este modelo considera importante para la eficacia de la terapia Ya que al tomar en cuenta las emociones del cliente y considerándolas como un factor primordial para el cambio, hace que el cliente se sienta comprendido y que no esta solo, por lo que podrá seguir luchando por su vida o esperar una muerte

tranquila, sin miedos y permitiéndole volver a reactivar o favorecer las relaciones con su familia nuclear o cuidadores.

CAPITULO 1: EL PSICOLOGO EN EL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA

*Un camino de mil millas empieza
con el primer paso.*

Antiguo proverbio.

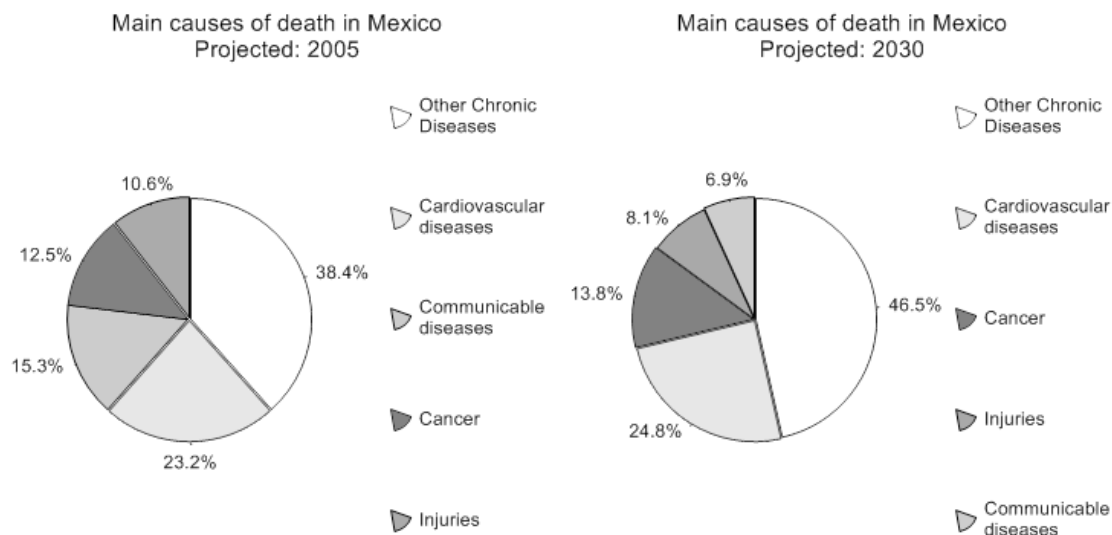
1.1 LA PSICOLOGÍA Y EL CANCER

En los últimos años se ha dado un aumento en los padecimientos crónicos degenerativos como las enfermedades del corazón, otros padecimientos cardiovasculares, la diabetes y por supuesto el cáncer las cuales juntas representan una proporción de alta pérdida de la salud y la vida en el país (Sánchez, 1998). Sin embargo, el cáncer por si solo constituye un problema de salud pública, ya que de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), se trata de la segunda causa de muerte en el país y en el mundo (ver figura 1), convirtiéndose en la enfermedad más temida, tres veces por encima de las enfermedades cardiovasculares, (aunque estas presenten una mortalidad más alta), debido a que la gente las considera como una enfermedad incurable, asociada a muerte, daño y desfiguración (Gómez, 1994; Die Trill y López, 2000). Pero definitivamente estas creencias no son exclusivas de este padecimiento, pues siempre ha existido alguna enfermedad que causa miedo e incertidumbre en la gente, por ejemplo, en la antigüedad la lepra y en la Edad Media la sífilis.

Francisco López (1999, pg.13) define el cáncer como “el conjunto heterogéneo y numeroso de enfermedades malignas, caracterizadas por una proliferación celular anormal, autónoma, progresiva y destructiva que conlleva al deterioro físico y mental de quien lo padece que sin tratamiento conduce a la muerte precoz del individuo”. En la actualidad existen más de 150 tipos de cáncer con características específicas cada uno, pero los más comunes son los: Carcinomas, Linfomas, Sarcomas y Leucemias (Gómez, 1998). El tratamiento va dirigido de acuerdo al tipo y lugar del tumor, esta terapéutica debe estar bien planificada y podrá ser quirúrgica, radioterápica, quimioterápica, hormonoterápica, una mezcla de ellas o simplemente paliativa, cuando se trata de un enfermo terminal sin posibilidades de tratamiento eficaz (Gómez, 1994).

FIGURA 1. PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN MÉXICO DE ACUERDO A LA OMS(2007)

**In 2005 CANCER killed approximately 64,000 people in Mexico
37,000 of those people were under the age of 70**



El tratamiento del cáncer con quimioterapia consiste en la administración, generalmente por vía intravenosa, de fármacos capaces de impedir la proliferación y crecimiento de las células malignas, destruyendo el tumor y consiguiendo así una progresiva reducción de la masa tumoral, su acción es directa sobre las diversas partes vitales de la célula, paralizando la división celular. Desgraciadamente casi nunca se destruye la última célula tumoral, por lo que en la mayoría de los casos a partir de ella y al cabo de un tiempo, el tumor vuelve a crecer. También, tiene dos problemas fundamentales: su falta de selectividad y su toxicidad, sin olvidar que todos los esquemas de quimioterapia provocan un cuadro general de astenia, malestar general y depresión, que precisan de un importante apoyo psicológico (Gómez, 1998).

La radioterapia, es el uso de radiaciones ionizantes con fines de tratamiento. En más del 90% de los casos se usa para tratar tumores malignos. La radiación provoca cambios sobre los tejidos en los que actúa afectando al funcionamiento de las células, de forma temporal (recuperable) o definitiva. Y tiene la gran ventaja de actuar solamente en el lugar que se está tratando y no en zonas alejadas del volumen de tratamiento, preservando así el funcionamiento normal del resto de los órganos. (Gómez, op. cit).

En cuanto a la cirugía, esta puede ser curativa cuando se trata de un tumor localizado o con una diseminación local o regional; preventiva, extirpándose lesiones precancerosas; diagnóstica, se trata de una cirugía local para la obtención de biopsias o para realizar estudios de extensión de algunos tumores; y paliativa, la cual puede ser una cirugía citorreductora para que pueda actuar mejor la quimioterapia o radioterapia o una cirugía de metástasis las cuales sirven únicamente para mejorar la situación del paciente (Gómez, 1998. Lara, 1999).

Por último, con la hormonoterapia se busca modificar la respuesta tumoral en neoplasias con algún tipo de dependencia endocrina. Actualmente se admiten como susceptibles de manejo hormonal, los tumores de mama, próstata, endometrio, riñón, hígado, melanomas, etc (Gómez, 1998).

Hay que recordar que el tratamiento del cáncer es multidisciplinario, lo que quiere decir que en él interviene numerosas especialidades y múltiples técnicas, diagnósticas y terapéuticas y de la adecuada conjunción de todo ello, puede esperarse la curación del 40% de los pacientes neoplásicos.

En cuanto a la incidencia del cáncer varía según el sexo y la edad, en México de acuerdo con el Sistema Nacional de Salud (2001), en orden ascendente sin contar a las leucemias, en los hombres, el más frecuente es el cáncer de pulmón, le sigue el de estomago, colón, recto y ano. En las mujeres la lista está encabezada por cáncer el cérvico-uterino, mama, pulmón, estomago, colón y recto. Y en cuanto a la edad, en ambos sexos, la población de mayor riesgo es de los 25 a los 44 años, después de los 45 a los 64, continúa la de 65 en adelante y por último la población de 15 a 24 años.

Estos datos difieren con los del resto del mundo ya que encontramos que la primera causa de muerte para ambos sexos es el cáncer de pulmón, el cual podría ser altamente prevenible pues depende en gran medida del consumo del tabaco, provocando el 30 % de todos los cánceres y del 75% al 80% de los cánceres de pulmón, y lamentablemente una vez que se presenta no existen tratamientos curativos tan efectivos como en el caso de muchas otras neoplasias (Cruzado y Olivares, 2002). Otra gran diferencia es que en México el cáncer cérvico-uterino tiene la tasa de mortalidad más alta en mujeres, pudiéndose evitar con una visita al ginecólogo una vez al año y estar casi totalmente erradicado como en gran parte del mundo ya que este tarda en promedio 10 años en desarrollarse, por lo que una mujer que muere a los 35 años por este padecimiento, lo empezó a desarrollar aproximadamente a los 25 años de edad (Cerón, 2002).

Por desgracia una vez diagnosticado el cáncer, termina con la vida de 2 de cada tres personas (60% de las mujeres diagnosticadas y 67% de los hombres), lo cual indica que, contrariamente a la creencia popular, no siempre un diagnóstico de cáncer es igual a muerte pues es curable dependiendo de la etapa en la que se diagnostique, por ejemplo, en la etapa preclínica el tumor esta creciendo y si se descubre en ese momento -cuando su tamaño es pequeño- la curación es posible (Gómez, 1994).

A este respecto, la Unión Internacional Contra el Cáncer (UICC) utiliza un sistema clasificatorio indicativo del avance de la enfermedad cancerosa, dividido en *estadios*. Los *estadios I y II* corresponden a diagnósticos localizados, es decir, indican que el cáncer esta confinado a su órgano de origen; *estadio III* a regional, connota que se ha extendido más allá del órgano de origen, pero no a otros lugares; y *estadio IV* distante, que significa que el cáncer se han extendido a través del sistema linfático o de la corriente circulatoria a otras áreas corporales, lo que se denomina *metástasis* (Cruzado y Olivares, 1999).

Sin embargo, la mayoría de los cánceres son evitables, aquí el interés en el estudio y aplicación de la psicología al cáncer pues, de acuerdo con Cruzado y Olivares (1999) se han observado los siguientes factores:

- El comportamiento determina o influye en un gran número de cánceres de forma que el 80% de estos son provocados por factores ambientales, es decir, la aparición del cáncer se debe a determinados hábitos de conducta como fumar o tener una dieta alta en grasa y baja en fibras; y el sedentarismo.
- El poco o nulo apoyo social que tienen algunas personas, es un factor importante para la detección oportuna, ya que ocasiona que busquen ayuda en estadíos avanzados de la enfermedad cuando ya no es posible curarlas (Bayes, 1985).
- La detección precoz de determinados tipos de cáncer, como el de mama, de cervix o el de próstata, determinan la supervivencia de las personas.
- Los avances de la psicofisiología y psiconeuroinmunología han revelado que el estrés y las emociones pueden contribuir a la génesis, pronóstico y supervivencia de los pacientes con cáncer.

- La necesidad de informar correctamente al paciente sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de su enfermedad, hace que sea precisa la contribución de conocimientos y procedimientos especializados para tomar decisiones sobre los contenidos de la información.
- El desarrollo de procedimientos de evaluación de la calidad de vida de los pacientes es necesario para la orientación y toma de decisiones sobre los tratamientos médicos y psicológicos a seguir.
- El impacto emocional asociado al diagnóstico y curso del cáncer hace necesaria la evaluación y el tratamiento adecuado tanto del paciente como de su familia.

1.1.1 Contribución de la Psicología al campo de la Oncología.

La contribución de la Psicología al campo de la Oncología se puede dividir en dos grandes áreas: a) el estudio de factores psicosociales que pueden afectar la etiología o el curso del cáncer y b) la intervención para la mejora de la calidad de vida de los pacientes con cáncer, esta área será analizada ampliamente en el siguiente capítulo.

Los Factores psicosociales que se han considerado como componentes que afectan al cáncer son:

Los hábitos de conducta: La exposición ambiental a carcinógenos, tales como el tabaco, el alcohol, las exposiciones solares, etc son importantes variables que contribuyen al inicio y progresión del cáncer (Bayes, 1985).

Variables de personalidad: Respecto al papel que la personalidad puede jugar en el desarrollo del cáncer, se ha llegado a la reciente formulación de la personalidad *tipo C*. (Ver tabla 1). Se han observado esta personalidad es característica de los pacientes oncológicos, y se distingue por la tendencia a evitar o negar emociones, falta de expresión emocional, en especial emociones negativas, inasertividad, cooperatividad y aceptación de la autoridad externa, otras características de personalidad que se han asociado al cáncer son la presencia de altos niveles de depresión, sentimientos de indefensión y pesimismo (Flores, 1994).

TABLA 1. POSIBLES FACTORES DE PERSONALIDAD Y FACTORES PREDISPONENTES AL CANCER

ESTILO INTERPERSONAL	TEMPERAMENTO	ESTILO EMOCIONAL	ESTILO COGNITIVO	FACTORES SOCIALES
Esfuerzo para parecer bueno y ser bueno.	Depresión, indefensión/ Desesperanza	Tranquilidad	Aceptación estoica.	Soledad
Aceptar la autoridad.	Fatiga	Supresión de emociones negativas	Racional, leal a la realidad	Carencia de apoyo social.
Docilidad y lealtad			Pesimismo	Carencia de intimidad.

La personalidad *tipo C* se opone claramente al patrón de conducta *tipo A* debido a que esta última se caracteriza por un estilo de vida de extrema competitividad, ambición, agresividad, búsqueda del éxito, inquietud, impaciencia, devoción al trabajo y una sensación subjetiva de urgencia del tiempo, apresuramiento del habla y los gestos y tendencia a la hostilidad, esta personalidad ha sido asociada a las enfermedades coronarias.

Y las personas con personalidad *tipo B*, no presentan las características anteriores (Ver Tabla 2), es decir, no tienen tales ambiciones, no compiten, son amigos de todo el mundo, no son los exitosos, pero por otro lado están más protegidos, tienen menos estrés y se infartan menos (Aparicio, A. y Mosqueda, P., 2000).

TABLA 2. PATRONES DE CONDUCTA (Farber, 2005)

TIPO A	TIPO B	TIPO C
Extrema competitividad. Ambición. Agresividad. Búsqueda del éxito. Inquietud. Impaciencia. Devoción al trabajo. Urgencia del tiempo. Habla apresurada Tendencia a hostilidad.	No compiten. Sociables. No buscan éxito. Presentan poco estrés.	Depresivo. Reprime la cólera. Autoinculpación. Pesimista. Dócil. Con poco apoyo social. Tranquilo. Desesperanza.

Apoyo social, este apoyo es un predictor del estado de salud y de la mortalidad, así como de la adaptación ante acontecimientos estresantes, ya que las personas que tienen escasos lazos sociales presentan menor frecuencia de conductas preventivas, buscan ayuda médica con un nivel más avanzado de la enfermedad, presentan menos adherencia al tratamiento y el impacto de la enfermedad sobre ellas es mucho más estresante (Cruzado y Olivares, 1999);

El *estrés*, puede afectar el inicio o curso de la enfermedad mediante: a) los cambios biológicos propios de la respuesta del estrés, especialmente los cánceres influidos por factores hormonales y b) los cambios en las conductas de salud o estilos de vida que pueden predisponer a estas enfermedades (Flores, 1994).

Cabe mencionar que alguien que reúne estas condiciones está en una franja de riesgo, pero es importante entender que esto no significa que necesariamente le va a ocurrir tal evento, sino que está en mayor riesgo que otros a los que no les pasa lo mismo. Esto es útil para trabajar dentro del ámbito de la prevención.

1.2. EVALUACIÓN PSICOLÓGICA DEL PACIENTE ONCOLÓGICO

La evaluación del paciente oncológico ha de comprender las dimensiones psicológicas, sociales, funcionales y sintomatología física que están asociadas a esta enfermedad y su tratamiento.

De acuerdo con Cruzado y Olivares (1994), la evaluación del paciente con cáncer tiene dos importantes funciones:

- Identificar aquellos pacientes que requieren intervención psicológica, así como cuales son las áreas y necesidades específicas de rehabilitación que han de ser objetivo de la intervención.
- Valorar los efectos de los tratamientos aplicados en oncología, ya que a la hora de aplicar un protocolo de quimioterapia, una terapia hormonal, etc., es preciso conocer, no solo los efectos en la supervivencia, sino también en la calidad de vida, dado lo agresivos que pueden llegar a ser estos procedimientos.

La evaluación psicológica es específica de la fase o momento de intervención médica en que se encuentra el paciente, por ejemplo, los niveles de ansiedad que presenta el paciente son más altos antes de algún resultado clínico o de una cirugía, los niveles de depresión también suelen ser más altos después de una cirugía mutilante, o de un diagnóstico inesperado, etc; del tipo de cáncer, por ejemplo, un melanoma o un cáncer de cabeza y cuello suelen ser muy agresivos al igual que su tratamiento, por lo tanto, el proceso de adaptación es más difícil en comparación con un cáncer de mama que tiene grandes posibilidades de ser curable; estadio y contexto, la etapa de la enfermedad en la que se diagnostica un cáncer incipiente ofrece mayor probabilidad de éxito en el tratamiento, así como una cantidad reducida de síntomas y un mejor pronóstico, por lo que la persona se adaptará con mayor facilidad al padecimiento. Pero, a medida que el trastorno se encuentra en etapas más avanzadas, aumenta la desesperación, la desesperanza, la frustración y la rabia ante la poca efectividad ante los tratamientos, por lo tanto, en muchas ocasiones tenderá a comportarse con falta de optimismo y menor adaptación.

Además de ésta evaluación se hace una entrevista que proporciona la información necesaria para poder realizar un diagnóstico y planificar pautas de acción. Una parte importante de la entrevista la constituye el examen del estado mental del enfermo, esto es, una valoración objetiva del funcionamiento afectivo e intelectual del paciente en el momento presente. Dicha entrevista se complementa con los datos obtenidos de fuentes de información adicionales: la familia del enfermo, su historial médico y el personal sanitario.

Tanto la entrevista y evaluación psicológica se deben adaptar a las necesidades y limitaciones del paciente oncológico, excluyendo el uso de pruebas psicológicas de administración compleja o duración prolongada, empleando otras que sean breves, de fácil administración y que produzcan resultados fiables (Die Trill y López, 2000). En la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos del INCan, la única prueba utilizada es el Mini-Mental (Anexo 1) que consiste en una valoración estructurada del estado mental del paciente que facilita la detección de un daño orgánico cerebral evaluando el deterioro o las alteraciones intelectuales existentes.

Generalmente, los individuos reaccionan ante la enfermedad de manera similar a como lo han hecho en crisis previas a lo largo de su vida. Hay que explorar las formas de reorganización a las que las familias han recurrido a raíz de la enfermedad: quien convive más con quien, etc.; el nivel de

sobreprotección de los padres o de la pareja hacia el paciente; sus formas de comunicación; las alianzas rígidas o coaliciones en particular la alianza entre el cuidador primario y el enfermo; el tipo y el grado de jerarquía que guardan los padres con respecto a los hijos; y finalmente, los cambios que la familia ha tenido que hacer en sus actividades laborales, sociales, recreativas, etc.

Esto es importante, debido a que la salud física del individuo está inmersa en un sistema más amplio que es la familia, y ésta a su vez en una sociedad que para su desarrollo y óptimo funcionamiento requiere de una constante educación. Estos sistemas interactúan en un continuo inevitable e imposible de aislar, así que la única posibilidad para lograr una rehabilitación, física, emocional, familiar y social es la toma de conciencia de estos fenómenos y, por tanto, de su oportuna atención (Velasco y Sinibaldi, 2001).

Durante el tiempo que se prestó el servicio social en la Clínica del Dolor, los pacientes canalizados a esta área, generalmente se encontraban en etapa crónica y terminal, por lo tanto, el psicólogo no tenía contacto con pacientes en etapa de diagnóstico y con ellos se pierde este tratamiento multidisciplinar que busca el INCan desde un inicio, de esta forma el psicólogo interviene como emergente “saca problemas” debido a que sus funciones y tareas no han sido claramente definidas y entendidas por el sistema hospitalario perdiéndose la opción de que el psicólogo pueda ayudar al paciente a enfrentar su enfermedad de manera más funcional o menos patológica. Pero esto no solo es culpa del Instituto pues la población aún no está educada para poder demandar un servicio de psicología que le pueda orientar o apoyar en situaciones que le son difíciles de manejar.

