



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA**

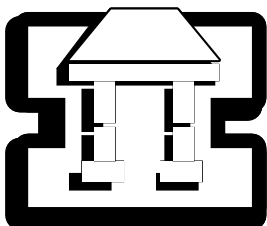
**PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA DESDE
EL ENFOQUE HUMANISTA PARA CUIDADORES
PRINCIPALES DE ENFERMOS ONCOLÓGICOS
EN FASE TRATAMIENTO**

T E S I S I N A

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A :
GRETCHEN OLMEDO LOBATO**

**DIRECTOR:
MTRO. ANGEL COCHADO VARGAS**

**DICTAMINADORES:
DRA. MARIA ANTONIETA DORANTES GÓMEZ
LIC. MARIA CECILIA GUZMÁN RODRÍGUEZ**



TLALNEPANTLA, EDO. DE MÉXICO

2008



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

DEDICATORIAS

Papá y mamá, gracias por su amor, sabiduría, guía, fortaleza, apoyo, por todo..., en todos los pasos que doy.

Said y Verónica, gracias por su amor y apoyo.

Carlitos, gracias por enseñarme lo maravilloso de la vida.

Ángel Corchado, gracias por tus enseñanzas, paciencia y apoyo.

Amigos, gracias por el todo lo compartido.

Gabriela, gracias por tu amistad a lo largo de todos estos años.

Horacio Hernández, gracias por tu amistad y por ayudarme a desarrollar mi potencial humano.

Lety Ascencio, gracias por la gran oportunidad que me brindaste y por todos tus conocimientos.

Maricarmen González, gracias por mostrarme que el cáncer se puede vivir de otra manera.

Gerardo Chaparro, gracias por tu ayuda en momentos difíciles y por enseñarme que se puede vivir de otra manera.

Gracias a todos mis **pacientes del hospital**, los que aun están con nosotros y los que tuvieron que partir a causa de la enfermedad, por abrir su corazón, por todo lo compartido y por enseñarme lo valiosa que es la vida.

Ser Superior, gracias por darme la oportunidad de vivir el aquí y el ahora...

Gracias... a todas las personas que me han acompañado, por que cada uno aporta día a día gran parte de lo que soy

AGRADECIMIENTOS

UNAM, gracias por acogerme en todos estos años, por darme la oportunidad de ser lo que soy.

Profesores que han estado a lo largo de mi formación, gracias por sus enseñanzas y dedicación.

Profesores que apoyaron la realización de esta propuesta, gracias por su disposición e interés.

Guían mis pasos y me muestran que la vida se puede vivir sin lamentar los días pasados, sin ilusionarme con el porvenir, solo pisando fuerte en el presente, para que el cuerpo y alma encuentren su propio equilibrio...

ÍNDICE

	Página
Resumen	1
Introducción	2
1. Aspectos generales del cáncer	
1.1 Definición de cáncer, tipos de cáncer y clasificación de acuerdo a estadios	7
1.2 Etiología	11
1.3 Etapas en el desarrollo del cáncer	14
1.3.1 Diagnóstico	15
1.3.2 Tratamiento oncológico	16
1.3.3 Remisión	17
1.3.4 Recaída o recidiva	18
1.3.5 Terminal	20
1.3.6 Agonía y muerte	23
2. Tratamientos oncológicos: aspectos médicos	
2.1 Cirugía	26
2.2 Radioterapia	27
2.3 Quimioterapia	29
2.4 Transplante de médula ósea	30
3. Características del enfermo con cáncer en etapa de tratamiento oncológico	32
3.1 Cambios y síntomas físicos	32
3.2 Cambios psicológicos	35
3.3 Cambios sociales	43
4. La familia y el cáncer: aspectos psicológicos	46
4.1 Importancia del apoyo familiar en el proceso de la enfermedad oncológica	47

4.2 Impacto de la enfermedad oncológica en la familia de acuerdo al rol que desempeña el enfermo y cuidadores primarios	52
4.3 Repercusiones de la enfermedad oncológica en los cuidadores primarios	57
5. Atención y apoyo psicológico a los cuidadores primarios: una prioridad	61
5.1 Estilos de afrontamiento ante la enfermedad	61
5.2 Necesidades del cuidador primario	66
5.3 Tipos de intervención psicológica: técnicas	69
6. El enfoque humanista en el apoyo emocional de los cuidadores primarios del enfermo oncológico en etapa de tratamiento: Propuesta de intervención grupal	74
6.1 Aspectos generales del humanismo	74
6.2 Trabajo en grupo desde el enfoque humanista	83
6.3 Propuesta de taller de apoyo emocional en el DIF Coacalco	87
6.3.1 Justificación	87
6.3.2 Metodología	94
6.3.2.1 Justificación del método	94
6.3.2.2 Objetivo general	95
6.3.2.3 Objetivos particulares	95
6.3.2.4 Método	96
Conclusiones	118
Referencias	121
Bibliografía	129
Anexos	130

RESUMEN

Las enfermedades crónico-degenerativas, como el cáncer, dominan el panorama epidemiológico. El cáncer desencadena una serie de reacciones físicas, psicológicas y sociales, tanto en el enfermo como en las personas cercanas a él. Dependiendo de la fase en la que se encuentre el enfermo serán el tipo de cambios que experimente. Es una prioridad el brindar apoyo durante todo el proceso de enfermedad, de manera integral e individual. Sin embargo, las intervenciones grupales son una opción viable, principalmente si son basadas en marco teórico humanista. La presente propuesta de intervención tiene como objetivo general que los participantes desarrollen habilidades en cuanto a su autocrecimiento, por medio de las actividades que lleven a cabo durante su asistencia al grupo de apoyo emocional con enfoque humanista, con el fin de optimizar su calidad de vida y el apoyo que brindan a su familiar con cáncer. La intervención se llevará a cabo por medio de un taller estructurado en 10 sesiones, en las cuales se empleará el método fenomenológico. El escenario será proporcionado por el DIF del municipio de Coacalco de Berriozabal, en el Edo de México, con el propósito de cubrir las necesidades de esta población y la de zonas cercanas. Por último, se muestra una propuesta integral y multidisciplinaria que cubre los 3 niveles de intervención, donde se incluye el presente taller.