1.3 INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA DEL PACIENTE ONCOLÓGICO

La intervención psicológica es específica de la fase o momento de la intervención médica en que se encuentra el paciente y del estadio del cáncer, ya que es muy diferente el caso de un paciente que está en el proceso de diagnóstico, esperando hacerse una biopsia, de aquel que ha sido sometido a cirugía, del que va a emprender quimioterapia o de quien se encuentra en fase terminal.

La intervención psicológica se dirige, básicamente, a potenciar los recursos o factores de protección y a disminuir o eliminar los factores de riesgo. En el

proceso de intervención psicológica es importante destacar el eminente carácter subjetivo del bienestar y la percepción que hace cada paciente de las amenazas a las que se haya expuesto. Por ello, se debe hacer un análisis funcional en cada individuo, prestando especial atención a la significación subjetiva del síntoma que el paciente realiza.

Se debe utilizar un modelo que sea útil en una situación donde los cambios son continuos y hay una alta adversidad acumulada, debiendo orientar la atención del profesional hacia los recursos del paciente y su potenciación, evitando modelos de déficits patologizantes en circunstancias donde el paciente puede pasar un breve lapso de tiempo por todo tipo de sintomatologías ansiosas, depresivas, etc (Cancio, 2000).

Por lo tanto, tomando en cuenta el modelo de Rolland (citado en Velasco y Sinibaldi, 2001) que divide la historia natural de la enfermedad en tres fases permitiendo considerarla desde un punto de vista longitudinal, es decir, como un proceso. De manera que durante su curso se pueden llegar a plantear puntos críticos y transiciones que requieren posibles cambios en la organización de la familia. Estas necesidades de reajuste surgen debido a que cada nueva etapa de la enfermedad plantea demandas diferentes en cada uno de los miembros del sistema, dichas fase son la crisis inicial, la fase crónica y la fase terminal.

La fase de crisis inicial comprende cualquier periodo sintomático anterior al diagnóstico, así como el periodo inicial de ajuste y adaptación luego de que se confirma la enfermedad y se inicia el tratamiento. En esta etapa el enfermo y su familia se enfrentan con las siguientes necesidades: a) aprender a manejar el dolor, incapacidad o cualquier otro síntoma relacionado con la enfermedad; b) aprender a manejarse dentro del ambiente medico-hospitalario y enfrentarse a los procedimientos necesarios para tratarla, como son la radioterapia y la quimioterapia; c) crear un significado para la enfermedad que incremente el sentido de competencia, así como su mejor comprensión, al mismo tiempo que permita el duelo por la pérdida de la identidad, pues esta se modifica a partir del diagnóstico.

La intervención del psicólogo tienen el objetivo de activar los recursos emocionales, materiales, y de información de la familia que le permitan afrontar la situación de crisis. Los objetivos inmediatos suelen ser información, relación con el sistema médico-hospitalario, apoyo emocional y material. Generalmente cuando se cumplen estos objetivos la familia y/o cuidador primario alivia su respuesta emocional extremada (ansiedad y pánico, fundamentalmente).

En esta fase es indispensable la adaptación del individuo a la enfermedad para alcanzar una mejor cooperación con el tratamiento y para lograr un menor grado de sufrimiento psíquico pero esta se ve afectada por varios factores como lo son: la edad del paciente, pues entre más joven más difícil es la adaptación; el sexo, los varones reaccionan con pautas más negativas que las mujeres; el estado civil, los casados se adaptan mejor que los solteros; la situación económica, a mayor recursos materiales, mayor adaptación al diagnóstico; y la estructura de la personalidad del paciente (Velasco y Sinibaldi, 2001).

El psicólogo puede ayudar a la familia a entender que es el cáncer es multifactorial, así como prepararlos para cambios importantes en su estilo de vida- pues como se había comentado, deberán interrumpir sus rutinas habituales a causa de las visitas al hospital y después del alta deberán encargarse del cuidado en casa del enfermo, además de que tendrán que asumir algunas tareas que normalmente realizaba el paciente (Antón y Mosquera, citados en Flores, 1999).

Fase crónica. Luego del diagnóstico de cáncer aun cuando el paciente no lo haya asimilado por completo, este debe prepararse para iniciar un tratamiento el cual resulta ser una experiencia traumática, presentando sentimientos que muchas veces se niegan a nivel conciente como, rabia, resentimiento y angustia. Todas estas reacciones son consideradas como normales ante un evento traumático y no son patológicas a menos que se prolonguen durante mucho tiempo. Ahora independientemente de la duración de esta fase, tanto el paciente como su familia deben aprender a vivir al día con la enfermedad. La habilidad de la familia para llevar a cabo una vida normal ante lo “anormal” hace que esta se sienta como en el limbo. De manera paradójica, la esperanza de la familia es que podrá volver a la normalidad después de la curación de su paciente, o bien, de su muerte. Otro obstáculo que la familia debe superar en esta fase es la tendencia a fomentar una mutua dependencia y sobreprotección, esto lo lograrán con el esfuerzo constante por incrementar la autonomía de los miembros.

La intervención psicológica en esta fase debe ir dirigida a la negociación de una nueva estructura familiar, la compatibilidad de la enfermedad con el proyecto vital de cada uno y el mantenimiento del contacto social. Es decir, se debe movilizar el entorno social más inmediato de la familia para proporcionarles descanso y apoyo, ya sea con la red social más cercana, grupos de voluntarios y de autoayuda. Y en caso de que sea necesario

ayudarles a diseñar las preguntas, animarles y moldearles como abordar al médico. Es que es importante cuidar a la familia cuando se sienta desorientada, con múltiples necesidades y reacciones emocionales intensas, ya que esto puede entorpecer y dificultar las reacciones con el paciente y su calidad de vida (Gómez, 1994).

Por último, en la *fase terminal* la familia entra en un proceso que le hace sentir dos tipos diferentes de emociones al anticipar la muerte de un ser amado. La primera consiste en la tristeza de la separación o distanciamiento; no necesariamente físico, alejándose y despidiéndose emocionalmente del enfermo, manifestando su amor a través de una preocupación social, es decir, de manera instrumental, ocupándose sobre todo del bienestar físico del enfermo más que por el involucramiento afectivo. La segunda es la tristeza por que la familia que hasta entonces habían conformado, ya no existirá más. Crisis por que la persona que esta muriendo desaparecerá de modo permanente y no podrán volver a tener contacto real con ella.

Cabe mencionar que conforme se acerca la muerte, incluso los familiares más seguros de sí mismos recibirán de buen agrado cualquier ayuda externa. La capacidad que tenga el grupo de apoyo para anticiparse a sus preguntas y preocupaciones le permitirá apoyarlos en un momento en que están asustados y confusos. Es bien sabido que las familias con un mayor apoyo emocional logran una mejor recuperación de los sentimientos negativos, tales como culpa, ansiedad, angustia, negación y aislamiento que surgen ante un diagnóstico de cáncer, en cambio, las familias aisladas socialmente o con estructuras poco flexibles, tal vez tengan más dificultades para consolidar o intentar llevar a cabo una adaptación. De igual forma, los niveles de estrés que sufren tanto el sujeto que padece el tumor como su cuidador primario y su familia, se atenúan siempre y cuando se cuente con una amplia red social que les brinde apoyo (Velasco y Sinbaldi, 2001).

Las intervenciones terapéuticas deben aumentar las habilidades de los miembros de la familia para elegir, cambiar la ambivalencia y negociar con otros, así como para conseguir un grado mayor de satisfacción y una mejor calidad de vida, es decir, un incremento en la autonomía individual, así como la sensación de aún que ante la enfermedades pueden seguir las propias decisiones, facilitará la aceptación de una pérdida, además propiciar la expresión de sentimientos y emociones has entonces contenidas, especialmente ira, frustración, coraje, tristeza, desesperanza, culpa o dolor (Velasco y Sinbaldi, 2001).

Los objetivos del psicólogo son el mantenimiento de la calidad de vida y asegurar al paciente una muerte digna, con la ayuda de la recapitulación de la vida, el contacto físico y emocional con el enfermo, apoyo emocional y material para la familia y cuidador primario, y duelo (anticipado y real).

El duelo anticipado, como su nombre lo indica, es la preparación que hace la familia ante el fallecimiento del enfermo, puede aumentar de intensidad a medida que se hace más inminente la pérdida esperada. En algunos casos, puede agotarse el duelo anticipado, haciendo que el individuo muestre menos manifestaciones de duelo agudo cuando tiene lugar la pérdida real. La recapitulación de la vida forma parte de ese duelo anticipado, pero hay tareas más obvias: desde avisar a los familiares hasta preparar a los hijos y tomar decisiones testamentarias. Hacer estos preparativos amortigua el impacto de la muerte no hacerlo implica que los tomen de improviso y que no tengan la oportunidad de despedirse, de devolver lo bueno recibido, de finalizar problemas pendientes, todo cuanto puede conducir a la patología del duelo. Es función del psicólogo recordar a los familiares la necesidad de hacer los preparativos mencionados y eventualmente ayudarles a diseñarlos (Die Trill, 2000 y González, 1994).

El duelo no termina con el fallecimiento del enfermo sino que se prolonga hasta que los allegados se incorporan de nuevo a sus actividades sociales (Kübler- Ross, 1975). A este respecto algunos autores han distinguido fases en la secuencia del duelo, que serían las siguientes: fase inicial de entumecimiento o protesta que puede interrumpirse por brotes de malestar, miedo o cólera; fase de anhelo y búsqueda de la figura pérdida que pueden durar varios meses o incluso años. Se caracteriza por preocupaciones relacionadas con la persona pérdida, inquietud física y un estado perceptivo que lleva al sujeto a interpretar a estas experiencias personales como reflejos de la presencia del muerto, el llanto y la cólera son expresiones habituales de esta búsqueda; fase de desorganización y desesperación, la inquietud y la falta de metas pueden caracterizar los esfuerzos efectivos e inefectivos para iniciar y perpetuar pautas de conducta productivas, interpersonales o no; y la fase de reorganización durante la cual el duelo se convierte en recuerdos afectuosos (Neimeyer, 2002). La intervención psicológica oportuna durante este período ayudará a evitar un duelo crónico (reacción luctuosa que se arrastra por años evitando la reinserción del sujeto a su vida normal) o un duelo patológico, es este la persona se ve superada por la gravedad de la pérdida y los equilibrios físicos y psíquicos se rompen (Gómez, 1994).

Podemos concluir que la intervención psicológica del paciente con cáncer tiene como objetivo mejorar su calidad de vida y adaptación a la enfermedad. Diversos autores como Dura (cit en Cruzado y Olivares), Die-Trill (2000) y Cruzado y Olivares (2002) recomiendan cinco puntos para poder lograr este objetivo:

- 1) Información adecuada al paciente: Informar adecuadamente a los pacientes y familiares es un aspecto fundamental para la adherencia y confianza en el tratamiento médico y a la adaptación al paciente. Hay que determinar los aspectos idóneos en cuanto a contenidos, tipo de información, estilo, vías de administrar la información al paciente y familiares, así como el momento y la secuenciación más oportuna.
- 2) Preparación para la hospitalización y tratamientos: Preparar al paciente para reducir la ansiedad y el impacto estresante que conllevan la hospitalización y los tratamientos subsiguientes: En este caso el objetivo es controlar las reacciones emocionales y repertorios de afrontamiento ante la hospitalización y la cirugía.
- 3) Prevenir respuestas emocionales desadaptativas y trastornos psicopatológicos: Se busca reducir la ansiedad, depresión y reacciones emocionales desadaptativas, promover un sentido de control personal y participación activa, dotar al sujeto de estrategias para hacer frente a su estrés y facilitar la comunicación del paciente con su pareja y su familia.
- 4) Tener en cuenta los tratamientos médicos del cáncer: Controlar las reacciones condicionadas y otros efectos asociados a la quimioterapia o radioterapia; afrontamiento del trasplante de médula ósea; apoyar en el control del dolor agudo o crónico; anorexia; problemas sexuales; adaptación a amputaciones.
- 5) Intervención en la fase terminal: La intervención en cuidados paliativos tiene como objetivo el mantenimiento de la calidad de vida y asegurar al paciente una muerte digna, así como asistir a la familia y prevenir reacciones desadaptativas a largo plazo mediante la asistencia psicológica en el duelo.

Es importante resaltar que aunque la comunicación efectiva con el paciente durante el transcurso de la enfermedad es necesaria, en la última fase se vuelve primordial para lograr el objetivo de los cuidados paliativos “el incremento del bienestar y atenuación del sufrimiento del paciente.

1.4 EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO

El INCan hace hincapié en la atención interdisciplinaria al paciente oncológico pero la realidad es que cada uno de los miembros ejerce su acción dentro de su área de competencia, muchas veces sin grandes interacciones con los otros miembros del equipo. Sin embargo, es en la visita domiciliaria donde podemos ver en realidad este trabajo interdisciplinar, aquí todos los miembros son considerados miembros esenciales del equipo. Se permite la discusión de las situaciones y por lo tanto la distribución de la información y la transmisión de conocimientos en la que todos se benefician y lo que facilita el desarrollo individual y del equipo.

Este espacio también permite al profesional encontrar soporte para sus dificultades, especialmente cuando es necesario tomar decisiones, cuando hay que transmitir malas noticias, cuando se necesita que alguien escuche y comprenda sus dificultades. Y también en equipo se pueden encontrar soluciones para resolver mejor los problemas del enfermo, la familia y de los propios profesionales. La constitución de los equipos depende de los recursos locales disponibles, en términos humanos y financieros, en el caso del INCan su equipo para Visita Domiciliaria estaba conformada por:

El medico.

Los problemas de los enfermos son múltiples y de naturaleza variada y mientras sus síntomas no sean controlados, difícilmente los otros aspectos podrán ser abordados con eficacia. Esta es la responsabilidad de los médicos, que tiene así un papel central en el equipo. Su trabajo se enfoca en intentar curar al paciente pero también deben aprender cuando hay que dejar de curar para solo cuidar. Como se ha mencionado anteriormente los servicios de Cuidados paliativos son recientes en el país, por lo tanto, muchos médicos no hacen uso de ellos y en el INCan es común encontrar a médicos que intentan curar al paciente hasta el final aún cuando ya no es posible, usando tratamientos inútiles y costosos solo por que un rigor profesional y tal vez la

falta de información les impide “rendirse” obligando a mantener un pulso absurdo por horas o días, lo que conduce a situaciones dolorosas para los pacientes y sus familias llegando a lo que se conoce como encarnizamiento terapéutico. Esto se constata con las estadísticas de la visita domiciliaria pues alrededor del 50 % de los pacientes mueren y de estos solo el 4% son canalizados al servicio. Ahora si se tiene en cuenta que entre médicos la comunicación es difícil ahora esta se dificulta aún más con el psicólogo.

Enfermeras.

Las enfermeras son los miembros profesionales que pasan más tiempo con los enfermos y sus familias, tratan las heridas, úlceras, prestan cuidados de la boca, ayudan en la movilización, procuran la higiene, etc. La Clínica del Dolor cuenta con 4 enfermeras, una de ellas asignada a cuidados paliativos, se trata de enfermeras con mucha experiencia, son las que logran el enlace entre el médico y el psicólogo en la consulta externa y apoyan en la búsqueda de expedientes.

Trabajadora social

El papel de la trabajadora social es dar una respuesta a los problemas sociales que afectan a los enfermos y a la familia, ayudando a que los efectos económicos de la enfermedad sean menores. Es la unión entre las necesidades del individuo y las instituciones existentes. Hace de hilo conductor para el enfermo y su familia acercándoles hasta su domicilio, si el caso así lo requiere, los recursos necesarios. (Gómez, 1994) La Clínica del Dolor tiene a una trabajadora social que comparte su consultorio con el psicólogo por lo que el espacio es muy reducido y en ocasiones se pierde un la privacidad en las consultas ya que la trabajadora social esta presente.

Voluntariado

En cuanto al voluntariado, el Instituto cuenta con varios grupos que le apoyan como “Las damas voluntarias”, el grupo “RETO” que se enfoca a pacientes con cáncer de mama; y la Clínica de Dolor y Cuidados paliativos, tienen al grupo “La luz de la esperanza” que no lleva mucho tiempo pero se han vuelto un recurso humano fundamental, pues debido a las características de estos pacientes no se logra conseguir ayuda rápidamente, realizan acompañamiento a los enfermos y familiares, además de conseguir recursos económicos o materiales para subsidiar medicamentos a los enfermos principalmente

morfina que por su costo muchos pacientes prefieren tolerar el dolor o tomar una cantidad menor a la recetada ayudan a conseguir albergues para los familiares de los pacientes que vienen de otros estados.

Tanatólogas

El Instituto cuenta con el apoyo de tres tanatólogas una en Psico-oncología y dos en la Clínica Dolor ellas tienen la libertad de visitar a los pacientes de todo el hospital aunque no pertenezcan a su servicio y aunque su trabajo es muy específico, cuando se trata de pacientes paliativos o terminales cuesta trabajo saber en donde termina el trabajo del psicólogo y donde comienza el del tanatólogo. El tanatólogo se encarga de ayudarle a al paciente a encontrar un sentido al proceso de la muerte y al sufrimiento, también realiza acompañamiento aliviando las necesidades espirituales, no necesariamente religiosas y procura que el paciente que esta sufriendo una pérdida se le trate con respeto, cariño, compasión y que conserve su dignidad hasta el último momento.

La familia.

La familia también es considerada, en el caso de los Cuidados Paliativos, como un elemento importante del equipo, siendo incluso indispensable en alguna ocasiones. Ya que es ella la que generalmente se encarga de la mayoría de los cuidados del enfermo.

En muchas ocasiones el equipo se ve en la necesidad de modificar algunas actitudes en las familias pues consideran como perturbadora las acciones de los profesionales y se vuelve en fuente de conflicto. Sin embargo, no se debe olvidar que el enfermo tiene sus prioridades y los intereses de la familia pueden no coincidir con los del enfermo; la familia incluso puede no actuar en defensa del mejor interés del enfermo (Saraiva y Fernández, 2000).

Contar con un trabajo interdisciplinario es indispensable para prestar cuidados paliativos eficaces. El quipo debe trabajar donde lo natural sea la discusión de situaciones y compartir los conocimientos. Los conflictos que lleguen a presentarse, ya que, cuando trabajan tantas personas juntas y compartiendo mucho tiempo, son inevitables, deben ser controlados para que no cause daño a los implicados, al equipo en general y principalmente a los enfermos. Esta etapa paliativa del paciente con cáncer se abordara de manera más especifica en el siguiente capitulo.

CAPITULO 2: AL FINAL DE LA VIDA

Lo importante no es lo que la vida nos hace, sino lo que cada quien hace con aquello que la vida le hace.

Edgar Jackson

2.1 LOS CUIDADOS PALIATIVOS.

En Inglaterra en la década de los 60', surge un movimiento destinado a mejorar el cuidado y el apoyo a los enfermos en fase terminal y ayudarles a morir, Cicely Saunders, médico, enfermera y asistente social, crea el St Christopher Hospice de Londres, centro donde los pacientes y sus familiares podrían adaptarse mejor a la situación terminal. Saunders orienta su trabajo profesional a la búsqueda de soluciones específicas para las necesidades reales de los pacientes con enfermedades en fase terminal, revolucionando los conceptos del tratamiento y reclamando para los enfermos y sus familias una atención integral. También observó que los síntomas que aparecen en los enfermos tienen componentes físicos, emocionales, sociales y espirituales que deben identificarse denominando a esta interrelación DOLOR TOTAL. Estableció tres vías para mejorar la calidad de vida del paciente en el final de la vida, recuperando desde una perspectiva humanística, el acercamiento a una muerte tranquila, sin estorbos terapéuticos innecesarios, y donde la familia vuelve a recuperar su papel principal cerca del paciente, las vías son: tratamientos de síntomas, apoyo psicológico y comunicación continua con el enfermo y la familia, considerando al paciente y no a la enfermedad como el verdadero centro de atención. Así, es la doctora Cicely Saunders quien impulsa lo que hoy denominamos Cuidados Paliativos (Die Trill, 2000. Monge y Melero 1995).

Los cuidados paliativos se definen como el cuidado total, activo y continuado del paciente y su familia por un equipo multiprofesional, cuando la expectativa médica ya no es la curación. Su objetivo principal no es prolongar la supervivencia, sino conseguir la más alta calidad de vida presente para el paciente y su familia. Deben cubrir las necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales. Si es necesario, el apoyo debe extenderse al proceso de duelo. Los esfuerzos terapéuticos deben

orientarse no ya a curar, sino a cuidar, no a tratar la enfermedad, sino atender al enfermo; no atajar las causas, sino aliviar los síntomas. Se trata de prestar apoyo al enfermo y a sus familiares (González, 1995).

Este tipo de cuidados ni detienen ni aceleran el proceso de morir. No prolongan la vida y tampoco aceleran la muerte. Solamente aportan los conocimientos especializados de cuidados médicos, psicológicos, y el soporte espiritual y emocional durante la fase terminal en un entorno que incluye el hogar, al familia y los amigos. Los cuidados paliativos, aunque aún son considerados de poca trascendencia, van ocupando poco a poco un sitio de relevancia en la practica asistencial diaria, siendo una de las facetas profesionales de mayor importancia para el bienestar de los enfermos.

Las características del sistema de cuidados paliativos, que le diferencian del sistema tradicional de atención al enfermo en situación terminal son las siguientes:

- ∞ Unidad de cuidados: En este tipo de asistencia la unidad de cuidados debe estar constituida por el paciente y su familia. Es esencial incluir a toda la familia, para conseguir que la atención del paciente sea la mejor posible. Uno de los problemas clave es identificar al cuidador primario y proporcionarle soporte emocional.
- ∞ Equipo multidisciplinar. El equipo necesario para atender a un paciente terminal debe incluir médicos, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales y personal voluntario. El equipo debe proporcionar el apoyo necesario para vencer el estrés psicosocial y aminorar las preocupaciones que afectan a la familia y a la mayoría de los pacientes.
- ∞ Tratamiento de intención paliativa. Los tratamientos médicos y psicológicos se dirigen únicamente a paliar los síntomas que presenta el paciente
- ∞ Seguridad de asistencia. Dada la gran variedad de problemas físicos y psíquicos que afectan a los apacientes, que se pueden presentar a cualquier hora del día o de la noche, es necesario que exista la posibilidad de asistencia las 24 horas al día. Esto no quiere decir que un mismo equipo deba ser responsable de esta atención continuada. A

veces más que asistencia inmediata el paciente lo que necesita es seguridad.

Las bases recomendadas por la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (Die-Trill, y López, 2000) son:

- ∞ Atención integral, individualizada y continua.
- ∞ El enfermo y su familia constituyen una unidad objeto de su atención.
- ∞ La promoción de la autonomía y la dignidad del enfermo.
- ∞ Concepción terapéutica activa y positiva que elimine el sentimiento de impotencia, fracaso y frustración.
- ∞ Importancia del clima relacional que permita expresar las preocupaciones, miedos y sentimientos que los pacientes y sus familias dentro de un ambiente de respeto e intimidad.

Los cuidados paliativos son aplicados siguiendo los siguientes principios:

- ∞ Control de síntomas. Generalmente se trata de síntomas múltiples, multifactoriales y cambiantes, los cuales, tienen componentes físicos, emocionales sociales y espirituales .
- ∞ Apoyo emocional continuo al paciente, familia y al propio equipo terapéutico, permitiendo al enfermo conocer la situación real de su enfermedad, siempre y cuando así lo desee.
- ∞ Organización flexible de acuerdo a las necesidades de los pacientes y sus familias.
- ∞ Equipo interdisciplinar para que sus diferentes miembros y aportaciones sirvan para satisfacer de manera más adecuada las demandas de los enfermos.

Los pacientes necesitan, sobre todo al final de la vida, la esperanza de que no todo está perdido, de que pueden morir sin dolor, acompañados, comprendidos. Es fundamental permanecer al lado del enfermo hasta su muerte, sin abandonarle, creando el clima relacional adecuado para que puedan expresar, tanto ellos como su familia, sus miedos, dudas, preocupaciones y sentimientos.

2.2 EL PACIENTE TERMINAL: FASE PALIATIVA

El estadio terminal es el periodo de tiempo en el que, no habiendo posibilidad de remisión, el único destino previsible de la enfermedad es la muerte del paciente. Centeno (1999, pg.181) lo define como: “aquella persona que padece una enfermedad progresiva e irreversible provocando una expectativa de muerte próxima y en la que se han agotado las opciones terapéuticas curativas”.

Siguiendo las recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos los elementos fundamentales que definirán la enfermedad terminal son los siguientes:

- Presencia una enfermedad avanzada, progresiva e incurable.
- Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico.
- Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.
- Gran impacto emocional en el paciente, la familia y el equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explícita, o no de la muerte.
- Pronóstico de vida no superior a los seis meses.

En el caso del cáncer, para establecer el estadio terminal es necesario que el enfermo haya recibido el tratamiento estándar eficaz. Puede ser que los tratamientos antitumorales, en algún momento de la enfermedad, pierdan su intención radical ya no siendo posible la curación. Entonces se pueden emplear tratamientos oncológicos específicos pero sólo con intención paliativa. Es decir, lo que se pretende desde ese momento es tratar los síntomas o atacar el tumor para conseguir más tiempo de vida. Esta es la fase paliativa de la enfermedad. En algún momento de esta evolución la enfermedad progresa, la muerte se acerca y los tratamientos pierden eficacia. Cabe solo tratar los síntomas, perseguir el bienestar del enfermo y cuidarle. Ya no tiene sentido buscar más días de vida a cualquier precio, ni utilizar tratamientos agresivos. Esta es la fase terminal del cáncer (Gómez, 1995).

Hay autores que estiman la duración de la fase terminal en los últimos tres meses de vida. O quienes distinguen un periodo paliativo y una fase terminal que sería aproximadamente el último mes de vida. Centeno (1999) distingue dentro de la etapa terminal dos fases, la paliativa y la de agonía y es la primera, la que nos atañe en este trabajo (Ver tabla 2.1).

TABLA 2.1. FASES Y OBJETIVOS EN LA EVOLUCIÓN DE UN ENFERMO CON CANCER (CENTENO,1999)



Otros autores como González y Jalón (1995) también distinguen tres etapas después del diagnóstico. En la *primera fase*: la terapia va orientada a obtener la curación de la enfermedad o la prolongación de la supervivencia mediante la reducción de la masa tumoral. Es la fase protagonizada por los tratamientos específicos de quimioterapia, hormonoterapia y demás tratamientos médicos combinados con la cirugías y las diversas radioterapias, etc.

Cuando esto no es posible, la evolución clínica alcanza la *segunda fase* que es en la que agotados estos tratamientos de intención curativa o prolongación de la supervivencia, el paciente mantiene una esperanza de vida de, al menos, seis meses. Durante este periodo, el enfermo puede que parezca casi asintomático. Es una situación clínica relativamente estable, con leves molestias o síntomas menores. Aunque en esta etapa podemos encontrar pacientes en un periodo intermedio, con síntomas invalidantes y con mala calidad de vida, aún cuando se pueda prever y predecir que tiene una esperanza de vida superior a los dos meses. El paciente se encuentra en una situación progresivamente mala. Aquí la terapéutica específica antineoplásica puede aplicarse solo como paliación y es a lo que se le llamará enfermo preterminal o en etapa paliativa, que progresivamente va entrar en la siguiente etapa, aún cuando no pose las características de un enfermo terminal por cuanto que tiene unas

perspectivas de vida superior y su situación, aunque mala, no es tan insuficiente.

Por último la *tercera fase o terminal* es aquella en que el paciente tiene una esperanza de vida corta no superior a los dos meses, con insuficiencia de órganos o sistemas y complicaciones irreversibles y finales.

También Ramón Bayes (1990) distingue la etapa paliativa de la terminal al diferenciar una fase terminal biológica y una fase terminal terapéutica. La primera se refiere al momento en que las constantes vitales de la persona (pulso, presión arterial, temperatura, respiración y conciencia) están por debajo de los límites normales y son irrecuperables por las vías terapéuticas disponibles, y la segunda, al momento en que la enfermedad ha progresado hasta tal punto que los tratamientos o se han agotado o son ineficaces. Algunos autores hablan de que la separación entre la fase paliativa y la situación terminal no es una frontera vertical y brusca sino más bien una transición paulatina o “diagonal”.

2.3 ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LA FASE PALIATIVA

El contenido emocional que subyace la situación terminal¹ es único y supera al de cualquier otra situación previa ocurrida a lo largo del ciclo vital de un apersona. Y la familia o entrono afectivo cercano al enfermo se ve afectada todos niveles, y como resultado se originan una serie de necesidades personales y relacionales específicas. Estamos hablando de enfermos cuya situación, comprensión y necesidades cambian constantemente, puede ser de un día para otro, dependiendo el tratamiento que han recibido o van a recibir, por alguna noticia del médico o de su familia, etc.

De acuerdo con Arranz Carrillo (1995) las necesidades psicológicas más frecuentes que suele experimentar el paciente terminal, con relativa independencia de su marco cultural, se encuentran las siguientes:

- a) Conseguir una relación de confianza con el equipo que le cuida, a través de la cual puedan vehicular sus necesidades de seguridad, comprensión y consideración y se puedan calmar sus temores de abandono, de sentirse una carga y de incapacidad para mantener la propia identidad.

¹ El uso de la palabra “terminal” en este trabajo se refiere, únicamente, a la fase paliativa de la etapa.

- b) Establecer una relación abierta, honesta y frecuente con sus cuidadores, que le permita sentirse escuchado, comprendido y ayudado. Necesita mantener un sentido de pertenencia y un escenario donde pueda expresar libremente sus emociones y plantear sus dudas y preocupaciones.
- c) Tener garantías de que se lleva a cabo el máximo esfuerzo posible por parte de sus cuidadores para paliar tanto sus síntomas físicos como los psicológicos.
- d) Percibir que se le involucra en la toma de decisiones, especialmente en aquellas que se refieren a su dependencia física.
- e) Disponer de tiempo para elaborar la síntesis de su vida.

A este respecto, Bayes, (1985, pg.150) señala los siguientes objetivos para el soporte psicológico del paciente: reducir su soledad y aislamiento, aumentar su control sobre el entorno y su autonomía, reducir la apreciación de amenaza, ambigüedad e incertidumbre, reducir la atención, aumentar su autoestima y reducir sentimientos negativos como ansiedad, miedo, depresión. Asimismo el psicólogo debe dar apoyo al personal sanitario cuando lo requieran y la intervención psicológica directa al paciente y a la familia particularmente en la prevención y tratamiento del duelo patológico.

Podemos decir que la persona que siente, que sabe que va a morir le espera una larga lista de sentimientos, le supone una gran cantidad de pérdidas, estos conflictos deben ser atendidos, esa persona debe ser escuchada, entendida, sobrecogida ante lo que espera y lo que espera es la muerte, es la pérdida completa de todo lo que ama, todo lo que le rodea, es la certeza de no ver el amanecer, a las personas que le acompañan. Y quizá una de las pérdidas más importantes es la del ser, la pérdida de la independencia, del control de la situación, la sujeción de aparatos, la disponibilidad del ser a otra persona, le espera el separarse de la sociedad, de ganar sus cosas, de hacer lo que habitualmente hacia por si mismo. Se deteriora la imagen personal, la calidad de su vida como persona, le atacan los recuerdos y le hacen dolorosos el momento, ruega un poco de tiempo y ruega la terminación, pide una muerte digna, se apoya en los que están, se dedica unos minutos así mismo y unas horas a los pendientes, sabe que morirá, es entonces cuando quien esta a su lado tiene que empezar y aprender a vivir sin él.

2.4 LA EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA DE LA FAMILIA DEL PACIENTE TERMINAL.

2.4.1. La evaluación de la familia.

El cáncer provoca diversos cambios en esta estructura familiar debido a que se trata de una enfermedad que amenaza la vida del paciente, este y su familia se enfrentan, quizá por primera vez a la ineludible realidad de que son mortales. Cuando el paciente se da cuenta que puede morir y la familia se enfrenta a la posibilidad de perder a uno de sus miembros, ambos sufren un desequilibrio. Todos entran en crisis, aunque cada uno a su manera. Parte de esta crisis surge ante el hecho de que “la familia que era, ya no lo será más”, y esta situación producirá cambios aunque no lo deseen. Habrá cambios en la jerarquía, en las fronteras, en los roles, en el estilo de relación y posiblemente queden espacios vacíos en las funciones familiares. De manera que habrá reestructuraciones dentro de la dinámica familiar, con la consecuente repercusión en su organización y funcionamiento. (Velasco y Sinibaldi, 2001).

La enfermedad le sucede a alguien que es hijo o que es padre o madre, a alguien que tiene un hermano, un amigo o una pareja; la enfermedad, entonces, como la muerte, también desequilibra a la familia.

La familia no es exclusivamente un conjunto de personas que comparten consanguinidad o afectos, sino también comparten un sentimiento que tienen todas las personas: el sentimiento de tener o ser parte de una familia, este es el sentimiento de pertenencia. Si este sentimiento está debilitado en el enfermo o amenazado, entonces se aprecia que para el paciente la familia se ha convertido en otro síntoma más, en otra preocupación o malestar. Dado que uno de los criterios de la buena muerte incluye preservar o restaurar los vínculos significativos del enfermo, por lo tanto, el psicólogo junto con el equipo de cuidados paliativos se enfrentan a la tarea de ayudar al paciente a restaurar su sentimiento de pertenencia, a tener un lugar entre la red de vínculos y apegos familiares. Para conseguirlo, en la mayoría de las ocasiones se necesitará obtener la colaboración de los familiares más íntimos del paciente a quienes se tendrá que evaluar. Las familias tienden asignar el rol de cuidador primario a uno de sus miembros, quien asume el papel de interlocutores con los equipo de cuidados paliativos y asumen la mayor parte de responsabilidad en los cuidados de la vida diaria del paciente.

Ante el diagnóstico de un cáncer, el paciente y su familia responden de una manera muy semejante a la descrita por Kübler-Ross (1975) en su libro *sobre la muerte y los moribundos* para situaciones de duelo; De acuerdo con esta autora, cuando una familia se entera de que uno de sus miembros sufre una enfermedad crónica y en nuestro caso mortal, responde al choque a través de una serie de fases que van desde la negación hasta la aceptación. De estas, la primera fase es la **negación**, la cual funciona como un amortiguador después de una noticia inesperada e impresionante, es una defensa provisional que le ayuda a minimizar el dolor y la ansiedad pero no es permanente de hecho, con el tiempo se sustituye por una aceptación parcial. Generalmente esta negación contribuye a establecer la conspiración del silencio, en la que no se habla sobre la verdad, aunque tanto la familia como el paciente estén informados sobre el diagnóstico. La familia llega a esta conclusión por varios motivos. Por una parte, debido a un comprensible intento de autoprotección. Ellos prefieren no reconocerlo plenamente y piensan que si el enfermo no sabe el tipo de padecimiento que tiene no se verán obligados a hablar de ello y evitarán una situación que presupone destructiva y difícil de mantener. Por otra parte, existe la intención de proteger al paciente, piensan honestamente que ocultando el diagnóstico van ahorrar al enfermo malestar y sufrimiento, provocándole un aislamiento emocional y dejándolo sólo con sus sentimientos, ansiedades y temores (Gómez, 1994).

La segunda fase es la **ira**, cuando no se puede seguir manteniendo la primera fase de negación, es sustituida por sentimientos de ira, rabia, envidia y resentimiento. Lógicamente surge la siguiente pregunta: “¿por qué yo?”. Esta fase es muy difícil de afrontar para la familia y el personal ya que la ira se desplaza en todas direcciones y se proyecta contra lo que les rodea. Sin embargo, cuando el paciente se siente respetado y comprendido respecto a lo que le está pasando, su enojo disminuirá. Algo similar ocurre con los demás miembros del sistema familiar al saberse escuchados y sobre todo comprendidos.

La tercera fase es el **pacto**, cuando el paciente y su familia se dan cuenta de que la situación no se puede cambiar entonces intentan posponer los hechos, tratando de hacer un pacto en el que se fija un plazo de vencimiento, impuesto por ellos mismos y la promesa implícita de que no pedirán nada más si se le concede este aplazamiento. La mayoría de los pactos se hacen con Dios y generalmente se guardan en secreto o se mencionan entre líneas.

La cuarta fase es la **depresión**, aquí la insensibilidad, la ira y su rabia serán sustituidas por una gran sensación de pérdida. Se pueden distinguir dos áreas a través de las cuales se explica este estado de ánimo en el individuo enfermo: a) la carga emocional y económica que el paciente siente que llega a ser para su familia y b) el duelo anticipado por la separación que sufrirá de sus seres queridos. Esta fase en general es silenciosa, sin embargo, la necesidad de contacto físico tiende a aumentar, se caracteriza por la presencia de tristeza, desasosiego, temor, ansiedad, confusión y desesperanza.

Y la última fase es la **aceptación**, la cual no es una fase feliz, esta casi desprovista de sentimientos y le permite al paciente y a su familia vivir día a día con la enfermedad.

Hay que tener en cuenta que los problemas que les plantean a las familias, los enfermos, tienen dos caras íntimamente relacionadas: la enfermedad como problema insoluble al que se tienen que adaptar. La otra cara son los síntomas generados: depresión, angustia, miedo, ansiedad, trastornos del comportamiento, errores en la negociación de los cambios de roles, descanso del cuidador primario, etc. Estos son problemas secundarios a la aceptación, y más bien son síntomas de que no se acepto la enfermedad. La enfermedad se aceptará si el paciente es capaz de encontrar planes vitales alternativos que valore, sino entenderá que la vida vivida de esa forma es indigna, pues, mientras la enfermedad sea vista como un reto y una oportunidad, ésta podrá ser aprovechada por el sistema familiar para su beneficio (Die Trill, 2000. y Velasco y Siibaldi, 2001).

La labor del psicólogo es proveer en los enfermos una mejora en sus estrategias de afrontamiento para que puedan enfrentar el sufrimiento y la enfermedad lo mejor posible, por lo tanto, la intervención se convierte en el vehículo a través del cual el terapeuta espera que se produzcan las modificaciones en las áreas conductuales, cognoscitivas y afectivas del grupo familiar.

La atención psicológica a las familias en cuidados paliativos empieza mínimamente por estar accesibles y dar a conocer a la familia disponibilidad; de modo especial, antes de adoptar una actitud de espera, se debe adoptar una actitud de búsqueda. No olvidemos que aunque para los profesionales la situación de enfermedad y muerte es cotidiana, la misma situación siempre es nueva para la familia: esta será la primera vez que se vaya a morir la madre, o la esposa o el novio de alguien.

En la evaluación psicológica de la familia en cuidados paliativos, de acuerdo con Carmen Mesenguer (2000) se trata de identificar, principalmente, los siguientes procesos:

- a) El estilo en que se ejerce la toma de decisiones y el poder (puede ser unipersonal o compartido, existir luchas por obtenerlo o no, se gestionan habilidosamente las discrepancias o reina siempre la misma fuente de directrices, etc.)
- b) Los límites generacionales (los excesos o déficits con que una generación asesora o se inmiscuye en la anterior o posterior)
- c) Las alianzas que se forman entre los miembros (se alinean habitualmente los mismos en coaliciones o depende de la situación, como es la relación entre los subgrupos, etc.)
- d) El compromiso, latente o expresado, en mantener los intereses de la familia y el modo en el que el sistema familiar gestiona las desviaciones en los comportamientos individuales respecto de este fin común.
- e) La manera que tiene cada uno de definir y describir la situación actual y la manera de afrontarla.
- f) La circularidad, que consiste en el modo en que quedada atrapada la familia, modo que auto-imposibilita una salida o afrontamiento directo para resolver una dificultad.
- g) La fase evolutiva del ciclo vital en que se encuentra la familia.

En cuidados paliativos la evaluación familiar ofrece la oportunidad de la intervención temprana; en ocasiones, no se podrá impedir la crisis familiar, pero la responsabilidad como clínicos es prevenirla en la medida de lo posible. Familias con baja cohesión y con niveles altos de conflicto previo van a ser las más difíciles para los equipos y, sin embargo, la evaluación respetuosa de los recursos que aún conserven y de las oportunidades que estén desaprovechando en el presente, puede permitir una intervención exitosa.