INTRODUCCIÓN

El Hombre, a lo largo de su historia, ha librado una batalla interminable en contra del que ha considerado su peor enemigo: las enfermedades. Se ha valido de la medicina y ciencias afines, para no vencerse, intentando día con día avanzar con nuevos descubrimientos.

Los métodos de prevención, diagnóstico y tratamiento médicos han avanzado considerablemente en los últimos tiempos; sin embargo las enfermedades crónico-degenerativas, como el cáncer, dominan el panorama epidemiológico y son una fuente de preocupación constante en los profesionales de la salud.

El cáncer desencadena una serie de reacciones psicológicas, psiquiátricas, económicas, sexuales, culturales, espirituales y religiosas. No distingue razas, niveles socio-económicos, culturas o religiones, asociándose con dolor, sufrimiento y síntomas amenazadores, así como tratamientos agresivos, mutilantes y prolongados en tiempo.

Sin embargo las reacciones y trastornos dependen de la localización y evolución de la enfermedad, de los tratamientos oncológicos, de las características de personalidad, mecanismos de afrontamiento, estilo de vida, etc. (Alvarado, 2004).

El cáncer afecta no solo al paciente sino a su familia y ocasiona desestabilización y pérdidas múltiples a lo largo de su desarrollo. La enfermedad involucra la ruptura con las rutinas, pérdida de un funcionamiento familiar previo, de la salud y la integridad física y temores hacia la muerte, disminución de la autonomía, entre otras consecuencias (Rodríguez y cols, 2004).

Así como la causa del cáncer es multifactorial así debe ser su tratamiento multidisciplinar, ofreciendo alternativas de solución a todas aquellas áreas que lo requieran.

La Psicología ha intentado desde diferentes enfoques el establecer respuestas que propongan nuevas maneras de intervenir los diferentes problemas que se presentan.

La Psicología Humanista, el enfoque en el que se basa esta investigación, busca recuperar el sentido humano de las personas y del estudio de estas. La tesis en la que se basa el humanismo, consiste en el impulso natural a actualizar, mantener y mejorar el desarrollo y vida del organismo viviente, esencia de la misma vida.

En las últimas décadas se ha producido un aumento creciente de la aplicación de la Psicología de la Salud al cáncer (Cruzado, 2003), implementándose intervenciones especializadas, que ayudan tanto al paciente como a los familiares a aceptar y afrontar los problemas. Una atención profesional del personal de salud mental, es la que puede proporcionar alguien entrenado en oncología (psicooncólogo) que permite y promueve la relación entre el médico, el paciente y la familia. También se ha ofrecido la búsqueda y utilización de recursos como las redes de apoyo grupales de personas con la misma problemática (Rebolledo y Alvarado, 2006).

Una de las posibilidades de aplicación de la terapia humanista podría ser en pacientes y familiares con enfermedades crónicas, como el cáncer.

Considerando que la aplicación de un taller con enfoque humanista, para los cuidadores primarios de enfermos de cáncer, puede modificar su estado emocional y esto a su vez lograr que se refleje en el enfermo oncológico.

Tomando como base lo anterior, esta propuesta contiene a lo largo de los capítulos, una exposición sobre el impacto y reacciones psicológicas que surgen en la familia después del diagnóstico de cáncer.

Sin embargo, es necesario en principio mostrar los aspectos generales del cáncer desde el punto de vista médico, como es la definición del término, la etiología, tipos de cáncer, tratamientos y etapas en el desarrollo de este. Se presenta la definición del término y la etiología, ya que la falta de conocimientos sobre estos puntos puede determinar por ejemplo, el tipo de afrontamiento que tenga el cuidador y el enfermo, las ideas asociadas al cáncer, significados atribuidos al término o grado de control percibido. Del tipo de cáncer, es decir la ubicación, van a depender los efectos, tanto en el enfermo como en el cuidador. Conocer los tratamientos y las etapas son los puntos más importantes, ya que de son el eje por el cual se determina las reacciones e impacto que experimenten ambas partes. En los tratamientos, es significativo conocer cuál es su función, etapas, consecuencias, duración y tipos. Mientras que en las fases en el desarrollo del cáncer, se muestra el significado de los términos empleados para cada una y sus características.

También es importante conocer cuáles son los cambios que presenta el enfermo en la etapa de la enfermedad oncológica, ya que no podemos hablar de una enfermedad sino hacemos referencia a la persona clave en ella, como lo es el portador. Este experimenta una serie de cambios que pueden variar a lo largo de las etapas de la enfermedad, pero en este trabajo solo nos interesa abordar los cambios físicos, sociales y principalmente psicológicos en la fase de tratamiento. Con el fin de comprender, cuáles son los cambios que vive el cuidador principal durante el acompañamiento del enfermo.

Si bien, hasta este punto el lector sabrá los aspectos generales del cáncer y las características del enfermo, el eje del presente trabajo está enfocado hacia los cuidadores principales. Por lo que en inicio, se debe tener un conocimiento

claro sobre la importancia del apoyo familiar en el proceso de la enfermedad oncológica, ya que los cuidadores principales en su mayoría son miembros de la familia del enfermo. Por lo tanto, el impacto psicológico que tenga la enfermedad y principalmente la fase de esta, va a estar determinado por el rol que desempeñe el enfermo y cuidadores principales. Por ejemplo, no van a ser las mismas reacciones que experimente una familia donde el enfermo o el cuidador principal sea el proveedor, a una familia donde el rol que se desempeñe sea el de hijo. De la misma manera, las repercusiones psicológicas van a ser diferentes en cada uno de los cuidadores principales, como cambios en la reorganización de conductas y pensamientos.