En tanto la evaluación familiar no se lleve a cabo en cuidados paliativos, se está perdiendo la oportunidad sanitaria de detectar precozmente alteraciones familiares cuyas consecuencias afectaran tanto a la calidad de vida del enfermo como a los miembros más vulnerables de la familia: niños, adolescentes y ancianos. Sin esta evaluación será imposible conocer la prevalencia e incidencia de alteraciones y trastornos de los allegados y la familia ante el acontecimiento casi universal de atender a un enfermo en fase terminal.

2.4.2 La Intervención con la familia.

Los cuidados de los miembros de la familia, están relacionados con el alivio de sus temores y la resolución de situaciones difíciles que se presentan antes de la muerte.

Información clara, concisa y relista. Para conocer y comprender el proceso de la enfermedad, el significado de los síntomas, los objetivos del tratamiento.

Saber que se esta haciendo algo por el paciente. Que no se le ha abandonado emocional ni médicamente y que se procura su alivio.

Comunicar los sentimientos y poder perdonarse íntimamente. Igualmente es importante para la familia poder despedirse, ver al paciente por última vez, poder dar el último beso, etc.

Compañía y apoyo emocional. Produce la sensación de protección y seguridad, de que habrá alguien que en algún momento dado puede tomar el control de la situación.

Expresar la emociones. La tristeza, el desconsuelo, la rabia, y los temores. La familia necesita ser escuchada, que sus sentimientos sean comprendidos y su expresión aceptada.

Conservar la esperanza. La esperanza se va modificando a medida que el paciente se acerca a su final. Al principio es una esperanza de recuperación y, finalmente, la esperanza de alguna forma de inmortalidad y reencuentro.

Tiempo para permanecer con el enfermo. Es muy penoso para la familias los horarios de visita restringidos, de las clínicas y hospitales.

Intimidad para el contacto físico y emocional. Esta necesidad es ignorada por los cuidadores. En las clínicas y hospitales se entra a la habitación interrumpiendo bruscamente los momentos de intimidad.

Participar en el cuidado. Cuidar al paciente constituye una forma de comunicación afectiva, por ejemplo, ayudar a bañarlo, alimentarlo, asarlo, masajearlo o simplemente acomodarle la almohada.

La intervención psicológica debe ayudar a evitar varios problemas que se presentan durante el transcurso de la enfermedad y con mayor razón en esta etapa terminal.

Partiendo de que una de las funciones de la familia es proteger a sus integrantes y al ver como el bienestar integral de sus ser querido se ve amenazado como consecuencia del cáncer, la dinámica familiar sufre un desajuste presentándose una serie de conductas no adaptativas que entorpecen el trabajo terapéutico del equipo, las cuales necesitan ser modificadas por medio de la orientación y el apoyo que brinde el Psicólogo. El Psicólogo debe permitir que la familia exprese sus sentimientos en relación a la situación de su familiar y los temores presentes con respecto a la evolución de la enfermedad ; de esta manera damos un espacio para que ellos se sientan que son importantes y que realmente todo el equipo esta dispuesto a acompañarlos en ese proceso de enfermedad. Junto con los demás profesionales el Psicólogo irá detectando que conductas por parte de la familia se deben ir cambiando para permitir hasta donde ellos la aceptan una mejor y adecuada interacción paciente - familia y profesionales de la salud.

Una vez el paciente muere el Psicólogo continuará la intervención que sea necesaria para ayudar a la familia en el manejo del duelo, previniendo trastornos emocionales, siendo el más común la depresión.

CAPITULO 3: EL SERVICIO SOCIAL

Casi siempre la verdadera formación sobre como hacer terapia empieza en el trabajo, cuando “las papas se queman”.

Efran, Lukens y Lukens.

El Servicio Social ofrece una gran oportunidad para aplicar tus conocimientos, conocer tus limitaciones y especialmente aprender de otros profesionales y de las personas que te permiten apoyarlas durante su proceso terapéutico. Pero cabe mencionar, que la Clínica del Dolor no contaba con un programa de intervención claramente estructurado para los prestadores de servicio social del área de psicología lo que origino que no se ofreciera una atención ideal o totalmente oportuna al paciente, sin embargo, aunque no existía un programa previo si había la apertura para intervenir con los pacientes con la metodología que el pasante considerara pertinente. Por lo cual, al conocer las características de los pacientes y el tipo de intervención psicológica que se llevaba a cabo, se consideró a las Escuelas de Soluciones como una alternativa eficaz en el tratamiento de los pacientes en etapa paliativa ya que esta perspectiva ha demostrado ser eficaz con diversas problemáticas y aunque no se a utilizado con este tipo de población otras perspectivas de la corriente sistémica han probado su eficacia con otras enfermedades crónicas.

Otra de las ventajas de haber realizado el servicio social en el INCAn fue que, se lograron cubrir los objetivos planteados por la escuela, la institución y la pasante, los cuales, se señalan a continuación, también se da una breve descripción de algunas de las actividades que se llevaran a cabo durante el servicio social permitiendo conocer la manera en la que se intervenía con los pacientes. Finalmente, se presenta la problemática observada en la Clínica del Dolor y el propósito del trabajo.

3.1 OBJETIVOS

3.1.1 *Objetivos generales del programa del servicio social de la carrera de psicología.*

- ∞ Proporcionar situaciones de aplicación práctica psicológica que permita relacionar al psicólogo como profesional de la conducta, comprometido con la solución de problemas nacionales.
- ∞ Adecuar el perfil profesional del psicólogo a los problemas nacionales prioritarios.
- ∞ Propiciar situaciones que permitan detectar formas concretas de intervención psicológica como medios alternativos de docencia.
- ∞ Propiciar situaciones de intervención que permitan implementar técnicas de investigación psicológica al análisis de la problemática nacional y de la eficiencia en la carrera de psicología para formar profesionales de utilidad.

3.1.2 *Objetivos de la institución*

- ∞ Otorgar servicios con eficiencia, calidad y calidez, con enfoque multidisciplinario en proceso de diagnóstico- tratamiento, rehabilitación y seguimiento. Aunado a las funciones asistenciales como centro de enseñanza médica e investigación.
- ∞ La investigación para realizar estudios que permitan mejorar el conocimiento sobre el tratamiento de las neoplasias que afectan más frecuentemente a la población de nuestro país.

3.1.3 *Objetivos específicos del programa.*

- ∞ Realizar Investigación de alta calidad , que genere nuevas líneas de investigación.

3.1.4 *Objetivos particulares.*

- ∞ Aplicar y desarrollar, tanto los conocimientos adquiridos durante la carrera, así como, los que se favorezcan durante el servicio social.
- ∞ Llevar a cabo una adecuada y oportuna evaluación e intervención psicológica con el paciente oncológico.

3.2 ACTIVIDADES DESEMPEÑADAS EN EL SERVICIO SOCIAL

En el Distrito Federal existen diversos hospitales de tercer nivel con la capacidad brindar tratamiento a los distintos padecimientos de la población, por ejemplo, el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER), el Instituto nacional de Cardiología, El Instituto Nacional de Psiquiatría, Instituto Nacional de Nutrición, etc., sin embargo, el que nos atañe en este momento es el Instituto Nacional de Cancerología (INCan), el cual fue creado el 25 de noviembre de 1946 con el propósito fundamental de ofrecer atención médica de alta especialidad y desarrollar investigación y enseñanza en padecimientos tumorales. El INCan es un organismo descentralizado, dependiente de la Secretaría de Salud. Es el centro de investigación y atención más importante en esa especialidad en el país por el alto nivel de su personal, lo cual le ha permitido gozar de reconocido prestigio en América Latina, Estados Unidos y Europa. En cuanto a equipamiento, el instituto se coloca entre las mejores unidades oncológicas del país ya que cuenta con: bomba de cobalto, acelerador lineal, tomografía axial computarizada, medicina nuclear, laboratorio clínico, unidad de trasplantes de Médula Ósea.

Para su atención especializada cuenta con los servicios de: Ginecología, en el cual, se concentran mujeres con cáncer de mama, cervico-uterino, ovarios, etc; Hematología se encarga de aquellos pacientes con leucemias linfomas, etc; Piel y partes blandas de cualquier tipo de melanoma, cáncer de estomago, pulmón, colón, recto, testículos, etc; Cabeza y cuello se ocupa de tumores cerebrales, cáncer de lengua, piel, laringe, boca, etc.

Otro de los servicio del INCan es su Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos, estas clínicas en el país son servicios relativamente jóvenes, quizá una de las especialidades médicas más recientes. El motivo de tener una Clínica de este tipo se debe a que uno de los síntomas que debe ser controlado lo más pronto posible, debido al impacto emocional que ocasiona en el paciente y la familia y por preservar la calidad de vida, es el dolor, siendo el que con más frecuencia refieren tener los pacientes. Al

respecto, González (2001) menciona que el 40% de la población que padece proceso cancerosos sentirá dolor, mientras que estará presente en el 70% de enfermos en proceso terminal. Esta Clínica del Dolor, durante la realización del Servicio social, se encontraba bajo la dirección del Dr. Ricardo Plancarte y El Dr. Mayer, contando con el apoyo de los médicos residentes de algología¹ que dan atención en cualquiera de sus tres servicios, Consulta Externa, Hospitalización y Visita Domiciliaria además de dos médicos adscritos.

En el Instituto, solo la Clínica del Dolor y obviamente el área de Psico-oncología ofrecen el servicio de psicología. Los responsables de Psico-oncología son el Psico-oncólogo Salvador Alvarado y el Dr. Ricardo Olper, quienes contaban con dos consultorios de consulta externa en los que brindaban atención a pacientes que les refieren de algún otro servicio o que voluntariamente acuden. Para el área de hospitalización tienen el apoyo de una de las dos psicólogas residentes de la maestría de medicina conductual y varios prestadores de servicio social, este servicio tiene la facultad de ver a todos los pacientes que se encuentran hospitalizados, aunque la residente es la única que puede dar atención a los pacientes, los prestadores de servicio solo fungen como observadores, y por lo tanto no le es posible cubrir a todos los enfermos. Cabe mencionar que los pacientes que son vistos por este servicio no pueden ser visitados por los psicólogos de Clínica del Dolor y viceversa, esto para no interferir con el tratamiento, para poderles dar seguimiento durante todo el transcurso de la enfermedad y para formar un vínculo entre el paciente y su psicólogo.

En el caso de la Clínica del Dolor, el servicio de psicología estaba a cargo de la psicóloga Alma Escobar, residente de la maestría de medicina conductual y se encontraba apoyada por dos prestadores de servicio social. Aquí los psicólogos solo pueden dar servicio a los pacientes de la Clínica, los cuales, pueden ser referidos de tres formas: por la consulta externa, hospitalización y visita domiciliaria. En la consulta externa se acoge a los pacientes para control de dolor y seguimiento de tratamiento, si el médico durante la consulta considera que el paciente se encuentra en crisis, negación, tiene problemas de adherencia al tratamiento, o en ocasiones cuando el paciente no reacciona como el médico quiere o esperaba, entonces, lo canalizan a psicología. Por lo tanto, durante los siete meses de servicio social se vieron 12 pacientes de este servicio, 5 hombres y 7 mujeres, lo que indica que psicología recibe únicamente al 2% del total de los enfermos (ver tabla 3.1).

¹ Algología: especialidad médica dedicada al control del dolor.

En hospitalización se encuentran aquellos pacientes que salieron o entrarán a cirugía, que están por algún tratamiento o por que su estado de salud es crítico, por lo que la enfermedad se encuentra en etapa crónica, paliativa y terminal. La Clínica del Dolor, en su área de hospitalización, recibe cada semana, aproximadamente, a ocho nuevos pacientes, de estos, el psicólogo puede ver a todos y dar atención aquellos que lo necesiten o que acepten ser visitados. A diferencia de Psico-oncología aquí el prestador de servicio social si puede dar atención al paciente pues la demanda de enfermos es muy grande para la cantidad de psicólogos. En cuanto a los otros servicios difícilmente canalizan a sus pacientes a psicología aunque lo requieran. En total, se vieron 17 hombres y 34 mujeres.

La visita domiciliaria es muy importante por las ventajas y beneficios que trae al paciente y a su familia pues, se visitan aquellos enfermos que por su deteriorado estado físico ya no pueden trasladarse al hospital, también hay que reconocer que es un importante ahorro económico para el sistema sanitario ya que se liberan camas y se desbloquea el servicio de urgencias. Estas visitas se llevan acabo por un equipo multidisciplinar: médicos, enfermeras, psicólogo, trabajadora social y tanatóloga, donde todos tienen una misión específica y complementaria con los demás. Es aquí donde realmente se lleva acabo esa atención inter./multidisciplinar que busca dar el INCa en el tratamiento ya que en la consulta externa y en la hospitalización, aunque todo el sistema sanitarios trabaja para brindar atención eficiente al paciente, la comunicación entre los miembros del personal es escasa y las relaciones son distantes.

El psicólogo en la visita domiciliaria tiene la oportunidad de intervenir con los cuidadores primarios del paciente, además de conocer su entorno, a la familia, etc. Además el paciente se muestra más dispuesto ya que se siente más cómodo, cuidado y no hay interrupciones, típicas de hospital, de enfermeras, médicos u otros pacientes. También la familia se nota más colaboradora pues se sienten apoyados y la ventaja es que se logra una intervención con la familia completa, o al menos con sus cuidadores primarios e hijos pequeños. Se visitaron 11 mujeres y 13 hombres.

Tabla 3.1 Pacientes atendidos durante la estancia en el INCan

SEXO	CONSULTA EXTERNA	HOSPITALIZACION	VISITA DOMICILIARIA	GRUPOS DE AUTO-AYUDA
MUJERES	7	34	11	17
HOMBRES	5	21	13	13

Nota: No se tomaron en cuenta las familias de los pacientes

Y es que durante la hospitalización de los pacientes o las visitas a las consultas externas a los diversos servicios del INCan la gran mayoría de las veces la familia se ve desprovista de atención puesto que toda esta se vuelca hacia el paciente olvidándose que la familia también requiere gran apoyo tanto físico como psicológico. Aquí la importancia de la visita domiciliaria. Pero la situación cambia cuando se trata de un enfermo terminal pues la familia toma importancia y se le reconoce como parte del equipo de trabajo, pero nuevamente cuando muere su paciente el personal del INCan pierde contacto con la familia. No es diferente con el psicólogo pues a pesar de que se requiere de trabajo de duelo con la familia no se le puede dar seguimiento por políticas de la institución.

Este servicio puede darse gracias a que la Clínica del Dolor cuenta con el apoyo de Cuidados Paliativos, los cuales no son muy conocidos y asistidos, debido a que son recientes en México, y la prioridad médica ha estado al alivio del dolor y demás síntomas, quizá la necesidad más urgente, y no se había considerado el manejo integral del paciente también al final de la vida. El servicio de Cuidados Paliativos estaba a cargo de la única doctora paliativista del país la Dra. Isabel Allende quien cuenta con mucha experiencia en esto ya que ha trabajado en varios hospices² del mundo.

Es decir, la finalidad de los Cuidados Paliativos es el proporcionar bienestar o confort y soporte a los paciente y a sus familias en las fases finales de la enfermedad. Buscan que los pacientes dispongan de los días que le resten de manera conciente y libre de dolor, con los síntomas bajo control, de tal modo que estos últimos días puedan discurrir con dignidad, en su ambiente, rodeados de la gente que los quiere. (Centeno, 1999). Los

² Centros dedicados exclusivamente al cuidado de enfermos en situación terminal. Tiene características peculiares que le diferencian de otros hospitales: horarios ininterrumpidos de visitas, se permiten niños e incluso animales, la decoración es cálida, etc.

cuidados paliativos no aceleran ni detiene el proceso de morir, solamente aportan los conocimientos especializados de cuidados médicos, enfermeras, psicológicos, el soporte espiritual con el apoyo de la trabajadora social y el voluntariado durante la fase terminal en un entorno que incluye el hogar, la familia y los amigos. Conseguir calidad de vida para los pacientes terminales es una necesidad, por lo tanto, hay que conocer cuando un tratamiento activo resulta inútil para controlar la progresión de la enfermedad y cuando únicamente se deben controlar los síntomas, siendo el confort y la calidad de vida los principales objetivos. (Die Trill y López, 2000)

Manteniendo la filosofía descrita de los cuidados paliativos y según las peculiares características de cada cultura, se han desarrollado diversos modelos de asistencia. Hay que insistir en que estos programas asistenciales no son excluyentes entre sí y que, en la mayoría de los casos, representan acciones complementarias. Los principales de acuerdo con Centeno (1999) son los siguientes:

- Centros monográficos u Hospices.
- Unidades y equipos de cuidados paliativos en hospitales.
- Equipos de soporte domiciliario.
- Hospitales y centros de día.
- Sistemas integrales de cuidados paliativos.

En el caso del INCAN, se utilizaba el modelo de cuidados domiciliarios, estos equipos suponen el complemento o continuación de los cuidados recibidos en el Instituto. La asistencia domiciliaria presenta evidentes ventajas: la posibilidad de una buena coordinación entre el entorno familiar y el hospital; y la coordinación de toda la asistencia: cuidados de enfermería, apoyo psicológico, social y espiritual y atención de los familiares.

En esta situación el manejo de estos pacientes es muy delicado debido a la vulnerabilidad que presentan, así que para lograr una evaluación e intervención psicológica eficaz con el paciente oncológico es necesario proporcionarle al psicólogo una orientación y preparación adecuada que además que le permita integrarse al equipo de salud y pueda conducirse dentro de la Institución hospitalaria. En este caso la psicóloga residente proporciona un curso y asesoramiento permanente a los prestadores de servicio social, sobre cuales son los cuidados que se deben tener y pautas para saber hacia donde debe estar dirigida esta evaluación e intervención. La evaluación nos va a permitir diferenciar entre reacciones a la

enfermedad o a su tratamiento causadas por factores psicológicos, y aquellas cuyas causas son orgánicas. Las recomendaciones que proporciona la residente se siguen puntualmente y son las siguientes: se llevan a cabo cuatro pasos fundamentales para realizar la evaluación psicológica inicial del paciente primero la revisión de su historial médico; una entrevista con el paciente en la que se pueda obtener información detallada acerca de su historia psicosocial, su vivencia de la enfermedad y su estado mental actual; una entrevista con los familiares del paciente, y, finalmente, la inserción de un informe psicológico en la historia médica.

Revisión de la historia médica. Cuando se revisa el historial se buscan los siguientes datos: una descripción de la enfermedad actual del paciente y de sus enfermedades pasadas; los tratamientos que está recibiendo; su estado físico actual; las consultas solicitadas a otros equipos especialistas (neurología, psiquiatría, etc.); el estado metabólico del paciente; los resultados del análisis; las pruebas médicas realizadas o solicitadas; los cambios que hayan tenido lugar recientemente en medicaciones y los problemas médicos que haya surgido durante el curso de la enfermedad, entre otras. Tal información podrá ser corroborada con la que nos proporcione el paciente cuando relate su propia historia médica. Asimismo, facilitará nuestro conocimiento sobre el estado físico del enfermo y nuestra comprensión acerca de su respuesta psicológica a la progresión de la enfermedad, permitiendo identificar posibles factores orgánicos que puedan estar influyendo en el estado anímico del paciente.

Entrevista inicial. La entrevista inicial debe ir más allá de la simple recolección de datos, se buscará información útil no solo en la historia médica o psicosocial y en el examen del estado mental del paciente, sino también en la secuencia que describe los hechos, su estilo de interacción, en su actitud y en su comportamiento no verbal. Hay que realizar una entrevista que proporcione la información necesaria para poder realizar un diagnóstico y planificar pautas de acción. Durante la entrevista se debe proporcionar apoyo al paciente, intentar aliviar la ansiedad, ser amable y receptivo, incluso cuando el paciente se mantiene en silencio. Esta entrevista contiene un componente subjetivo y otro objetivo. El componente subjetivo está basado en la información ofrecida por el paciente, pero no observada por el entrevistador. El componente objetivo es lo que observa directa e indirectamente el psicólogo del comportamiento del enfermo. La capacidad que tiene un examen del estado mental para identificar objetivos relevantes de intervención terapéutica permite que psicólogos de diferentes orientaciones adapten este modelo diagnóstico a sus propios objetivos. Por último conviene que la entrevista inicial no esté excesivamente estructurada para facilitar al

paciente la expresión libre de sus preocupaciones y para identificar el motivo concreto por la cual se solicito ayuda psicológica.