Siendo una prioridad la atención y apoyo psicológico a los cuidadores principales, ya que ellos también tienen necesidades, pero pocas veces son tomadas en cuenta, ya que la atención se focaliza totalmente en el enfermo, principalmente en la etapa de tratamiento. Se olvida que el cuidador principal juega un papel importante en el curso que lleva el cáncer, como puede ser el estilo de afrontamiento que presente este ante la enfermedad. Estilo de afrontamiento hace referencia a las estrategias que emplee la persona ante una situación determinada, que van desde un afrontamiento activo a un pasivo.

Por otra parte, se han hecho intervenciones desde el punto de vista psicológico, pero estas principalmente se enfocan al paciente. Se han empleado técnicas como el counselling, la intervención en crisis, psicoeducación y relajación.

En su mayoría el trabajo de intervención se ha realizado de manera individual, aunque también se realiza desde un enfoque grupal. Pero poco se ha empleado el enfoque humanista como apoyo emocional. Y mucho menos se ha enfocado la intervención hacia los cuidadores primarios cuando el enfermo oncológico se encuentra en etapa de tratamiento. Solo se brinda este apoyo a la familia cuando el enfermo se encuentra en fase terminal o agonía.

Por ello, la propuesta de este trabajo es brindar una intervención emocional a los cuidadores primarios desde el enfoque humanista. Para lo cual se muestran los aspectos generales del humanismo, como son las aportaciones de los principales exponentes. También como se realiza el trabajo en grupo desde este enfoque.

Esta propuesta tiene como fin, el brindar una propuesta funcional a la población, pero principalmente a la que no tiene acceso a los servicios privados. Por medio de una de las principales dependencias gubernamentales como lo es el DIF, en este caso a nivel municipal en el Estado de México. En una de las zonas con altos niveles de mortalidad a causa del cáncer y donde no existen servicios psicooncologicos que puedan brindar un apoyo emocional.

1. ASPECTOS GENERALES DEL CANCER

Es importante el conocer que es el cáncer, principalmente cuales son los aspectos generales que engloban a este término, ya que si no se tiene una idea clara de ellos, puede resultar una limitante que dificulte la correcta comprensión del tema.

Para ello en este apartado, se aborda desde el punto de vista médico y psicológico, la definición de cáncer, los tipos, cómo se clasifica de acuerdo a estadios, la etiología y las etapas en el desarrollo de la enfermedad.

1.1 Definición de cáncer, tipos de cáncer y clasificación de acuerdo a estadios

El cáncer es el crecimiento sin control y la propagación de células normales del cuerpo. Normalmente las células crecen, se dividen y mueren de forma ordenada, siendo la división muy rápida en los primeros años de la vida de la persona. Posteriormente la división de las células únicamente se lleva a cabo para reemplazar células desgastadas o moribundas y reparar lesiones. En cambio, las células cancerosas, continúan su división y se acumulan formando tumores que se comprimen e invaden, destruyendo el tejido normal (Méndez y cols, 2004; Mendelsohn, 2001).

El cáncer parte de una célula que alteró la manera de expandirse, diferenciarse o ambos, a esto se le da el nombre de carcinogénesis. Para que una célula lleve a cabo este proceso no hay un tiempo determinado, ya que es complejo y transcurre a través de diferentes etapas. Rebolledo y Alvarado (2006) mencionan que los canceres no reconocen un límite de expansión y la tasa máxima de crecimiento ocurre antes de que el tumor sea detectable (Harrison, 2001). Es decir, una célula

puede alterar sus procesos naturales y reproducirse de manera incontrolada y a gran velocidad, comenzando a invadir una determinada zona del cuerpo, sin embargo no hay un límite en su proceso de expansión ya que una o varias células pueden viajar a través del torrente sanguíneo o por vía linfática hacia otras partes del cuerpo invadiéndolo de manera indiscriminada.

De acuerdo a Mendelsohn (2001) y Harrison (2001), la enfermedad que denominamos cáncer se define por cuatro características que describen la forma en que las células cancerosas actúan de un modo distinto a las células normales de las que proceden:

- **Clonalidad.** El cáncer se origina de una única célula progenitora que prolifera y da lugar a un clon de células malignas. Una célula alterada en su proceso natural puede reproducirse generando otra célula con sus mismas características.
- **Autonomía.** El crecimiento no es regulado de forma adecuada, por las influencias bioquímicas y físicas normales del ambiente. La célula alterada pierde control alguno por parte de los mecanismos naturales que regulan las demás células del cuerpo, por lo tanto la célula maligna madre al clonarse transmitirá mecanismos de regulación iguales a los de ella, pero diferentes a los de las células de las que provenía.
- **Anaplasia.** Existe una ausencia de diferenciación celular normal y coordinada. La célula cancerígena pierde la forma natural de la célula de la cual proviene, adquiriendo una forma totalmente diferente.
- **Metastasis.** Las células cancerosas tienen la capacidad de crecer y diseminarse a otras partes del cuerpo, a través de la sangre o el sistema linfático. Una o varias células anormales pueden viajar a través del torrente sanguíneo o linfático, instalándose en otra zona del cuerpo y clonarse de manera automática, con lo cual se genera otra serie de replicaciones que dará origen a otro conglomerado de estas. Por ejemplo, una célula

cancerígena que tuvo su origen en el seno puede viajar a través del cuerpo hasta llegar a otros órganos como el hígado y comenzar su clonación.

Al crecimiento anormal y descontrolado de células se le conoce como *neoplasia*, que puede ser benigna o maligna. El cáncer es sinónimo de neoplasia maligna. Los tumores benignos son clonales y tienen un cierto grado de autonomía, pero permanecen diferenciados y no metastizan.

Mendelsohn (2001) y Harrison (2001), afirman que el estadio en que se encuentra un cáncer significa el grado de extensión anatómica del tumor, tanto en su localización primaria como en sus localizaciones metastásicas. Es importante determinar el estadio, ya que a partir de este se determina el plan terapéutico óptimo para cada paciente, pudiendo incrementar la posibilidad de curación o bien retrasar la aparición de síntomas cuando la curación no es posible, valorar mejor el pronóstico del paciente. El estadio de tumor se divide de la siguiente manera:

- **Etapa 0.** El cáncer se encuentra en las primeras fases de desarrollo. Esto significa que está concentrado en un área específica.
- **Etapa I.** El cáncer se ha extendido a otras áreas cercanas, pero sigue estando concentrado dentro del tejido u órgano de origen.
- **Etapa II.** El cáncer se ha extendido a otros tejidos u órganos cercanos, pero no ha atacado nodos de linfa cercanos.
- **Etapa III.** El cáncer ha atacado nodos de linfa cercanos pero aún no ha afectando otras áreas del cuerpo.
- **Etapa IV.** El cáncer ha avanzado y está atacando áreas más remotas del cuerpo y órganos lejanos al punto de origen.

Para los pacientes con estadios I y II y algunos pacientes en estadio III, el tratamiento de elección es la cirugía.

El cáncer puede originarse casi en cualquier parte del cuerpo, por lo que reciben un tipo de denominación de acuerdo a su localización (Harrison, 2001; Mendelsohn, 2001):

- Los **carcinomas**, los tipos más comunes de cáncer, se originan de las células que cubren las superficies externas e internas del cuerpo. Los cánceres de pulmón, de seno (mama) y de colon son los cánceres más frecuentes de este tipo.
- Los **sarcomas** son cánceres que se originan de células que se encuentran en los tejidos de soporte del cuerpo, como por ejemplo, hueso, cartílago, grasa, tejido conectivo y músculo.
- Los **linfomas** son cánceres que se originan en los ganglios linfáticos y en los tejidos del sistema inmunológico del cuerpo.
- Las **leucemias** son cánceres de las células inmaduras de la sangre que crecen en la médula ósea y que tienen la tendencia a acumularse en grandes cantidades en el torrente sanguíneo

Los científicos utilizan una variedad de nombres técnicos para distinguir los muchos diferentes tipos de carcinomas, sarcomas, linfomas y leucemias. En general, estos nombres son creados utilizando diferentes prefijos latinos que corresponden a la ubicación en donde el cáncer empezó su crecimiento descontrolado:

- Prefijo adeno significa glándula
- Condro = cartílago
- Eritro = glóbulos rojos
- Hemangio = vasos sanguíneos
- Hepato = hígado
- Lipo = grasa
- Linfo (á) = linfocito
- Melano = célula del pigmento
- Mielo = médula ósea

- Mio = músculo
- Osteo = hueso

Por ejemplo, el prefijo "osteo" significa hueso, por lo que un cáncer que se origina en el hueso se conoce como un osteosarcoma. Similarmente, el prefijo "adeno" significa glándula, por lo que un cáncer de células glandulares se conoce como adenocarcinoma, por ejemplo un adenocarcinoma del seno.

Por otra parte, el cáncer está matizado y fuertemente influenciado por la sociedad, específicamente desde un punto de vista psicológico, desde el miedo que se proyecta en dicha enfermedad. Generalmente se asocia con una imagen de soledad, abandono y desamparo (Perez y Rodríguez, 2006).

Los significados simbólicos más frecuentes que provoca el cáncer son: muerte, dolor, sufrimiento, abandono, desfiguramiento, soledad, desamparo, incurabilidad, dependencia, impotencia, desesperanza, pérdida de control, alteración de las relaciones interpersonales y desastre económico, entre otras más (Alvarado, 2004)

Rebolledo y Alvarado (2006), aseveran que un gran porcentaje de la población considera el cáncer como un estigma, sinónimo de sufrimiento, deterioro físico y muerte.

Para la mayoría de las personas hablar de cáncer significa hacer referencia a grandes enfermedades (por lo general muy agresivas, o que pueden generar importantes disfunciones), así como tratamientos invasivos o incluso la muerte. El cáncer no produce el mismo impacto en todas las personas, pero en general la mayor parte de las interpretaciones hacen una interpretación o valoración del evento como una amenaza (Cano, 2005).

También existe muchas interpretaciones acerca del origen del cáncer, a pesar de los avances científicos, aun no se a podido determinar una causa específica que genere la enfermedad.

1.2 Etiología

El cáncer es considerado una enfermedad multicausal, ya que pueden influir diversos factores, como pueden ser los genéticos, ambientales, emocionales, etc., que interactúan en conjunto para la aparición del padecimiento.

En general, la etiología esta determinada factores exógenos (ambientales) y endógenos (naturaleza espontánea o genética).