Entrevista con los familiares. Una vez finalizada la entrevista con el paciente, es conveniente realizar otra con sus familiares más cercanos. Estos encuentros son útiles para identificar y/o confirmar la presencia de determinada sintomatología en el enfermo (alucinaciones, incoherencia, síntomas depresivos, etc.). Las entrevistas con los familiares sirven, también, para determinar la percepción que tiene la familia del comportamiento del paciente y compararla con la del paciente y la del médico. Asimismo, sirven para identificar situaciones problemáticas en la familia, o bien familiares problemáticos.

Inserción del informe psicológico. Se hace una descripción detallada del funcionamiento psicosocial del enfermo, es decir, esto siguiendo el informe establecido por el INCAN llamado SOAP, este se incluye en el expediente de cada paciente y cada uno de los servicios implicados en el tratamiento del enfermo lo elaboran lográndose una coordinación y seguimiento entre todos los servicios. El SOAP debe abarcar las siguientes áreas:

- a) Descripción del paciente: sexo, edad y diagnóstico médico.
- b) Motivo de la consulta: El motivo por el cual se solicita la evaluación psicológica, no siempre coincide con el motivo real por el que es necesaria llevarla a cabo.
- c) **Subjetivo:** La historia médica según el paciente, esta información tiene por objeto determinar el conocimiento que tiene el paciente de su enfermedad y la interpretación que ha realizado de la información médica que le ha sido transmitida.
- d) **Objetivo:** Aquí se pone el examen del estado mental del paciente que consiste en el funcionamiento psíquico del enfermo en el momento de la entrevista. Las áreas que se deben valorar en este examen son: Una descripción de su apariencia , de su comportamiento, actitud ante el psicólogo, su grado de lucidez y su orientación espacio-temporal, la descripción del habla, estado afectivo, valoración del contenido del pensamiento, alteraciones en la percepción, su funcionamiento cognoscitivo, sueño y apetito.
- e) **Análisis:** En esta sección del informe se resumen los síntomas clave que presenta el paciente y su diagnóstico.
- f) **Plan:** Después de describir la impresión y el diagnóstico en el informe, se enumeran las pautas terapéuticas a seguir

Las funciones que se desempeñaron en el INCan fueron la evaluación, donde se identifican los recursos con los que cuenta el paciente y la familia para hacer frente a la enfermedad. Y la intervención con la cual se busca producir modificaciones en las áreas conductuales, cognoscitivas y afectivas del grupo familiar.

Se utilizaron diversas estrategias de evaluación e intervención como:

Evaluación:

- Mini-Mental: Es un pequeño cuestionario que se aplica únicamente cuando el paciente presenta alucinaciones, evaluando el estado mental del paciente y detectando si hay o no daño orgánico cerebral. (anexo 1) Cabe mencionar que esta es la única prueba psicológica que se utiliza debido a las condiciones de los pacientes.
- Examen del estado mental: Se evalúa la apariencia general y la conducta del paciente, los procesos del habla y pensamiento, la conciencia, el estado de ánimo y el afecto, la percepción, la orientación, la memoria, la atención y la concentración.
- Entrevista no estructurada: Se realiza en la primera ocasión que se visita al paciente y se utiliza para tomar decisiones diagnósticas confiables y válidas y para formular otros juicios que pueden requerirse después de que se realiza la entrevista.

Intervención:

Debido a que en la Clínica del Dolor no había un procedimiento de intervención claramente estructurado y esta dependía de la orientación epistemológica del psicólogo, el área de Psicología pidió a la pasante algunos de los elementos que podrían conformar la entrevista y la intervención que se utilizaría con la población, por lo tanto, ante la necesidad de tener una guía de preguntas, se retomó la clasificación de preguntas que Karl Tomm (1988) propone para llevar a cabo el trabajo terapéutico y otras tres herramientas que en ese momento se consideraron útiles.

- Preguntas de intervención. Son la forma más simples, pero más efectiva para lograr una modificación en la familia y tienen como finalidad producir un cambio efectivo en cualquiera de las tres esferas (cognoscitiva, afectiva y social). Las preguntas de intervención pueden ser:

Lineales: Orientan al terapeuta sobre el problema del paciente, trasmitiéndole una actitud crítica y ayudándole a definir el problema.

Circulares: generan información nueva y están diseñadas para producir modificaciones, pues revelan como el núcleo familias entiende el conflicto que esta experimentando.

Estratégicas: Influyen de forma directa para que el paciente tome partido por la solución que el terapeuta sugiere. Y pueden desbloquear una situación.

Reflexivas: Desencadenan reflexiones sobre el papel de los pensamientos y las percepciones de los familiares en el problema y en su solución.

- Ofrecer información y educación: sobre el origen de la enfermedad, el curso del padecimiento, sobre los síntomas y tratamientos a los que deben enfrentarse y orientar con respecto a cuando se dará por concluido el tratamiento y sobre cuidados paliativos.
- Redefinición: Modifica el marco conceptual que el paciente utiliza para pensar su problema de forma tal que facilita el problema.
- Uso de metáforas: Técnicas indirectas donde el terapeuta relata algo de lo que el paciente tiene que extraer una consecuencia que, presumiblemente, le ayudara en su síntoma.

Hay que tener en cuenta que cuando el psicólogo se enfrenta a un paciente oncológico debe saber que sus emociones y síntomas se encuentran exacerbados, presentan dolor, disnea, depresión, ansiedad, etc. Y que la familia es una esfera que en muchas ocasiones se deja de lado pero que en estos casos su participación es indispensable, por lo que el psicólogo requiere de conocimientos fundamentales en el tratamiento como manejo de duelo, diversas técnicas de relajación, dirección de grupos de auto ayuda, intervención en crisis, y que en estos casos se recomienda algún tipo de terapia breve debido a las características de los pacientes, y todas estas herramientas o al menos la mayoría debería ser aportadas y consolidadas durante el periodo escolar para que podamos entrar a este ámbito sin reservas y con la confianza de realizar un buen trabajo.

3.3 PROBLEMÁTICA DE ESTUDIO

El Instituto Nacional de Cancerología (INCan), siendo un hospital de tercer nivel, cuenta con diversas áreas de especialización para el tratamiento del cáncer. Entre sus múltiples servicios, cuenta con dos que ofrecen el servicio de psicología: Psico-oncología y la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos. La primera está cargo de un psico-oncólogo, dos psiquiatras adscritos, una psicóloga residente de medicina conductual y prestadores de servicio social, se trata de un servicio independiente que brinda atención a pacientes en hospitalización o que le son canalizados de otros servicios.

En el caso de La Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos se incluye el servicio de psicología como complemento a sus otros tres servicios: consulta externa, hospitalización y visita domiciliaria. En estos tres servicios se trata a población en las tres fases de la enfermedad, inicial, crónica y terminal, aunque en el caso de la primera los casos son los menos. La Consulta Externa, es el único servicio donde el psicólogo puede programar y concertar citas con los pacientes que le son canalizados, sin embargo, el número de pacientes con los que se interviene en esta área son muy pocos debido a que el médico difícilmente los canaliza a psicología; en Hospitalización se ve a la mayoría de los pacientes tratados por el área de Psicología pero sólo es posible intervenir con ellos en una o dos ocasiones pues su estancia en la Clínica depende de la disminución del dolor por lo que no es posible la programación de citas posteriores y únicamente se les puede volver a ver si son nuevamente canalizados a la Clínica. Por último en la Visita Domiciliaria no es posible acudir a los domicilios de todos los pacientes asignados a este programa debido a la falta de tiempo, recursos humanos y materiales asignados al área de cuidados paliativos, así que el número de visitas se planea considerando la gravedad del paciente, por lo que el psicólogo depende de esta organización y al igual que en el servicio de Hospitalización se tienen de una a tres sesiones en promedio con el paciente.

En las tres áreas, el psicólogo debe realizar una evaluación al paciente que sirva para detectar e identificar la presencia de trastornos emocionales o psiquiátricos y poder ofrecer una intervención que pueda favorecer el proceso de adaptación a la enfermedad, disminuir los estados depresivos y de ansiedad, evitar la claudicación familiar, el abandono del paciente, ayudar en el proceso de duelo y mejorar la calidad de vida tanto del paciente como de su familia. Ahora bien, el tipo de intervención con los pacientes depende de la fase en la que se encuentre la enfermedad, en

la etapa de la crisis inicial se deben activar los recursos emocionales, materiales, y de información tanto del paciente como de la familia que les permita afrontar su situación; en la fase crónica se tiene que negociar la estructura familiar el proyecto vital de cada uno y el mantenimiento del contacto social; y en la fase terminal se busca mantener la calidad de vida y asegurar al paciente una muerte digna, el contacto físico y emocional con el enfermo, apoyo emocional y material para la familia y cuidador primario, y duelo (anticipado y real). Todo este trabajo debe ser visto como complemento de la atención médica que recibe el paciente ya sea de manera curativa o paliativa.

Si bien, cada fase de la enfermedad tiene un proceso de adaptación relevante en la vida del paciente, es la fase terminal la que tiene el proceso más complicado, debido a que el paciente tiene que adaptarse ya no a los cambios en su vida cotidiana o a los nuevos tratamientos, sino a su próxima muerte.

En la fase terminal existe un periodo que se vuelve aún más complicado debido a su ambigüedad, se trata de la *fase paliativa*, en la que al paciente se le ha informado que médicamente ya no hay nada que hacer por lo que los tratamientos se dirigen a paliar los síntomas y ya no a curarlos, sin embargo, en muchos casos el paciente no se siente físicamente como si fuera a morir pues los malestares no son tan notorios y los tratamientos dejaron de ser agresivos, abrigando la fuerte esperanza de que la curación es probable. Por lo tanto, la intervención psicológica con estos pacientes debe ser muy cuidadosa, por que además de buscar mantener la calidad de vida y asegurar al paciente una muerte digna, se debe seguir apoyando al paciente a conservar la esperanza y al mismo tiempo a prepararse para un muy probable final.

Como se había mencionado, el modelo de evaluación e intervención psicológica utilizado en el INCAN por las psicólogas residentes de la maestría es el cognitivo-conductual, el cual, se basa en la premisa de que los síntomas físicos y psíquicos se deben, en parte, a pensamientos distorsionados, sentimientos y conductas de naturaleza desadaptativa. Por ello, se utiliza la identificación y corrección de las distorsiones cognoscitivas, emociones y conductas que contribuyen al desarrollo y mantenimiento de los síntomas (Cancio, 2000).

De acuerdo con Die-Trill (1995) y Cancio (2000), las técnicas cognitivo-conductuales que más se emplean en Cuidados Paliativos son:

- a) Esquema de autorregulación emocional: mediante esta técnica se le ayuda al paciente a detectar las fuentes generadoras de ansiedad y dar controlabilidad al paciente. Para ello se utiliza la señal fisiológica como activador del procedimiento. Primero se le ayuda al paciente, por medio de ejemplos cual o cuales son los síntomas fisiológicos de tensión: dolor de cabeza, sudoración de manos, etc, después se le sugiere al paciente que se detenga e interrumpa el proceso de pensamiento y se pregunte ¿qué me pasa? Con el fin de corregir y detectar el pensamiento generador de ansiedad. Posteriormente se le pide que se pregunte ¿qué puedo hacer? Y una vez respondida esta pregunta con varias posibilidades se le invita al paciente a llevar a cabo estas posibilidades.
- b) La aserción encubierta: se divide en dos habilidades diferentes, la detención y la sustitución de pensamiento, con la primera se irrumpe un pensamiento que provoca emociones desagradables, reduciendo la posibilidad de que aparezca un pensamiento determinado y con la segunda habilidad se llena el hueco dejado por el pensamiento perturbador con pensamientos más positivos, previamente preparados;
- c) El control atencional; parte del principio de que los pensamientos o situaciones que provocan ansiedad persisten por que les prestamos atención, por lo tanto, con esta técnica se busca orientar la atención del paciente y que aprenda a focalizarla en una situación más agradable. La música también se utiliza como un recurso para controlar la atención ya que tiene la capacidad de capturar el foco de atención de los pacientes como ningún otro estímulo.
- d) Entrenamiento en solución de problemas; El modelo para la resolución de problemas consta de cinco pasos: 1) Definir el problema. 2) Perfilar la respuesta, consiste en detallar lo más posible el problema y la respuesta habitual a ese problema. 3) Buscar alternativas, se utiliza para ello la “lluvia de ideas” sin juzgar alternativas de respuesta. 4) Se ven las consecuencias de cada una de estas alternativas en términos de viabilidad y esfuerzo. Y 5) Por último se escoge la alternativa más idónea.
- e) Las técnicas de relajación como: 1) la relajación muscular progresiva, se comienza llamando la atención del sujeto sobre las sensaciones producidas por la contracción de pequeños grupos de músculos, así como también por la distensión de esos mismos grupos musculares. 2) imaginación guiada o visualización, 3) entrenamiento autógeno, se basa en imaginar sitios agradables y tranquilos mientras se producen sensaciones corporales que facilitan la relajación y 4) la meditación,

se basa en la focalización de la atención en una idea u objeto y en la intensificación de una conciencia interna y profunda.

Sin embargo, aunque ha demostrado ser una metodología de trabajo eficaz con sus técnicas de intervención, presenta algunos inconvenientes: a) se basa en un modelo de persona sana por lo que trata de moldear las acciones y relaciones del paciente en la dirección que considera más adecuadas; b) parte de una visión patologizante en la que se etiqueta al paciente ocasionando que la intervención se dirija a esa etiqueta; c) sus técnicas requieren de práctica o entrenamiento por parte del paciente para poder llevarlas a cabo.

3.4 PROPÓSITO

En el presente trabajo se busca exponer una alternativa para el tratamiento psicológico del paciente con cáncer en etapa paliativa. Se trata de la perspectiva Orientada en Soluciones, la cual, ha probado su eficacia con diversas problemáticas, sin embargo, aunque la funcionalidad de este enfoque con la población oncológica no ha sido investigada, si otras perspectivas del enfoque sistémico, como la terapia estratégica y la terapia familiar, las cuales, han obtenido resultados altamente favorables.

La perspectiva Orientada en Soluciones se aparta de la explicación, los problemas y las patologías para dirigirse hacia las soluciones, competencias y capacidades de los clientes, creando expectativas de cambio y orientadas hacia el futuro. Es un modelo que le permite al cliente favorecer su proceso de adaptación y ofrecerle una mejor calidad de vida mediante la co-construcción de nuevos significados hacia si mismo y su realidad logrando el diseño de un proyecto de vida más promisorio a partir de sus recursos y posibilidades más que en sus déficits o limitaciones.

CAPITULO 4: LA PERSPECTIVA ORIENTADA EN SOLUCIONES

La palabra es un poderoso soberano que, con un cuerpo pequeñísimo y completamente invisible, lleva a cabo obras sumamente divinas.

Gorgias

4.1 MARCO TEORICO DE LA PERSPECTIVA ORIENTADA EN SOLUCIONES

Desde la década de los 60' hasta mediados de la década de los 80', el modelo sistémico-cibernético introducido por Gregory Bateson y sus colaboradores inspiró el trabajo de la mayoría de los terapeutas de familia y de pareja (Boscolo y Bertrando, 2000).

La referencia de las primeras terapias sistémicas es la “cibernética de primer orden”, basada en el supuesto de que era posible separar el sistema observado del sistema observante. Esta cibernética estaba centrada en el concepto de retroalimentación negativa (feedback) y se interesaba sobretodo en el modo de como los sistemas mantienen su estabilidad compensando la desviación con mecanismos de retroalimentación. Posteriormente se introdujo la noción de “cibernética de segundo orden” centrada en como los sistemas modifican su organización mediante procesos de amplificación de la desviación y, por ende, de retroalimentación positiva (Boscolo y Bertrando, 2000).

Estas ideas sirvieron de base para algunos grupos de terapeutas, como el grupo de Milán, el cual, se centraba en las modalidades organizativas específicas del sistema familiar. El grupo de MRI, donde sus terapeutas trataban de interrumpir las pautas de relación conectadas con los problemas presentados valiéndose de técnicas como la prescripción del síntoma, la paradoja, las prescripciones de comportamiento y reencuadramiento, además operaba de manera que emergieran pautas nuevas y más deseables. Aunque, de acuerdo

con Boscolo y Bertrando, (2000) el modelo sistémico tuvo una evolución interesante en la década de los 80' con el enfoque Centrado en Soluciones, el cual, surge en el Centro de Terapia Familiar Breve (BFTC) de Milwaukee con Steve De Shazer, quien fue influido por Weakland y Erickson, en sus inicios también lo marco el trabajo del MRI de Palo Alto, pero enriqueció su propio modelo con las contribuciones del pensamiento posestructuralista y de la lingüística, centrando su interés en el lenguaje, y en particular en los juegos lingüísticos de Wittgenstein.

En el BFTC se consideraba que los clientes y los terapeutas constituían en conjunto un suprasistema terapéutico que generaba nuevas pautas interaccionales no problemáticas para el sistema familiar (Lipchik, 2004). Se puso gran énfasis en el entendimiento por las soluciones y ajustarlas a diferentes problemas. Planteando que por parte de los pacientes no existe la denominada resistencia sino un estilo o método único, propio de cooperación para ayudarse a cambiar. Por otra parte se mostraron los efectos notables de las tareas “fórmula”, del énfasis en los recursos, la pregunta del milagro, la pregunta de escala y la búsqueda de excepciones.

Además de Steve de Shazer, este enfoque, tiene otros exponentes, William O'Hanlon y Michele Weiner-Davis que, aunque, con métodos particulares comparten el interés por destacar las soluciones, las aptitudes, las capacidades y las excepciones. Cabe destacar que O'Hanlon, ha ido transformando su pensamiento al pasar el tiempo, desde su etapa como terapeuta ericksoniano/estratégico, hasta su terapia para desarrollar posibilidades y por supuesto, la que nos atañe en este momento, su terapia *Orientada a las Soluciones*.

La terapia orientada en las soluciones desarrollada por O'Hanlon y Weiner-Davis, se basa fundamentalmente en las ideas terapéuticas del hipnotista Milton H. Erickson (Friedman, 2001). Este es un método que se centra en los recursos de las personas más que en sus déficit, en sus fuerzas más que en sus debilidades, en sus posibilidades más que en sus limitaciones. Se aparta de las explicaciones, los problemas y la patología, y se dirige hacia las soluciones, competencias y capacidades. Buscando que el terapeuta posea la sensibilidad necesaria para que el cliente tenga la sensación de ser escuchado, validado y respetado. Al mismo tiempo, tienen la precaución de no cristalizar la impresión actual que el paciente pueda tener de la situación. y procurar introducir y mantener abiertas las posibilidades de cambio y solución. (O'Hanlon, 2001)

Finalmente, en este enfoque se busca la solución a situaciones “problemáticas” que el paciente está sintiendo y no las que el paciente debe tener, apartándose de la visión centrada en descubrir los verdaderos problemas subyacentes y destacando la capacidad que tienen las personas para resolver sus propios problemas, la conveniencia de definir problemas resolubles y la necesidad de que los pacientes sigan avanzando hacia la solución. (O’Hanlon, 2001).

A diferencia del enfoque centrado en el problema que se limita a explorar el propio problema y en descubrir que lo mantiene, el enfoque centrado en la solución se aplica en todos aquellos momentos (excepciones) en los que no se presenta el problema o cuando la situación problemática la logra controlar el consultante, identificando con ello aquellas pautas de solución, poniendo énfasis en su desarrollo y establecimiento.

Cabe resaltar, que se incorporaron a la perspectiva Orientada en Soluciones algunos elementos de la perspectiva Centrada en Soluciones, como la pregunta de escala, ya que además de obtener una mayor flexibilidad terapéutica, se considera que estas dos perspectivas se complementan logrando que tanto la evaluación como la intervención del paciente oncológico en etapa paliativa sean más eficaces.

4.2 PERSPECTIVA ORIENTADA EN SOLUCIONES

4.2.1 Premisas

Las características particulares de los pacientes que se encuentran en situación terminal, como es la cercanía a la muerte, la sintomatología multifactorial y cambiante y un intenso impacto emocional hacen muy difícil intervenciones puntuales y aisladas. Por lo que se requiere de una relación de mutuo respeto, confianza y por supuesto de una intervención eficaz. De esta manera la terapia orientada en soluciones se convierte en una buena opción ya que aumentan la cooperación cliente-terapeuta, fortalece a los clientes y hacen más eficaz y agradable el trabajo mantiene aquellas presuposiciones. O’Hanlon, (1990) mantiene las siguientes premisas como una manera de centrarse en los recursos de los pacientes y, las cuales, al mismo tiempo ayudan a crear profecías autocumplidoras:

Los clientes tienen recursos y fuerzas para resolver las quejas. Generalmente los pacientes en etapa paliativa se encuentran agobiados por la enfermedad, sus tratamientos y su diagnóstico poco esperanzador, olvidando que aunque sus condiciones físicas no sean las óptimas aún tienen los recursos necesarios para resolver sus problemas. Por lo tanto, en ocasiones, “solo necesitan que se les recuerden las herramientas de que disponen para que desarrollen soluciones satisfactorias y duraderas. En otras ocasiones, puede que tengan algunas aptitudes que pueden ser aumentadas o perfiladas para ayudarles a superar su situación.” (op cit, pg. 45)

El cambio es constante e inevitable. Cuando el médico le da a conocer al paciente que ya no es posible curarlo, llegan a creer que así como su diagnóstico no puede cambiarse sus condiciones y relaciones también son inamovibles. Así que el terapeuta debiera influir en las percepciones del paciente para que logren tener la visión de que el cambio es constante y de esta forma se comporten como si el cambio fuera inevitable. Las situaciones de las personas siempre están cambiando. “Cuando las personas informan que nada ha cambiado, es su forma de ver al situación lo que ha quedado igual.” (op cit pg. 46)

El cometido del terapeuta es identificar y ampliar el cambio. “Es importante centrarnos en lo que parece estar funcionando, por pequeño que sea, calificarlo como valioso, y trabajar para ampliarlo.” (op cit. Pg.48). A veces los pacientes llevan acabo acciones que aminoran sus malestares pero están tan concentrados en su constante deterioro físico que no notan las herramientas o recursos que están utilizando para mejorar su problemática. Así la tarea del terapeuta consiste en detectar esta tendencia y animar al cliente a profundizar en el cambio.

No es necesario saber mucho sobre la queja para resolverla. Debido a cuestiones administrativas de la Clínica del Dolor, el tiempo de las sesiones terapéuticas tiene que ser lo mejor aprovechado, así que no se busca una información detallada sobre la queja, sino que hacen los clientes y que les da buenos resultados. Esto no quiere decir que la intervención minimice o niegue el dolor y sufrimiento de los pacientes o la imagen que puedan tener de su dificultades, sino que en ocasiones solo se requiere de mínimo de información para resolver la queja (O’Hanlon, 1990. O’Hanlon, 2001).

Solo es necesario un pequeño cambio; un pequeño en una parte del sistema puede producir cambios en otra parte del sistema. No siempre el terapeuta

tiene la oportunidad de ver al cuidador primario y mucho menos a toda la familia quienes en varios casos son parte de la queja planteada por el cliente o en ocasiones el cliente no puede o no desea ver al terapeuta por lo que se trabaja únicamente con su cuidador primario, a este respecto, De Shazer (1991) menciona que por más tremenda y compleja que se la situación, un pequeño cambio en la conducta de una persona puede generar diferencias profundas y de largo alcance en la conducta de todas la personas involucradas.

Los clientes define los objetivos. No hay una única forma correcta o valida de vivir la propia vida o de enfrentar la enfermedad y sus consecuencias. Lo que para una persona es una conducta inaceptable, resulta deseable para otra. Es muy común que los médicos refieran al psicólogo los pacientes por que el paciente no reacciona de acuerdo al proceso que ellos conocen (por ejemplo, el proceso de duelo de Kubler Ross) esta en negación por que no está llorando, o haciendo su testamento y al contrario se encuentra tal vez bastante sereno. Por eso es necesario que el terapeuta induzca a los pacientes a fijar sus propios objetivos. Solo en circunstancias poco frecuentes hacemos sugerencia alternativas a los objetivos de nuestros clientes. Por ejemplo, cuando se trata de una paciente que es madre soltera y sus hijos son pequeños es recomendable que prepare las condiciones en las que va a dejar a sus hijos, y así evitando una muerte intranquila.

Es posible provocar cambios o resolver problemas con rapidez. Como resultado de la interacción durante la primera sesión, los clientes obtienen una nueva visión nueva, más productiva y optimista de su situación. Palazzoli (en O'Hanlon, 2001 pg. 104) menciona que “si modificamos las reglas, modificamos la organización... Además, se debe destacar que esta interacción no exige un trabajo duro o prolongado por parte del terapeuta, sino solo la capacidad de aprovechar las oportunidades cuando se presentan”. Esto es muy importante ya que el paciente en etapa paliativa se enfrenta a cambios constantes ocasionados por la enfermedad o los tratamientos, por lo tanto, existe una gran variabilidad en su estado de ánimo o en sus preocupaciones, así que hay que resolverlas rápidamente y además lograr que posteriormente lo pueda hacer sin la ayuda del terapeuta.

No hay una única forma de ver las cosas. Aunque no se piensa que hay puntos de vista correctos o incorrectos, existen puntos de vista más o menos útiles. Es decir , las opiniones que las personas tienen acerca de sus problemas aumentan o disminuyen la probabilidad de solución. Los pacientes presentan generalmente sintomatologías parecidas, depresión, ansiedad, mala

comunicación con sus cuidadores, etc. Sin embargo pueden llegar a la solución de estas de distintas maneras sin ser una solución mejor que otra.

Céntrate en lo que es posible y puede cambiarse, y no en lo que es imposible e intratable. Hay que centrar la atención en los aspectos cambiantes y cambiables de la experiencia de los clientes. Por lo tanto, no nos fijamos en las características o aspectos del cliente o de sus situación que no sean susceptibles de cambio (O'Hanlon, 1990. pg 60).

4.2.2 Teoría del cambio

En la perspectiva orientada en soluciones el terapeuta identificara lo que la gente hace y le da buenos resultados, es decir, las excepciones, con la intención de que no pueda dejarse espacio para el problema. De acuerdo con O'Hanlon (1990) son tres las cosas que el terapeuta debe intentar en colaboración y para beneficio del cliente:

1.- Cambiar en el cliente su forma de actuar. Consiste en cambiar la forma de actuar en la situación percibida como problema, dando libertad para usar otras acciones que tengan más probabilidades de resolver la queja. Un cambio en el actuar puede producir también un cambio en el marco de referencia y generar recursos y capacidades nuevas u olvidadas.

2.- Cambiar en el cliente la forma de ver. Cuando los clientes informan que su situación no ha cambiado, la tarea de terapeuta será influir sobre la percepción que tiene el cliente, de su situación, pues es ésta y no la situación real, la que no ha cambiado.

3.- Evocar en el cliente, recursos, soluciones y capacidades. El terapeuta cumplirá su propósito a través de atender a ciertos temas, ignorar otros, interrumpir constantemente, escuchar silencios, formular ciertas preguntas y no otras, a fin de centrarse y generar información sobre los que parece estar funcionando, por pequeño que sea, calificarlo como valioso y ampliarlo.

Este modelo recomienda que el terapeuta debe centrarse en lo que es posible y puede cambiarse, y no en lo que es imposible o intratable.

4.2.3 Concepción del problema

Los problemas que la gente tiene no son “cosas” sino patrones del habla, pensamiento y acción constantemente cambiantes. La visión interaccional de la conducta humana, supone que es posible desarrollar nuevos patrones si los esfuerzos terapéuticos se enfocan en los procesos que constituyen excepciones a la norma problemática (Espinosa, 2001).

De acuerdo con O’Hanlon (1990) la mayoría de las personas permanecen en terapia menos de diez sesiones, sean cuales fueren los resultados. Por lo que hay que partir de la materia prima que trae el cliente y como terapeutas hay que elegir modos de pensar y hablar durante las sesiones que permitan crear problemas resolubles. Debemos definir problemas que se puedan resolver pronto y utilizar solo los recursos de los que dispongan nuestros clientes. El terapeuta no se debe detener en explicaciones tiene que ir directamente a las soluciones.

El punto de partida es el reconocimiento y uso de la negociabilidad del problema presentado. El paso siguiente es crear problemas resolubles y centrar la atención en cambiar las acciones y los puntos de vista del cliente acerca de la situación. Para ello, necesitamos establecer un foco terapéutico orientándonos hacia la identificación de los motivos de queja del cliente y su meta. La utilización de sus creencias y modos de obrar; así como centrar la atención en sus lados fuertes y recursos

Es decir, el problema es aquel que puede observarse en el presente en un área específica y que surge dentro de un contexto, y se mantienen por los intentos infructuosos para solucionarlo, mismos que impiden visualizar y aplicar más soluciones o explorar las excepciones (De Shazer, 1991).

4.2.4 Como se percibe al paciente /cliente

Desde este enfoque se afirma que no tiene sentido hablar de “pacientes” sino de clientes trátase de una persona o una familia. Los enfoques basados en la solución tratan a toda la gente como “normal” y considera que todos los seres humanos tienen recursos para solucionar sus quejas. El poseer ambas premisas contribuye para que las personas tiendan actuar de ese modo (Rodriguez, M y Beyebach, M, 1993).

4.2.5 Relación terapeuta-cliente

O'Hanlon (2001), considera que la terapia orientada a soluciones se enfoca como un proceso de cooperación en el que tanto el cliente como el terapeuta aportan sus experiencias y conocimientos, y es el cliente quien mejor conoce sus propias percepciones y sentimientos y quien posee los datos descriptivos esenciales para que el terapeuta pueda construir una definición viable del problema y establecer un marco y plan de solución. El terapeuta es el experto en la creación de un diálogo en cooperación orientado a soluciones y en observar las respuestas del cliente e incorporarlas a lo que se discute.

De igual manera la terapia centrada en soluciones plantea que los roles que el cliente y el terapeuta juegan en sesión son complementarios ya que ambos aportan sus diferentes conocimientos y expectativas para construir una buena relación, siendo el terapeuta quien debe utilizar sus supuestos teóricos para guiar esa relación en beneficio del cliente (Lipchik, 2004). Por lo tanto, la relación terapeuta-cliente es una labor importante en las Terapias basadas en soluciones, ya que esta relación debe generar un clima emocional para que la terapia se desenvuelva con la mayor fluidez posible y lograr un resultado exitoso en el proceso del cambio.

De acuerdo con Lipchik (op cit), el primer paso que un terapeuta centrado en la solución debe dar, es conectarse a nivel emocional con su cliente mediante una postura relajada y amistosa, teniendo el cuidado de no controlar, influir ni aconsejar, por lo tanto, el terapeuta propicia que el cliente defina los objetivos, puesto que no se considera mejor preparado para decidir sobre la vida de aquel y además reconoce que no existe una única forma correcta de vivir. Este modelo, de acuerdo con De Shazer (1997) distingue diferentes tipos de relación entre terapeuta-cliente:

Comprador: Es aquella persona que además de tener disposición, quiere hacer algo respecto al motivo de consulta, se diferencia de los demandantes por la descripción de su situación y sus objetivos, es decir, se ha logrado construir un objetivo, y el cliente se percibe como parte de la solución. Se pueden prescribir tareas conductuales que ejecutaran y les resultaran útiles.

Demandantes: Aquellos clientes con los que se ha identificado un motivo de consulta, pero no se han podido identificar los pasos concretos que tiene que dar para generar una solución y además no se visualiza dentro de ella pensando que la única solución es que otra persona cambie; se recomiendan

tareas observacionales o reflexivas que faciliten una nueva perspectiva de solución o descubrir al comprador oculto.

Visitantes: Son las personas que parecen que no tienen ningún motivo de consulta, de hecho, al final de la sesión pareciera que no ve ninguna razón para cambiar ni para consultar, puede señalar que no existe problema o que este pertenece a otra persona. Se recomienda mostrarse empático, buscar lo que funciona en vez de lo que no funciona, no prescribir tareas y descubrir, si es que existe, un comprador oculto u otro comprador.

Comprador Oculto: Una persona puede, inicialmente, no ser comprador para el motivo de consulta que fue derivado, sin embargo, puede ocurrir que lo sea para tratar otro asunto. La cooperación de la persona respecto del problema y de sus objetivos facilita el avance en la consecuencia de estos.

Es importante resaltar que durante todas las sesiones terapéuticas se debe preservar un clima emocional agradable, que la seguridad y comodidad que se le proporciona al cliente se debe mantener para no obstaculizar el progreso, Lipchik (2004) representa las interacciones terapeuta-cliente que generan el clima emocional. (ver figura 4.1).

Muchos de los clientes sienten que no tiene el control sobre su vida, experimentan una creciente desesperanza, temen a la crítica y lo desconocido y se muestran cautelosos en relación con el terapeuta. Están centrados en el problema y perciben su situación como “totalmente malo”. Por lo que el terapeuta debe hacerle comprender que el cambio puede potenciar cierta angustia, hay que ayudarlos a normalizar esta angustia y tratar de que acepten sus sentimientos en vez de combatirlos.

4.3 EL CAMBIO A TRAVÉS DE LA EVALUACIÓN.

La amenaza que genera la cercanía de la muerte provoca un intenso impacto emocional que varía de un sujeto a otro, dependiendo también de los recursos personales, sociales y sanitarios con los que se cuenta. Por lo tanto también la manera de enfrentarse a las complicaciones y cambios de su enfermedad es distinta, por ejemplo: muchas mujeres y hombres se muestran preocupados por el futuro cuidado de sus hijos; por su situación económica; por sentirse como una “carga” para sus cuidadores; tienen miedo a sentir dolor; a la soledad; a no saber lo que les espera y muchas veces a la muerte, etc. Estas “problemáticas” tienen que ser atendidas por el psicólogo de manera inmediata, pues no se cuenta con mucho tiempo debido a las características de los clientes y de la Institución, siendo necesario observar cambios satisfactorios desde que se lleva a cabo la evaluación del cliente, por que hay que considerar que puede ser la única.

La Perspectiva Orientada en Soluciones nos permite cumplir con este objetivo ya que un componente básico de este método es que la evaluación forma parte de la intervención. El proceso de la entrevista es una intervención en sí misma; es decir, mediante el uso de diversas técnicas, los clientes pueden experimentar, en el transcurso de la sesión, cambios importantes en la forma de “ver” la situación. Estos cambios permiten a la gente actuar más productivamente después de la sesión. En muchos casos, una tarea asignada al final de la sesión solo sirve para reforzar el cambio que ya se ha producido en ella. (Ochoa, 1995)

El síntoma que presentan el cliente comprende una dificultad a la que se suman intentos reiterados e ineficaces para superarla. El paciente identificado y su familia perciben la solución intentada como la única

correcta, siendo esta la idea que propicia la permanencia del síntoma impidiendo poner en práctica otras soluciones.

4.3.1 Primera entrevista

Debido a que no existen recomendaciones metódicas para abordar exitosamente las quejas de los clientes, solo se pueden señalar algunos lineamientos básicos que puedan guiar el quehacer terapéutico orientado en soluciones; reiterando que su labor no la realiza individualmente sino en co-participación con el cliente. Esta primera sesión la podemos dividir varias fases:

I: Al inicio de la terapia el psicólogo debe considerar que además de la ambivalencia en que se encuentran los pacientes en etapa paliativa, por lo general, no son ellos quienes solicitan el servicio de psicología, sino que es un servicio que ofrece la Clínica del Dolor a todos sus pacientes o que son los médicos quienes demandan el apoyo psicológico cuando lo consideran necesario. Por lo tanto, se deberán abordar temas que no promuevan el desacuerdo y la confrontación; sino la comodidad, el rapport y la unión; La meta de esta fase es que el terapeuta haga sentirle al cliente que está interesado en el cliente que comprende su situación y hacerle sentir que puede confiar en él, para lograrlo puede valerse de técnicas de unión, tales como, la adaptación al lenguaje del cliente y adoptar su modalidad sensorial.

II: Cuando ya se ha logrado esta unión con los clientes se les puede preguntar: “¿En que crees que podría ayudarte para mejorar el proceso por el que estas pasando?” o cuando es canalizado por un médico se le puede preguntar: “Tu médico está preocupado por que no estas tomando los medicamentos o te nota preocupado, etc ¿qué piensas de esto? y ¿En qué te puedo ayudar?”. En este proceso se busca una breve descripción del problema, utilizando preguntas que permitan indagar el verdadero motivo de la terapia.

III: Posteriormente se identifican las excepciones, O’Hanlon (1990, pg. 95) menciona que: “independientemente de la magnitud o la cronicidad de los problemas que sufren las personas hay situaciones u ocasiones en las que el problema, por alguna razón, simplemente no ocurre”. Muchas veces los pacientes paliativos tienden a percibir los eventos de su vida de manera muy negativa “El dolor nunca se me quita” “Todos los días me siento deprimido”

etc.. O'Hanlon y Weiner-Davis (1990) diseñaron una serie de preguntas llamadas "*Preguntas presuposicionales*" (ver tabla 4.1) con las que el cliente al contestarlas no tiene más remedio que aceptar la premisa de que el cambio es inevitable. Estas preguntas se hacen durante la sesión y están diseñadas para funcionar como intervenciones. Aunque estas preguntas se usan lo más posible, las preguntas específicas que elegimos dependen de nuestro objetivo en cada momento de la sesión.

TABLA 4.1. PREGUNTAS PRESUPOSICIONALES (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1990)

1. ¿Qué es diferente en las ocasiones en que _____ (haz podido hablar con tu pareja, ayudas en las tareas cotidianas, etc).
2. ¿Cómo conseguiste que sucediera?
3. ¿De que manera el que _____ (ocurre la excepción) hace que las cosas vayan de otra forma?
4. ¿Quién más advirtió que _____ (no estabas alterada, que estabas más cómoda).
5. ¿Cómo conseguiste que dejara de _____ (huir cuando hablabas de tu muerte, hacer las cosas por ti)?
6. ¿De qué manera es esto diferente de la forma en que lo hubieras manejado hace _____ (una semana, ayer, etc).
7. ¿Qué haces para distraerte? ¿Cuáles son tus aficiones o intereses?
8. ¿Anteriormente has tenido esta dificultad? (En caso afirmativo) ¿Cómo la resolviste entonces? ¿Qué tendrías que hacer para conseguir que eso volviera a suceder?

Un aspecto que guía al terapeuta breve orientado en soluciones es considerar la situación del cliente como una reacción natural a la enfermedad, más que problemático, aunque los clientes lo enmarquen dentro de lo patológico o psicológico, el terapeuta debe ofrecer un marco de referencia cotidiano para reestructurar la situación como normal.

Para el cambio es importante negociar la definición del problema, es decir, *co-construir un problema resoluble*, para ello, de acuerdo con O'Hanlon y Weiner-Davis (1990), el terapeuta debe:

- ∞ Buscar la especificidad del problema y preguntar sobre las ocasiones en las que el cliente no lo experimenta.
- ∞ Poner atención a las características o aspectos del cliente o de la situación, que son susceptibles al cambio o factibles de solución.
- ∞ Identificar las soluciones anteriores que fueron exitosas para resolver el problema actual.
- ∞ Reconocer los recursos y fortalezas del cliente.

IV: Posteriormente el cliente y el terapeuta inician la *definición de objetivos* (Ver tabla 4.2) relevantes para el cliente, alcanzados en un periodo de tiempo razonable, expresados en términos positivos, es decir indicando la presencia y no la ausencia de algo, quizá objetivos pequeños que una vez logrados causen efectos más amplios en otras áreas. Otro aspecto muy importante en la definición de objetivos es determinarlos de forma muy concreta como si se estuviera relatando un video, a fin de que los clientes y su sistema significativo reconozcan el logro de los mismos.