Los patrones de ocurrencia del cáncer varían con el sexo, edad y la localización geográfica. A continuación se presentan los factores registrados como fuente de origen del cáncer de acuerdo a Harrison (2001), Mendelsohn (2001) y Rebolledo y Alvarado (2006):

- **Factor genético.** Existen datos sobre el origen del cáncer a partir de alteraciones genéticas en una única célula, y alteraciones de tipo hereditario.
- **Radiación.** La radiación de tipo ionizante, como los rayos x o los gamma, en dosis relativamente grandes puede inducir la aparición de cáncer. Por ejemplo, aquellas personas que se han expuesto a explosiones de bombas atómicas, a lluvia radioactiva, personas expuestas a radiación por motivos diagnósticos o terapéuticos. Los tejidos mas sensibles a esto, son la medula ósea, la mama y la glándula tiroides. También, la radiación solar es considerado factor de riesgo para el cáncer de piel.
- **Tabaco.** El consumo de cigarrillos se asocia con una mayor frecuencia de cáncer de cavidad bucal, esófago, riñón, vejiga y páncreas. En el humo del

tabaco existe una sustancia en forma de partículas, denominada alquitrán, que contiene una gran cantidad de productos químicos, que han demostrado ser carcinógenos.

- **Contaminación ambiental y/o exposición laboral a carcinógenos.** Ejemplo de causas de cáncer debido a la exposición de químicos son: el arsénico (cáncer en pulmón, piel e hígado); asbesto, compuesto de cromo y gas mostaza (pulmón); benceno (leucemia); bencidina (vejiga); productos de carbono (pulmón, piel).
- **Fármacos.** Los estrógenos conjugados incrementan la incidencia de cáncer endometrial, cervical y vaginal. También los agentes inmunosupresores utilizados para los receptores de transplantes de órganos, pueden general tumores.
- **Dieta.** El papel desempeñado por la dieta y nutrición en el cáncer, ha sido objeto de numerosos estudios y producido importantes controversias. Pero principalmente se ha demostrado que el consumo de bebidas alcohólicas y una elevada ingesta de grasas se asocia con un incremento en el riesgo de cáncer. Además, la dieta conlleva una compleja exposición a muchos alimentos que pueden contener agentes químicos dañinos.
- **Virus.** El virus linfotrópico T, el VIH, el virus de la hepatitis B o C, el virus herpes simple 2, son ejemplos de virus asociados a cáncer.

Aunque casi todos los cánceres son genéticos, la mayoría no son hereditarios. Son genéticos, debido a que el cáncer se origina debido a alteraciones en el ADN que provocan una proliferación incontrolada, cambios en la secuencia original, es decir mutaciones.

Existen también teorías, explicadas por Cardenal y cols (1999), que intentan exponer la causa del cáncer, manejado hipótesis donde hacen referencia al estrés psicosocial, emociones (ansiedad, ira, tristeza), dimensiones de personalidad (agresividad, neuroticismo) y estilos de afrontamiento represivo o evitativo. Afirman que los sistemas orgánicos, como el sistema inmune, sirven de conexión

entre variables psicosociales y la enfermedad, lo cual concuerda con (Harrison, 2001), ya que él afirma que la existencia de un cáncer es un testimonio del fracaso del sistema inmunitario para hacer frente de forma eficaz al cáncer. Los tumores se sirven de diversos mecanismos para eludir el sistema inmunitario.

También Rebolledo y Alvarado (2006), concuerdan con la teoría anterior, ya que para este autor, el mundo moderno implica el contacto con un ambiente mas contaminado por compuestos químicos, además de un nivel de vida con altos niveles de estrés nervioso, reconocido actualmente este último como causa de cáncer, ya que la inmunosupresión (disminución de la vigilancia inmunológica), característica de las fases depresivas, puede estar relacionada con el surgimiento de células malignas.

Por lo tanto, factores considerados como el posible origen del cáncer, van desde la genética, el comportamiento, hasta el estilo de vida, como son el tabaco, alcohol, dietas, factores cancerigenos en el ambiente.

Otro aspecto importante del cáncer son las etapas en su desarrollo, ya que de ellas va a depender el tipo de reacción psicológica que el enfermo y familiar tengan.

1.3 Etapas en el desarrollo del cáncer

El cáncer puede considerarse, de acuerdo a la historia natural de la enfermedad, como un padecimiento curable y controlado, especialmente en las etapas tempranas. Sin embargo, cuando la enfermedad avanza, ya sea en una etapa intermedia o avanzada, la convierten en una enfermedad incurable (Mayer, 2006). Por ello, resulta relevante el determinar dentro de una intervención médica y psicológica, qué etapa del desarrollo está enfrentando el enfermo y familiar. A continuación se presentan las características principalmente emocionales que

conlleva cada una de las 6 etapas. Cabe aclarar que el orden asignado es con fines de exposición.

1.3.1 Diagnóstico

Se caracteriza por ser un periodo de mucha incertidumbre, tanto el paciente como la familia, se encuentran en un estado de impacto psicológico o choque. Se presentan diferentes emociones como la ira, culpa, desesperación, por lo que en esta fase se debe intervenir, desde el punto de vista psicooncológico, detectando las necesidades emocionales, psicológicas, sociales y espirituales que puedan estar presentando el paciente y su familia. También, ofrecer apoyo emocional, para ambas partes, ayudándoles a facilitar la percepción de control sobre la enfermedad, como el utilizar estrategias para hacerle frente al cáncer (Malca, 2003).

Para Alvarado (2004), esta etapa implica un momento de estrés. Es frecuente que el enfermo reaccione negando la información que sus médicos le proporcionan respecto al diagnóstico y busque otras opciones con la esperanza de encontrar que la información sea una equivocación del médico primario. Por ello la comunicación debe ser desde un principio, clara, abierta, real y honesta, con el fin de permitir una mejor adherencia. También se debe valorar la situación anímica de la persona antes de dar la información e iniciar cualquier tratamiento, ya que la incertidumbre presente en esta etapa, genera preocupación, ansiedad, miedo y angustia ante lo desconocido.