Tabla 4.2 OBJETIVOS BIEN FORMADOS (Berg y Miller 1992)

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ∞ Relevantes para los clientes. ∞ Pequeños. ∞ Descritos en términos conductuales. ∞ Descritos como “empezar algo” más que “terminar algo/dejar algo. ∞ Descritos en su contexto interaccional. ∞ Que los clientes perciban que conseguirlos implica “trabajo duro”. ∞ Alcanzables. |
|--|

V: Cuando al cliente se le dificulta recordar excepciones se pueden hacer preguntas orientadas al futuro, estas preguntas se llaman “preguntas de avance rápido” (O’Hanlon y Weiner-Davis, op cit). Una manera de hacerlo es plantear la “pregunta del milagro” con el fin de que el cliente pueda referir en términos de conductas concretas y específicas, que características

tendrá la solución. Es importante que al plantear esta pregunta el cliente tenga claro que el milagro sucederá en cuanto a la sintomatología provocada por la enfermedad o las situaciones derivadas de esta y no a desaparecer el padecimiento.

O'Hanlon (1990, pg.119) emplea una versión distinta a esta pregunta: "Supón que saco una varita mágica y soy capaz de hacer magia con tu problema ¿qué cosas sucederían distintas a las de antes?". Sin embargo, las dos preguntas ofrecen información de cómo será la solución.

De acuerdo con Beyebach (1995, pg. 159) esta pregunta no pretende solamente recoger una serie de objetivos bien planteados. Más allá de esto, se trata de romper el encuadre que los clientes hacen de su situación y de situarles en un futuro diferente.

Casi siempre esta es una experiencia nueva y fuerte para el paciente. Proyectarse hacia el futuro e imaginar que la propia vida, dolorosa triste, deshecha se transforma en otra mas armoniosa y feliz. Iso K. Berg y Miller (1992) consideran que esto es en el don más grande que un terapeuta pueda concederle a un paciente: la esperanza y una visión de posibilidad.

VI: Partiendo de la idea de que los problemas que la gente lleva a terapia no son "cosas", sino patrones del habla, pensamiento y acción constantemente cambiantes los cuales son susceptibles de cambiar, es necesario intervenir sobre los propios patrones de contexto.

Intervención sobre el patrón del contexto. Este tipo de intervención consiste en modificar los patrones que no tienen que ver directamente con la realización de la queja (op cit, pg. 145). Es decir, una persona que refiere que la ansiedad por una próxima cirugía no le permite realizar sus actividades cotidianas se le puede pedir que cada vez que empieza a sentir ansiedad arregle su jardín durante una hora.

VII. Para concluir la primera sesión es necesaria la prescripción de tareas, en este caso, las denominadas tareas formula, se trata de intervenciones generales, que se prescriben con independencia del contenido concreto del problema particular que presenten los clientes. (O'Hanlon y Weiner-Davis, op cit)

Tarea formula de la primera sesión. Hace posible identificar y ampliar los aspectos satisfactorios de la vida del cliente, a quien define como una persona capaz de hacer cosas positivas.

Al finalizar la primera entrevista se le dice al cliente:

“Desde ahora y hasta la próxima vez que nos veamos, me gustaría que observara, de modo que pueda describirlo la próxima vez, lo que ocurre en tu (familia, vida, matrimonio, etc.) que quieres que continúe ocurriendo.”
(De Shazer, 1991, pg. 137)

Tal vez algunas de estas cosas valiosas ya estuviesen ocurriendo, pero simplemente pasaban desapercibidas antes de que la tarea dirigiera su atención de los clientes hacia los lugares adecuados.

Tarea sorpresa. Se pide al cliente que hagan algo nuevo y sorprendente. La intervención introduce una conducta nueva que rompe la persistencia de los patrones conductuales habituales, propiciando que las sorpresas intentadas se conviertan en soluciones nuevas y eficaces. La tarea es la siguiente :

“Haz al menos una o dos cosa que sorprendan a tus padres (esposo(a), hijos, hermanos) y lo les digas que es. Padres, su tarea consiste en adivinar que es lo que ella esta haciendo. No comparen sus notas; eso se hará en la próxima sesión.” (O’Hanlon y Weiner-Davis, 1990, pg.150)

Cuando el cliente se encuentra hospitalizado esta tarea se le deja a él y a su cuidador primario, en el caso de que se trate de una visita domiciliaria, esta tarea se puede dar a la familia completa.

Tareas genéricas centradas a soluciones eficaces. Cuando el cliente no provoca de manera deliberada la solución adecuada, es decir, si a pesar de identificarla no es capaz de establecer diferencias entre los que sucede cuando el problema aparece y cuando no aparece, pueden darse dos situaciones: que su expectativa de lugar de control del cambio sea interna, es decir, que piense que inadvertidamente ha hecho algo para controlar el síntoma, o que sea externa y sitúe el control fuera atribuyéndolo a otra persona o circunstancias externas.

4.3.2 Intervenciones que deben ser consideradas durante las sesiones.

En la Terapia Orientada en Soluciones, como se ha mencionado, el trabajo fundamental se realiza durante la entrevista; y las intervenciones permiten afianzar los cambios generados durante la sesión y fomentar que los significados generados por la conversación terapéutica se reflejen en nuevas formas de actuar. Otras intervenciones empleadas son las siguientes:

Hipnosis orientada a las soluciones. Con la hipnosis se busca despertar capacidades que el cliente ya tiene, pero no ha empleado en el contexto del problema, al buscar experiencias automáticas, acciones que estén más allá del control deliberado de la persona. Una forma de hacerlo es hablando de experiencias que pertenecen a la misma clase de soluciones que se quieren evocar. (O’Hanlon y Weiner-Davis, 1990). Por ejemplo, una de las razones por la que la terapia cognitivo–conductual es utilizada con los pacientes oncológicos es por sus técnicas de relajación, las cuales, resultan eficaces cuando el paciente presenta dolor, disnea o ansiedad. La hipnosis orientada a las soluciones permite trabajar también con esta sintomatología, por ejemplo, cuando la solución puede ser la relajación, se le puede hablar al paciente de los momentos en lo que se siente relajado, cuando se sienta a escuchar música y lo relaja o cuando se le proporciona un masaje relajante. Con este enfoque se le dice al cliente que se *puede* relajar eliminando la “resistencia” que pudiera presentarse.

El elogio. El elogio detalla las estrategias que el cliente tiene para controlar la desaparición o evitación del problema, así como para hacer cosas satisfactorias en otros aspectos de su vida, es decir, destaca las tendencias positivas del cliente.

El lenguaje como intervención. Una vez identificada la modalidad sensorial utilizada por el cliente y ya que el terapeuta se ha unido a él utilizando su lenguaje, se continúa a canalizar la conversación hacia descripciones menos patológicas. Se encauzan los significados de las expresiones del cliente hacia una dirección más positiva, o a emplear distintas palabras, con el objetivo de que el cliente utilice palabras más útiles, es decir, aquellas que se alejan de

los rótulos negativos tradicionales, que son fijos y no conducen más que reafirmarlos, por ello hay que conducir al cliente para que este los traduzca en descripción de acciones, más que una característica inamovible.

El trabajo sobre excepciones. Después de lograr una descripción del problema, en terapeuta se da a la tarea de buscar excepciones para orientar la conversación aquello que funciona y permita superar la conducta problemática. Las excepciones pueden ser espontáneas o deliberadas. En el primer caso, no existe una regla que presida su aparición, por lo que el paciente las percibe como fuera de su control voluntario. En el segundo caso, las personas son conscientes de que hacen algo voluntariamente para impedir que surja el síntoma y que con eso tiene éxito

Una forma de ayudar al enfermo terminal es reconstruyendo y reformulando su realidad de manera benéfica con la modificación de malas interpretaciones y malos entendidos. A través de diversas preguntas el terapeuta puede investigar la visión que tiene el paciente acerca del estado su enfermedad y las consecuencias tanto físicas como psicológicas, así como la percepción de las personas significativas (Die Trll, 2000).

De acuerdo con de Shazer (1997) las excepciones son aquellas conductas, percepciones, ideas y sentimientos que contrastan con la queja y tiene la potencialidad de llevar una solución si son adecuadamente ampliadas. Es decir, se llaman excepciones por que las personas consideran que sus problemas ocurren siempre, pero cuando no es así parece como si lo fuera y al proceso de cambio no se le da importancia o se le toma como casualidad, el propósito de las excepciones es detectar momentos en los que no aparece el problema. Nos ofrecen información acerca de lo que se necesita para resolver un problema, evaluado las diferencias cuando no se presenta la situación problemática.

La terapia centrada en soluciones puede entenderse como un método para generar excepciones, marcarlas como tales y ampliarlas hasta que desaparezca el problema De acuerdo con Beyebach (1995) se pueden distinguir cinco pasos en el trabajo con excepciones:

- 1) *Elicitar.* Consiste en suscitar el tema de las excepciones. A menudo no hace falta que el terapeuta sea quien de este paso, ya que los propios clientes informan espontáneamente de las cosas que han ido

- mejorando. Las excepciones que interesan son las más recientes posible, ya que serán más fácilmente aplicables a la situación actual.
- 2) *Marcar*. Se trata de que la excepción no pase desapercibida, que cobre importancia a los ojos de los clientes y que suponga una “diferencia que marca una diferencia”. Esto es especialmente importante cuando se recogen excepciones que los clientes han informado espontáneamente.
 - 3) *Ampliar*. La idea es que los clientes hablen de estas excepciones el mayor tiempo posible y que den lujo de detalles.
 - 4) *Atribuir control*. Una vez ampliada la excepción se atribuye el control sobre ella a los clientes, permitiendo fortalecer su posición y además permite que aumente la frecuencia de las excepciones en la medida que sean capaces de encontrar la forma eficaz para ello.
 - 5) *Seguir*. Este es el último paso que consiste simplemente en preguntar que más excepciones ha habido. Una vez elicitada la siguiente excepción, se vuelve a marcar, ampliar, atribuir control, etc.

Otra pregunta eficaz en la primera sesión es la *pregunta de escala*. De Shazer y su equipo propusieron en 1986 utilizar las escalas de avance como una forma de poder trabajar en aquellos casos en los que la queja y los objetivos eran excesivamente vagos para obtener descripciones conductuales de los mismos. En la actualidad, constituyen un importante recurso técnico mediante el cual generar información de utilidad para los clientes, ya que permite establecer metas, identificar avances y atribuir responsabilidad por los cambios conseguidos. La pregunta de la escala se hace en todas las sesiones, habitualmente hacia el final de las entrevistas. Aunque en nuestro caso este tipo de preguntas se utiliza para analizar la perspectiva del paciente, su visión de los demás y como cree que lo perciben los demás, puede emplearse también, para evaluar la autoestima, la autoconfianza, etc., ayudan al establecimiento de prioridades en los problemas, percibir esperanza y evaluar el progreso, además de que permite explorar la medida en que se cree en la posibilidad de cambio. La pregunta es la siguiente: “En una escala que va del 0 al 10, y en la que el “0” representa el peor momento en que han estado las cosas y el “10” corresponde a las cosas tal como serán cuando los problemas estén resueltos ¿dónde se situaría usted el día de hoy? ¿A que número te gustaría llegar ahora? ¿Qué necesitas para hacerlo? El

cliente puede ayudar a detallar la escala, al determinar sus ritmos de avance y sus metas. (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1990)

4.10 INVESTIGACIONES

A lo largo de este capítulo se han presentado los antecedentes de la perspectiva, los presupuestos teóricos y las técnicas que conforman la Perspectiva Orientada en Soluciones. Haciendo hincapié en que el modelo puede ofrecer alternativas eficaces para la intervención breve con los pacientes oncológicos. A continuación se analizarán algunas investigaciones que permitan respaldar la eficacia y la brevedad de la Terapia Centrada en Soluciones.

El primer informe sobre los resultados obtenidos por la Terapia Centrada en Soluciones aparece en un trabajo en 1986 (De Shazer, Berg Lipchik, Nunnally, Molnar, Gingerich y Weiner-Davis, 1986). El equipo de Milwaukee analizó los resultados terapéuticos obtenidos en una gran muestra de 1600 pacientes tratados en el BTFC entre 1978 y 1983. En este caso, el 72% de los clientes indicaron que o bien habían alcanzado sus objetivos o bien habían alcanzado una mejoría significativa. La media del número de sesiones se redujo a seis.

Un estudio más riguroso acerca de esta terapia fue llevado a cabo por Nunnally también en el BTFC de Milwaukee (Nunnally, 1990). En el seguimiento de los seis meses el 80% de los clientes consideró que había alcanzado el objetivo planteado en terapia o que se había acercado significativamente a él; de forma complementaria, el 81% de los clientes contestó que el problema presentado estaba completamente resuelto o que había mejorado. Estos resultados se mantenían (o incluso mejoraron ligeramente) en los seguimientos posteriores, a los 12 y 18 meses. En el 66% de los casos hubo mejorías posteriores a la terapia. La duración media de las sesiones fue de 4.66.

Datos del BTFC (De Shazer, 1994) apuntan a que se mantiene una proporción de casos exitosos superior al 80 % de casos exitosos, con una reducción del número de sesiones de terapia, que queda estabilizada en torno a una media de 4.2. Además se sigue comprobando que el porcentaje de

consecución de objetivos aumenta cuando el tiempo del seguimiento es mayor y que se produce el “efecto de irradiación” puesto que aparecen mejorías en áreas no trabajadas directamente en la terapia.

En España Rodríguez-Arias y su equipo encontraron datos similares, en una muestra heterogénea de 271 casos atendidos en un Centro de Salud Mental. En este diseño, un grupo de observadores externos, revisa la primera y la última sesión de terapia (grabada en audio) y la codifica según los informes de cambio de los clientes y la estimación de los propios observadores. El 11% abandono tras la primera entrevista, de los casos que siguieron más allá de la primera sesión, el 80% fue codificado como éxito (desaparición de la queja o mejoría) y el 16% como fracaso (no se cumplen los criterios de éxito). Las terapias también son sorprendentemente breves, con una media de 5 sesiones por tratamiento. (Fontecilla, Ramos y Rodríguez-Ávila, 1993).

La perspectiva Orientada en Soluciones no ha sido investigada en pacientes con cáncer u otras enfermedades crónicas, sin embargo, otras perspectivas del enfoque sistémico han tenido resultados favorables con padecimientos crónicos como la Terapia familiar y la estructural a continuación se describen algunas investigaciones de estas perspectivas.

La terapia familiar ha hecho incursiones en el tratamiento de los adictos y por supuesto, sus familias. De esta forma, Maurizio Coletti habla de una mejoría del 65.38% en contraste con un 26.92% sin cambios después del tratamiento en familias abordadas con un modelo estructural. Un 76.92% de mejoría contra un 19.23% con un modelo de contraparoja. Guillermo Bernal (1993) reportó que la terapia familiar obtiene un 90% de mejoría en caso de abuso de drogas con un modelo de Terapia Contextual y que los resultados dependen de las posibilidades de la expresión emocional de el conflicto, del sobre -envolvimiento de algún familiar o de comentarios negativos sobre el miembro sintomático. Ramírez Villaseñor (1989) reportó un 60% de mejoría en casos tratados de manera estratégico estructural en un ambiente penitenciario donde el éxito del tratamiento dependió del número de participantes de la familia, el número de sesiones (entre 3 y 11) y quién determinaba la terminación del tratamiento (institución o terapeuta). En un seguimiento de casos de Campo Renacimiento efectuado a pacientes tratados entre Octubre de 1999 y Mayo del 2000 con un modelo distinto de atención familiar con dos sesiones familiares y tres sesiones multi familiares con exposición de temas tales como "Co-dependencia", "Límites" y "El Alcoholismo como enfermedad familiar" se encontró que el 49.95% de los

pacientes permanecían limpios contra un 49.99% que habían recaídos. (Ramirez, V, 2002)

Se investigó la eficacia de dos intervenciones *Terapia Familiar Sistémica* (TFS) y *Grupo de apoyo de familiares + terapia de grupo para las pacientes* (GAP+TG), aplicadas durante un año, para mejorar la psicopatología y el ajuste social en pacientes ambulatorios con trastornos de la alimentarios (TA). Setenta y un sujetos con TA según criterios diagnósticos del DSM-IV (APA, 1994) fueron asignados aleatoriamente a los dos tipos de intervención y evaluados con la *Brief Psychiatric Rating Scale-Expanded* (BPRS-E), la *Symptoms Check List* (SCL-90-R), el *Beck Depression Inventory* (BDI), la *Self Anxiety Scale* (SAS) y la *Social Adjustment Scale Self Report* (SAS-SR) al inicio y fin del tratamiento. Ambas intervenciones mostraron mejorías significativas en la evaluación postratamiento, siendo los resultados mejores en la TFS frente a la GAP+TG, especialmente en pacientes con bulimia nerviosa. Los resultados avalan la eficacia de este tipo de intervenciones para mejorar la psicopatología y el ajuste social en pacientes ambulatorios con TA. (Espina, A, Ortego M, Ochoa de Alda, I, 1998)

Además de estas investigaciones, se pretende mostrar de manera particular la eficacia de algunas de las técnicas utilizadas por este modelo. Por ejemplo, al utilizar técnicas como la pregunta del milagro y la pregunta de escala, se contribuye a que las metas queden mejor articuladas, lo que aumenta su valor motivacional y facilita que los clientes generen estrategias para alcanzarlas. Cuanto más concretas, específicas, próximas y alcanzables son las metas que las personas se proponen, mayores son los niveles de ejecución que se consiguen. En otras palabras, el cambio deja de ser algo demasiado lejano y resulta más fácil empezar a verlo como algo posible incluso inevitable. (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1990).

De acuerdo con Navarro (1995) el trabajar sobre objetivos, excepciones y escalas permite que las familias asuman su parte de responsabilidad por los cambios, fomentando posiblemente en los clientes un locus de control interno respecto a sus logros.

Y por que a diferencia del enfoque cognitivo- conductual, en el que el DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) ejerce una gran influencia, el enfoque Orientado en Soluciones no hace presunciones

acerca de la “verdadera” naturaleza de los problemas que los pacientes experimentan como consecuencia de su neoplasia.

En este sentido, se considera que la Perspectiva Orientada en Soluciones debe ser tomada en serio como una alternativa terapéutica con los pacientes oncológicos, ya que cuenta con apoyo clínico y científico suficiente como para ser utilizada confiablemente en las diversas instituciones médicas.

CONCLUSIONES

Cuando se habla de cáncer, se habla de un problema de salud pública que afecta al 35.3% de los hombres y 64.7% de las mujeres. Se trata de un padecimiento ante el que existe gran temor por que se le suele asociar con la muerte además de considerársele una enfermedad peligrosa, ya que los síntomas, por lo general, son silenciosos, lo cual hace tardado y complicado el diagnóstico temprano, sin que esto quiera decir que el diagnóstico a tiempo sea imposible.

Y si aunado a esto, se considera que la Organización Mundial de la Salud, manifiesta que el cáncer a nivel mundial tendrá un incremento del 50% en las próximas dos décadas, entonces es primordial que las instituciones dedicadas a proporcionar atención a la población que padece esta enfermedad, estén preparadas no únicamente para intervenir con los pacientes en el momento del diagnóstico, sino también a lo largo del tratamiento, supervivencia, prevención y por supuesto a la formación de especialistas con la sensibilidad y preparación suficiente para intervenir eficazmente durante el proceso de la enfermedad, particularmente en la etapa terminal.

Es que durante la estancia en el INCan se evidenció la necesidad de contar con un equipo, verdaderamente, multi-interdisciplinar, que si bien debe estar dirigido, la mayor parte del tiempo por un médico, para garantizar la continuidad del cuidado, este médico ha de trabajar con especialistas para poderle consultar: psiquiatra, psicólogo, personal de enfermería, trabajador social, voluntariado y tanatólogos, que trabajen en el cuidado del paciente y sus familias.

Otro aspecto importante que se debería considerar en el INCan es el procurar un abordaje más integrativo y con distintos ángulos, específicamente el psicológico. Por lo tanto, el Instituto debería darse a la tarea, no únicamente de formar y especializar a médicos, sino también a psicólogos, mediante un entrenamiento práctico en la intervención directa sobre el paciente, los familiares y la atención al personal sanitario. Lo cual, implica formar a los psicólogos en la evaluación, diseño y puesta en práctica de programas de intervención dirigidos a la prevención, al tratamiento, a la adaptación y calidad de vida.