Es en esta etapa donde se determina la extensión de la enfermedad, se estudia mediante diversas pruebas y procedimientos, a este proceso se le conoce como *estadificación*. La manera en como se determina el tipo de cáncer y la etapa clínica en la que se encuentra, es por medio de diversos procedimientos médicos que se llevan a cabo en el paciente. Los procedimientos pueden ser invasores o no invasores, este último quiere decir que algunos procedimientos solo se llevan

acabo de manera superficial y no afectan la integridad del cuerpo del paciente, ya que los aparatos solo toman imágenes.

La estadificación clínica que se lleva a cabo por procedimientos no invasores, se basa en la exploración física, radiografías, tomografías computarizadas y otros procedimientos de imagen. Por otra parte, la estadificación anatomopatológica emplea procedimientos invasores, comprende la palpación intraoperatoria, la resección de tejidos adyacentes al tumor o la biopsia de los órganos afectados (Harrison, 2001).

1.3.2 Tratamiento oncológico

A partir de la información sobre la extensión de la enfermedad y el pronóstico, y adecuándose a los deseos del paciente, se determinará si el método de tratamiento debe ser curativo o paliativo en cuanto a su intención (Harrison, 2001).

Los tratamientos para el cáncer, pueden ser la cirugía, quimioterapia y radioterapia, los cuales se explicaran con mayor amplitud en el siguiente apartado.

Estos resultan ser agresivos, tanto física como psicológicamente. El médico mientras administra los tratamientos piensa en términos de curación, mientras que el enfermo piensa en términos de daños como deformaciones, ocasionados por los tratamientos (Alvarado, 2004).

Por ejemplo, a una paciente con cáncer en uno de los senos se le comunica que el tratamiento es por medio de la cirugía, que tiene como finalidad el retirar la parte afectada por el tumor, por lo tanto se tiene que amputar uno de los senos. Pero por la localización del tumor, el médico determina que se tendrá que aplicar a la paciente quimioterapia para eliminar cualquier otra célula cancerígena que pudiese haber quedado. El médico al emplear estos tratamientos puede pensar en

que la paciente logre curarse, sin importar las secuelas que pueda traer consigo, ya que su premisa principal es salvaguardar la vida sin ser mas relevantes las implicaciones que puedan tener algunas de estas medidas. Sin embargo la paciente al recibir la noticia podría pensar diferente al medico, ya que para ella es mucho mas impactante el solo imaginar la pérdida de uno de los miembros de su cuerpo, lo cual afecta la imagen corporal que mas adelante pueda tener y si a ello le sumamos que la quimioterapia da como resultado la pérdida de cabello entre otras consecuencias, entonces la paciente puede cambiar la asociación de que tratamiento es lo mejor para ella, por la de que el tratamiento es mucho peor que la propia enfermedad.

Malca (2003), sugiere que se debe poner especial énfasis en la calidad de vida del paciente, debido a los efectos de los tratamientos a los que el enfermo se este sometiendo, ya que estos últimos pueden ocasionar una falta de adherencia al tratamiento, lo cual da como resultado un abandono de este.

1.3.3 Remisión

También se le conoce como fase de intervalo libre de la enfermedad. En esta etapa la amenaza de volver a presentar la enfermedad aumenta, debido a los controles médicos que suelen realizarse, por lo que se incrementan los niveles de angustia, tanto para el paciente como para la familia. La intervención psicooncológica se basa en facilitar la expresión de miedos y preocupaciones, con el fin de promover o incrementar la realización de diversos planes o actividades (Malca, 2003).

En esta etapa, los pacientes y la familia tienen reacciones emocionales encontradas. Por una parte, sienten tranquilidad y alegría con respecto al equipo terapéutico, y por la otra, tienen inquietud ante la incertidumbre y desamparo por no estar en vigilancia estrecha con los médicos, entonces surge la necesidad de contención emocional (Alvarado, 2004).

La noticia de que los pacientes se encuentran en fase de remisión, puede llegar a ser motivo de diferentes reacciones emocionales tanto para el paciente como para la familia, ya que el tiempo que pasa para que una persona llegue a esta fase es largo en la mayoría de los casos. De alguna manera el paciente durante la fase de tratamiento puede llegar a percibir cierto grado de protección y seguridad que le brinda el estar en constante contacto con el equipo de salud que lo atiende, por lo que tiene la creencia de que ante cualquier cambio que el no haya observado el equipo médico lo detectara y por tanto la posibilidad de curación o estabilidad es mucho mayor. Sin embargo ante la noticia de que el equipo terapéutico ha terminado de alguna manera su labor, los pacientes se pueden llegar a sentir vulnerables, ya que el control de su vida lo habían dejado en manos del equipo de salud y ahora es el momento en el cual vuelven a retomar las riendas de su vida de manera individual. Esto puede ser tan impactante como lo fue en la fase de diagnóstico, donde el paciente pasó de una seguridad de estar sano a una de incertidumbre donde no sabe cuál es realmente su estado de salud. El paciente puede sentirse alegre de haber superado la enfermedad, aunque por otra parte puede no sentirse capaz de seguir conservando su estado de salud actual fuera del hospital. Por lo tanto, el trabajo psicológico es importante, ya que puede proporcionar al paciente y familiares, el apoyo necesario para poder comprender esta transición y lograr que la persona se reintegre de nuevo a su vida.

1.3.4 Recaída o recidiva

Se caracteriza por un estado de choque aún más intenso que el que se puede experimentar en la etapa de diagnóstico, ya que es el regreso de la enfermedad.

Al recibir la noticia pueden presentar negación, intentando creer que los estudios por medio de los cuales se determinó la recidiva no son correctos o que el equipo médico cometió un error.

Los pacientes y familiares pueden asociar la noticia de la presencia de cáncer nuevamente como una “derrota”, que la enfermedad fue mas “fuerte” que ellos. Pensando que el tiempo invertido, los costos monetarios, las secuelas de los tratamientos, entre otras cosas, no valieron la pena ya que la enfermedad ha vuelto a tener presencia.

Por lo que es importante trabajar la adherencia al nuevo tratamiento, ya que en esta etapa suele haber un abandono. En la mayoría de los casos de recaída hay presencia de metástasis, por lo que los tratamientos son más agresivos y se emplean en la mayoría de los casos de manera combinada. Es importante indagar la manera en como afronto la persona la enfermedad anteriormente, por que puede proporcionar una idea de cómo lo afrontara de nuevo. Por ejemplo si lo afronto de manera activa, tiene altas probabilidades de que acepte de manera adecuada los tratamientos y emplee las herramientas que adquirió anteriormente para enfrentarlos.

Son comunes los estados depresivos en el paciente y la familia, se trabaja con esto y con la adaptación al nuevo estado de salud (Malca, 2003). En esta fase es importante que el paciente cuente con una adecuada red de apoyo, ya que ante esta noticia puede presentar riesgo de suicidio. Una de las causas puede ser la creencia del paciente de que el cáncer lo derroto por completo, que la muerte esta cercana y es preferible adelantar el proceso para evitar las complicaciones futuras que traerá la enfermedad y evitar continuar con el sufrimiento que esto le genera.

También el paciente y la familia experimentan enojo, ira, agresividad e incluso es cuando se presentan mayor posibilidad de demandas ante la inconformidad o la duda que los tratamientos previos no fueron los adecuados (Alvarado, 2004).

En su mayoría los pacientes y principalmente los familiares tienen la creencia de que una vez que se dijo que el cáncer había desaparecido no tiene

posibilidad de regresar. Sin embargo, esto no es verdad ya que con el transcurso del tiempo la probabilidad de recidiva del cáncer primario disminuye, y para muchos tipos de cáncer la supervivencia a los 5 años sin recidivas es equivalente a la “curación”, sin embargo los pacientes deben continuar llevando un control ya que nunca podrán estar completamente seguros de estar fuera de peligro.

1.3.5 Terminal

En principio se trabaja con la noticia de que hay presencia de metástasis o que la enfermedad ha interferido con el funcionamiento de otros órganos que cumplen con funciones básicas para la subsistencia de la persona. Esto ocasiona de nuevo un gran impacto, pero va a depender del tiempo que ha pasado entre este informe y la detección de la enfermedad, ya que en los casos en que la enfermedad ha trascurrido por largos periodos de tiempo y donde los síntomas y secuelas han sido de gran importancia la aceptación de una muerte inminente es mas fácil. En algunos casos el mismo enfermo comienza a determinar por si mismo y debido a las condiciones de salud que el mismo percibe que no hay muchas cosas por hacer para curarlo, llegando a desear la muerte como un único camino a la tranquilidad, principalmente ante la presencia de dolores sumamente intensos. Y la familia ante la presencia de este sufrimiento en algunos casos insostenible por parte del enfermo, también puede comenzar a comprender y aceptar que la muerte esta más cercana de lo que en otros momentos lograron pensar.

Se aborda al paciente principalmente, ofreciéndole los llamados cuidados paliativos, que tienen por objetivo el cuidar y controlar los síntomas en lugar de curar. Se ayuda a controlar el dolor, se brinda apoyo emocional, espiritual, y se potencian las estrategias de afrontamiento como son la toma de decisiones y el control. Las reacciones emocionales tanto en enfermo como familiares suelen ser muy intensas, como la negación, rabia, depresión, aislamiento, agresividad y miedo a la muerte (Malca, 2003).

De acuerdo a Kübler-Ross (1972), las reacciones emocionales o fases por las que atraviesa un enfermo terminal y su familia son las que se exponen a continuación:

- **Negación o aislamiento.** La mayor parte de las personas al enterarse de que tenían una enfermedad mortal, reaccionaran diciendo “No, yo no, no puede ser verdad”. La negación funciona como un amortiguador provisional después de una noticia inesperada e impresionante, permite dar un tiempo a la persona para que se recobre y logre enfrentar de manera directa la noticia.
- **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 que yo?”. En contraste con la fase de negación, esta fase de ira 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, a veces casi al azar.
- **Pacto o negociación.** Esta fase o reacción es menos conocida pero igualmente útil para el paciente, aunque solo durante breves periodos de tiempo. Maneja que si la persona no ha sido capaces de afrontar la realidad en el primer periodo y se ha enojado con la gente y con Dios en el segundo, tal vez pueda llegar a una especie de acuerdo que posponga lo inevitable. En realidad, el pacto es un intento de posponer los hechos; incluye un premio “a la buena conducta”, además fija un plazo de “vencimiento” impuesto por la persona misma (por ejemplo, la boda de su hijo) y la promesa implícita de que el paciente no pedirá nada más si se le concede este aplazamiento. La mayoría de pactos se hacen con Dios y generalmente se guardan en secreto o se mencionan entre líneas o con un sacerdote.
- **Depresión o tristeza mayor.** Cuando el paciente desahuciado no puede seguir negando su enfermedad, cuando se ve obligado a para por mas operaciones u hospitalizaciones, cuando empieza a tener mas síntomas o

se debilita y adelgaza, no puede seguir haciendo al mal tiempo buena cara. Su insensibilidad o estoicismo, su ira y su rabia serán pronto sustituidos por una gran sensación de pérdida, la cual generara tristeza acompañada de otros signos similares a los presentados en la depresión.

- **Aceptación.** Si un paciente ha tenido bastante tiempo (esto es, no una muerte repentina e inesperada) y se le ha ayudado a pasar por las fases antes descritas, llegara a una fase en la que su “destino” no le deprimirá ni le enojara. Habrá podido expresar sus sentimientos anteriores, su envidia a los que gozan de buena salud, su ira contra los que no tienen que enfrentarse con un fin tan pronto. Estará cansado y, en la mayoría de los casos, bastante débil. Además, sentirá necesidad de dormir o dormir a menudo y en breves intervalos, lo cual es diferente de la necesidad de dormir en épocas de depresión. Es una necesidad cada vez mayor de aumentar las horas de sueño muy similar a la del niño recién nacido pero a la inversa.