Explotando, de esta manera, los recursos de los prestadores de servicio social y que estos mismos desde un inicio presten un servicio eficaz y propositivo. Y es que el modelo teórico predominante en el INCan es el

cognitivo- conductual, que si bien sus aportes teóricos y técnicos han sido un instrumento muy valioso al brindar diversos recursos para enfrentar al paciente oncológico y su medio, habría que considerar que como psicólogos hay que dedicarnos de manera permanente a encontrar alternativas metodológicas que permitan atender el sufrimiento humano.

Considerando lo anterior, una propuesta terapéutica para el paciente paliativo es la perspectiva Orientada en Soluciones que ofrece una visión distinta del tratamiento del paciente al considerar a este como el portador de recursos y capacidades necesarios para resolver su situación no importando lo cambiante que pudiera ser logrando recuperar parte de su calidad de vida. Este enfoque terapéutico reconsidera los presupuestos arraigados en la terapia, se aleja de la búsqueda de patologías para resolver los problemas humanos, cabe resaltar que no por esto se menoscaba las otras orientaciones terapéuticas.

Es una propuesta que permite en el cliente visualizar cambios posibles y tangibles en los síntomas provocados por la enfermedad, que se puede enfocar en aquellos momentos en los que el dolor, su ansiedad, etc., disminuyen, en buscar el “para que” de su situación y no el “por que”, mediante la premisa de que el cambio es constante e inevitable, la idea de que para encontrar una solución no hace falta conocer el problema que se pretende solucionar.

Se trata de un enfoque que trata de abordar a cada persona y a su familia desde su unicidad sin imponer criterios externos de normalidad o corrección, es decir, no parte de problemáticas estandarizadas para los pacientes ni procesos de duelo por los que forzosamente tiene que pasar el paciente, permitiendo solucionar sus verdaderas necesidades.

Además evita la patologización de las personas y de sus relaciones y se centra en sus posibilidades y no en sus limitaciones, regresándole al cliente la oportunidad de incorporarse a algunas de sus actividades cotidianas, recobrando su autonomía tan preciada. El lenguaje centrado en las soluciones es un lenguaje orientado hacia el futuro que busca descripciones positivas y aspiraciones de los clientes, con lo que el paciente tiende a reconsiderar su enfermedad diseñando proyectos de vida en los que ellos juegan un papel más activo y manteniendo una esperanza real.

La perspectiva Orientada en Soluciones ofrece una forma diferente de plantearse y enfocar la labor terapéutica se trata de un modelo que además de contar con técnicas de intervención eficaces se interesa por la

establecer un ambiente terapéutico de confianza, tomando en cuenta las emociones de los clientes, haciéndole sentir al paciente que es escuchado y que sus opiniones son valoradas y no prejuizadas, que le permite mejorar la comunicación con su cuidador primario y su familia.

Es una propuesta que puede ofrecer progresos en la intervención del paciente oncológico. Así mismo, puede tener un enorme impacto social pues además de su eficacia terapéutica, los procesos a través de los cuales produce los cambios tienden a ser breves siendo un enfoque terapéutico muy provechoso para los pacientes y los terapeutas, considerando las condiciones del tiempo de estancia de los pacientes en el hospital.

A pesar de los beneficios que nos ofrece este modelo terapéutico no cuenta con la difusión suficiente en muchas universidades, por ende el material teórico y las investigaciones son escasos. Sin embargo esta tesina tuvo el interés de presentar a la perspectiva Orientada en Soluciones como una alternativa eficaz para el tratamiento de estos pacientes, al ser una terapia breve, con resultados a corto y largo plazo. Es una terapia que orienta a los clientes hacia elementos positivos y hacia el futuro, ayudándoles a tomar en sus manos e inventándolos a hacerse responsables nuevamente su vida. Haciéndoles sentir que todo lo que han hecho ha valido la pena, y les ayuda a recuperar la esperanza y la fe, pero haciéndolos conscientes de que existe otra posibilidad, la muerte, y que también hay que estar preparados para cuando llegue el momento de enfrentarla.

Finalmente, otro punto que no puede dejarse de lado es la formación profesional del prestador de servicio social. Ya que al inicio del servicio, el alumno no cuenta con todas las habilidades y preparación suficiente para atender a este tipo de población, sin embargo, cuenta con diversas técnicas y fundamentos teóricos adquiridos durante la formación profesional que pueden ser aplicados y desarrollados en estas practicas. La FES-Z con las Unidades Multiprofesionales de Atención Integral (UMAI) proporciona el primer acercamiento a la práctica profesional, ya que en estas unidades se abordan diversas problemáticas, como pueden ser, las relaciones de pareja, laborales, familiares, etc.; lamentablemente durante estas practicas, no se atendió ningún caso relacionado al cáncer o con alguien cercano a la muerte. No obstante, se ofrecieron las bases teóricas que permitieron desarrollar y aplicar a la pasante sus funciones como psicóloga. Estas funciones se aplicaron en las tres áreas de la Clínica del Dolor y son las siguientes:

Detección: Se identificó la problemática específica de la persona que aceptó el servicio de psicología, por ejemplo: angustia, enojo, confusión, necesidad de información, miedo, la necesidad de cada paciente, diferenciando sus necesidades de las del médico que lo había referido; *Planeación:* en las sesiones con el paciente se detectaron sus recursos existentes, establecieron objetivos y finalidades. Diseñando la manera en la que se iba a trabajar y las técnicas específicas que utilizarían; *Intervención:* Se implementaron técnicas como la búsqueda de excepciones, la pregunta del milagro, la de escala, preguntas abiertas, reflexivas, presuposicionales, tareas formula, etc.; *Evaluar:* se utilizaron algunos instrumentos que la Clínica requería que se aplicaran para información necesaria en el expediente como el MINI-Mental y el examen mental en el paciente; *Prevención:* Esta función se alcanzó en las tres áreas de la Clínica, puesto que se exploraba el nivel de información que tenía el paciente de su padecimiento, se resaltaban sus recursos haciéndole sentir de nuevo útil trabajando con su dolor y preocupaciones para así evitar lo más posible el sufrimiento, tanto emocional como físico.

El trabajo terapéutico con pacientes paliativos favoreció la visualización de una perspectiva diferente en torno al duelo, a las pérdidas, aceptándolos como parte constante de la vida, fortaleciendo la búsqueda del sentido de vida, la valorización de los demás y de sí misma. Tanto la asistencia al hospital como las visitas domiciliarias fueron una práctica difícil e intensa en emociones; pudo palpase la tristeza, el dolor, las despedidas, la resignación, la aceptación, la impotencia, la gratitud al ser escuchado y pero también la alegría; esto se observó tanto al convivir con los pacientes como con sus familiares.

Otro elemento que se obtuvo durante la educación brindada por la FEZ-Z fue el conocimiento de algunos modelos de intervención psicológica, entre los cuales, se encontraba la perspectiva Orientada en Soluciones modelo que se propone como alternativa de intervención del paciente oncológico en etapa paliativa y se propone este modelo por que mediante sus técnicas y estrategias se puede conseguir el objetivo de los cuidados paliativos que es la adaptación a la enfermedad y proporcionarle calidad de vida del paciente.

ANEXO 1

INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA CLINICA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS MEDICINA CONDUCTUAL

EXAMEN MINI-MENTAL Marshal y Susan Folstein *Journal of Psychiatry Research*

ORIENTACION

Puntaje Max	Puntaje
5	() ¿Que año, mes, fecha, día y estación es?
5 piso	() ¿Dónde estamos: país, ciudad, colonia, hospital,

MEMORIA RECIENTE

- 3 () Nombrar 3 objetos: 1 segundo para decir cada uno. Luego preguntar al paciente los 3: Dar un punto por cada respuesta correcta. Repita hasta que el paciente aprenda los 3. Escriba el número de intentos: ...

ATENCIÓN Y CALCULO

- 5 () Pedir contar del 100 hacia atrás de 7 en 7. Un punto por cada respuesta correcta; detener después de 5 respuestas. Alternativa: deletrear la palabra “.....” al revés.

MEMORIA REMOTA

- 3 () Preguntar por los 3 objetos previos. Un punto por cada respuesta correcta.

LENGUAJE

- 9 () Nombrar un lapicero y un reloj (2 puntos).
Repetir una oración (1 punto).
Seguir instrucción de 3 etapas: “Toma esta hoja en tu mano derecha, dóblala a la mitad y ponla en el piso” (3 puntos).
Lee y obedece lo siguiente: “Cierra tus ojos” (1 punto).
Escribe una oración (1 punto).
Copiar el dibujo (1 punto).

PUNTAJE TOTAL:

Evaluar el nivel de conciencia en el continuum: Alerta---Somnolencia----
Estupor -----Coma.

INSTRUCCIONES PARA LA APLICACIÓN DEL EXAMEN MINIMENTAL

ORIENTACIÓN

- 1.- Pregunte la fecha. Luego pregunte específicamente por las partes omitidas, por ejemplo, “¿Puede decirme también que estación es?”. Dar un punto por cada respuesta correcta.
- 2.- Pregunte: “¿Puede decirme el nombre de este hospital?”. Dar un punto por cada respuesta correcta.

MEMORIA RECIENTE

Pregunte al paciente si puede probar su memoria. Luego nombre de manera clara y lenta 3 objetos no relacionados. Dar un segundo de separación entre palabra y palabra. Después de decir las 3, pida al paciente que las repita. La primera repetición determina el puntaje (de 0 a 3), pero siga diciendo las palabras hasta que pueda repetir las 3; el máximo de intentos es 6.

ATENCIÓN Y CÁLCULO

Pida al paciente que empiece a contar del 100 hacia atrás de 7 en 7. Deténgalo después de cinco restas. Califique el total de respuestas correctas. Si el paciente no puede realizar esta tarea, pídale que diga la palabra “mundo” al revés. El puntaje es el número de letras en orden correcto, ejemplo: para mesa, asem=5, ames=2.

MEMORIA REMOTA

Pida al paciente que nombre las 3 palabras que previamente le había pedido que recordara. Puntaje 0-3.

LENGUAJE

- 1.- Nombrar: muestre al paciente un reloj de pulso y pregúntele que es. Haga lo mismo para un lapicero. Puntaje: 0-2.
- 2.- Repetición: pida al paciente que repita una oración después de usted. Permita solo un intento. Puntaje: 0-1.
- 3.- Instrucción de 3 etapas: dar al paciente una hoja blanca y dar la instrucción. Dar 1 punto por cada parte que se ejecute correctamente.

- 4.- Lectura: en una hoja blanca escribirla oración “Cierra tus ojos” en letras suficientemente grandes para que el paciente pueda leer claramente. Dar 1 punto si sólo cierra los ojos.
- 5.- Escritura: dar al paciente una hoja en blanco y pídale que escriba una oración para usted. No dicte una oración, es para obtener escritura espontánea. Debe tener un sujeto y un verbo. No es necesario corregir puntuación o gramática.
- 6.- Copiar: en una hoja blanca dibujar 2 pentágonos que se intercepten; cada lado es de 2.3 cm. y pedirle que lo copie exactamente como es. Los 10 ángulos deben estar presentes y 2 deben interceptarse para lograr un punto. Ignorar rotación y temblor de la mano.

BIBLIOGRAFÍA

- Andolfi, M. (1977). **Terapia familiar**. México: Paidós.
- Arranz, C. Bayés, R. (1995). **Aspectos psicológicos del enfermo en situación terminal**. En: González, B., Ordóñez, A. (comp). Tratado de medicina paliativa. España: Editorial medica panamericana.
- Bayés, R. (1985). **Psicología oncológica**. Barcelona: Martínez Roca
- Bayés, R (1990)0. **El psicólogo ante el enfermo en situación terminal**. España: An Psicol.
- Berg, I. Miller, S (1992). **Trabajando con el problema del alcohol**. España: Gedisa.
- Bertalanaffy L . (1987). **La Teoría General de los Sistemas**. Madrid. Alianza Editorial.
- Beyebach, M. Rodriguez, M. (1993). **Terapia Sistémica Breve: Trabajando con los recursos de las personas Cap. 10**. En: Garrido y García (comp). *Psicoterapia: Modelos contemporáneos y aplicaciones*. Valencia: Promolibro.
- Beyebach, M. (1995). **Avances en terapia breve centrada en las soluciones**. En: Navarro, G. Beyebach, M. (comp.). España: Paidos.
- Boscolo, L. Bertrando, P. (2000). **Terapia sistémica individual**. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Bruce, E. Y Gollib, I. (2003). **Introducción a la psicología clínica**. México: Mc Graw Hill.
- Cancio, L (2000). **Técnicas de intervención cognitivo-conductuales**. En: Die Trill y López. Aspectos

psicológicos en cuidados paliativos. España: Ades ediciones.

Centeno, C. (1999). **Principios de medicina paliativa**. En: López, L. *Manual de oncología clínica*. Valladolid: Publicaciones e intercambio científico.

Cerón R. **Nueva terapia reduce en 80 % decesos por cáncer cérvico-uterino**. Disponible en: http://www.amc.unam.mx/Agencia_de_Noticias/NotasCientificas/np_ceron19_cancer.html. Consultado el 9 de septiembre de 2004.

Comas, M. Javaloyes, B. (2000). **Proceso de adaptación social a la fase terminal**. En: Die Trill y López. Aspectos psicológicos en cuidados paliativos. España: Ades ediciones.

Cruzado, A. y Olivares, E. (1999). **Evaluación y tratamiento psicológico del cáncer**. En: Intervención psicológica en trastornos de la salud. México: Mc Graw Hill

De la Riva, G. (2005). **Datos sobre la familia mexicana**. Disponible en: <http://www.esmas.com/salud/home/noticiashoy/430171.html>, Consultado el 13 de mayo de 2005.

De Shazer, S. (1989). **Pautas de la terapia familiar breve**. España: Paidós.

De Shazer, S (1991). **Claves para la solución en terapia breve**. España: Gedisa.

De Shazer, S (1999). **En un origen las palabras eran magia**. Barcelona: Gedisa.

De Shazer, S (1994). **Avances en Terapia Centrada en Soluciones**. Seminario celebrado en la Universidad Pontificia de Salamanca. Salamanca.

De Shazer, S., Berg, I., Lipchik., Nunnally, E., Molnar, A., Gingerich, W. y Weiner- Davis, M. (1986). **Brief therapy: focused solution development.** Family Process, 25

Die Trill, M. y López, E. (2000). **Aspectos psicológicos en cuidados paliativos.** España: Ades.

Die- Trill, M (1995). **Rehabilitación psicológica del enfermo con cáncer** En: González, B., Ordóñez, A. (comp). Tratado de medicina paliativa. España: Editorial medica panamericana.

Espina, A., Ortego, M., Ochoa de Alda, I. (1998). **Un ensayo controlado de intervenciones familiares en trastornos alimenticios. Cambios en sicopatología y ajuste social.** Disponible en: www.camporenacimiento.com/ponencia.htm. Consultado el 10 de septiembre de 2007.

Espinosa, S. (2004). **El modelo de terapia breve: con enfoque en problemas y soluciones.** En: Eguiluz, L. (comp.). Terapia familiar. Su uso hoy en día. México: Pax México

Fish, R y Schlanger, K. (2002). **Terapia breve en casos intimidantes.** Barcelona: Herder.

Flores, L. (1994). **La mujer ante el cáncer de mama: aspectos psicológicos.** Barcelona: Edika Med.

Friedman, S. (2001). **El nuevo lenguaje del cambio.** Comp. España: Gedisa.

Gómez Sancho, M. (1994). **Cuidados paliativos e intervención psicosocial en enfermos terminales.** España: ICEPSS.

Gómez Sancho, M. (1998). **Medicina paliativa.** España: Aran.

González, A. G. Bello, V. Jiménez, P. (2001). **Trastornos médicos frecuentes en oncología**. México: Mc Graw Hill.

González, B. Jalón J. (1995). **Definición del enfermo terminal y pre-terminal**. En: González, B., Ordóñez, A. (comp). Tratado de medicina paliativa. España: Editorial medica panamericana.

Haley, J. (1973). **Terapia no convencional. Las técnicas psiquiátricas de Milton Erickson**. Argentina: Amorrortu

Hernández, S. **Medicina del dolor y cuidados paliativos**. Disponible en: <http://www.mipediatria.com.mx/dolor.htm>. Consultado el 15 de septiembre de 2004.

Jurado, S. (2003). **Perfil del psicólogo clínico**. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/dirgrss/srfrhs12.html> Consultado el 14 de agosto de 2005.

Kübler-Ros, E. (1975). **Sobre la muerte y los moribundos**. Barcelona: Mondadori

Lipchik, E. (2004). **Terapia centrada en la solución. Más allá de la técnica**. Buenos Aires: Amorrortu editores.

López, L. (1999). **Manual de oncología clínica**. Valladolid: Secretarido de publicaciones e intercambio científico.

Mengual, V. y Santamaría, S. (1995). **Desarrollo de los cuidados paliativos. El equipo multidisciplinario**. En: González, B., Ordóñez, A. (comp). Tratado de medicina paliativa. España: Editorial medica panamericana.

Meseguer, H. (2000). **La evaluación psicológica de la familia**. En: Die Trill y López. Aspectos psicológicos en cuidados paliativos. España: Ades ediciones.

Minuchin, S (1974). **Familias y terapia familiar**. México: Gedisa.

Minuchin, S. (1984). **Técnicas de terapia familiar**. Barcelona: Paidós.

Miro, J. (2003). **Dolor crónico. Procedimientos de evaluación e intervención psicológica**. España: Biblioteca de psicología.

Monge, S. Melero, B (1995). **La atención espiritual del enfermo terminal**. En: González, B., Ordóñez, A. (comp). Tratado de medicina paliativa. España: Editorial medica panamericana.

Navarro, G. (1992). **Técnicas y programas en terapia familiar**. México: Paidós.

Navarro, G. y Beyebach. M. (1995). **Avances en terapia familiar sistémica**. España: Paidós.

Navarro, G. (1995). **Terapia familiar con enfermos crónicos**. Cap 12. En: Navarro, G y Beyebach, M. (comp). *Avances en terapia familiar sistémica*. España: Paidós.

Ochoa, I. (1995). **Enfoques en terapia familiar sistémica**. Barcelona: Editorial Herder.

O'Hanlon, H. Weiner-Davis, M. (1990). **En busca de soluciones**. México: Paidos.

O'Hanlon, H. (2001). **Desarrollar posibilidades**. México: Paidos.

OMS (2007). **World Health Statistics**. Francia: World Health Organization.

Phares, J. (1999). **Psicología clínica**. México: Manual Moderno, 2° ed.

Ramírez O. A. Rojas, S. (2001). **Abordaje psicológico y técnicas de intervención**. En: Arechiga, O, *Dolor y paliación*. México: Ediciones Cuellar.

Ramírez V. M. (2002). **Un enfoque con resultados prácticos**. Disponible en: www.camporenacimiento.com/ponencia.htm. Consultado el 10 de septiembre de 2007

Sánchez, S. J. (1998). **Desde la prevención primaria hasta ayudar a bien morir: la interfaz, intervención-investigación en psicología de la salud**. En: Rodríguez, O. *La psicología de la salud en América Latina*. México: Miguel Ángel Porrúa.

Sistema Nacional de Salud (2001). **Daños a la Salud**. En: **Boletín de información estadística**. Vol. II.

Tomm, K. (1988). **Interventive Interviewing: Part III Intending to ask lineal, circular, strategic or reflexive questions?**. Ed. Family Process, vol. 27

Urbina, S. (1989)(coordinador). **El psicólogo: formación, ejercicio profesional y perspectivas**. México: UNAM

Velasco, M. Sinibaldi, J. (2001). **Manejo del enfermo crónico y su familia**. México: Manual Moderno.

Velásquez de la Torre, M. y Reig, E. (1996). **Visión integrada al tratamiento antialgico**; En: González, M. *Tratado de medicina paliativa*. España: Editorial medica panamericana.