Cabe destacar que el orden de las fases no es estricto, ya que pueden presentarse de manera aleatoria o no presentarse algunas de ellas.

En general, tanto el enfermo como la familia presentan desesperanza, tristeza, duelos anticipatorios y depresión, principalmente ante el deterioro físico ya que este es más visible. Aunque también llegan a manifestar tranquilidad, calma y sensación de satisfacción, cuando la persona pone en orden sus cosas, pensamientos y pendientes (Alvarado, 2004). Y para lograr esto último en gran número de casos es necesario el apoyo terapéutico que funciona como una guía para elaborar de manera adecuada el proceso llamado duelo anticipado.

1.3.6 Agonía y muerte

Hay un momento en la vida de un paciente en que deja de haber dolor, la mente deja de imaginar cosas, la necesidad de alimento se vuelve mínima y la conciencia de lo que le rodea desaparece en la oscuridad.

Cuando el paciente moribundo ha encontrado cierta paz y aceptación, su capacidad de interés disminuye. Desea que le dejen solo, o por lo menos que no le agiten con noticias y problemas del mundo exterior. A menudo no desea visitas, y si la hay, el paciente no tiene ganas de hablar. Momentos de silencio pueden ser las comunicaciones mas llenas de sentido para las personas que no se sienten incomodas en presencia de una persona moribunda.

En esta etapa surge la tarea de acompañar al paciente en el proceso de morir y a su familia en la elaboración del duelo.

Se requiere de gran apoyo para la familia debido al gran deterioro del enfermo, ya que puede resultar angustiante, desesperante y doloroso ver a su ser querido próximo a morir. Pueden surgir culpas o apegos que imposibiliten la aceptación del proceso de muerte. En algunos casos se ha visto que la presencia de estas son una limitante para que el enfermo logre morir, por ejemplo cuando una esposa se empeña en decirle al enfermo en su lecho de muerte que “no la deje”, el moribundo puede detener el proceso.

Por ello también es necesaria la atención psicológica-tanatologica, en la agonía y después de ocurrido el fallecimiento, la familia del paciente la requerirá para el manejo del proceso de duelo ante la pérdida (Alvarado, 2004).

Valentin y cols (2004), consideran que los momentos mas impactantes a nivel emocional para toda la unidad familiar es el inicio del proceso de diagnostico y la atención a la fase terminal, pero en esta fase hay que tener en cuenta que todos tienen un sufrimiento y cansancio acumulado durante mucho tiempo.

También pueden surgir problemas nuevos o resurgir los pasados en el núcleo familiar, ya que se tienen que tomar decisiones importantes como puede ser donde va a morir el enfermo, bajo que condiciones y hasta pueden tener que determinar hasta cuando. Siendo esta ultima la decisión más difícil, ya que se anteponen los sentimientos y apegos a la realidad de muchos pacientes que viven un continuo sufrimiento insostenible. La alternativa que actualmente se convirtió en legal es la sedación, como un medio de ayudar al paciente a terminar con un deterioro que ha llegado hasta los límites de lo que estaría en los parámetros de una calidad de vida.

A lo largo del apartado, se expuso de manera breve aspectos psicológicos y médicos relacionados con el cáncer, sin embargo, el objetivo de este trabajo esta enfocado a la etapa del tratamiento. Por lo cual en el siguiente apartado se expondrá de manera más detallada los principales tratamientos.

2. TRATAMIENTOS ONCOLÓGICOS: ASPECTOS MÉDICOS

El cáncer no es una enfermedad única, sino que engloba a un sinnúmero de padecimientos neoplásicos con formas de diagnóstico y tratamiento específicos para cada uno. Por lo que se debe disponer de la mayor información posible en cada caso, para definir las opciones terapéuticas a las que se puede sujetar el paciente y la probable respuesta que éstas pueden brindar. Mayer (2006), reconoce que los tratamientos oncológicos pueden ser englobados en tres modelos de respuesta terapéutica:

- **Curativo.** En este tipo, regularmente el proceso de enfermedad se encuentra limitado y la neoplasia se considera en etapas tempranas de evolución lenta y el pronóstico, frente a las intervenciones médicas es favorable.
- **Potencialmente curativas.** La respuesta a la terapia es menos predecible debido al índice de probabilidad de respuesta, al intención terapéutica se enfoca, si no es posible la curación a retrasar el avance de la enfermedad.
- **Paliativos.** La probable curación frente a los tratamientos conocidos es poco o nada probable y la intención de la paliación se enfoca a reducir el número o la intensidad de los síntomas favoreciendo un incremento en la calidad de vida y la disminución de los síntomas.

Aunque para Harrison (2001), el objetivo primario del tratamiento es erradicar el cáncer.

Los tratamientos se dividen en tres grupos principalmente: cirugía, radioterapia y quimioterapia. La cirugía y la radioterapia se consideran tratamientos locales, aunque sus efectos pueden influir en el comportamiento

tumoral en lugares remotos. La quimioterapia se considera tratamiento sistémico. Estas modalidades a menudo se usan en combinación.

En este apartado se expondrán las principales modalidades de tratamiento utilizados para tratar el cáncer antes mencionadas desde el punto de vista medico, anexando otra modalidad que también es importante para el tratamiento del cáncer, llamada trasplante de medula ósea. Abordando únicamente a que se refieren cuando son utilizados en la etapa de tratamiento en el desarrollo de la enfermedad.

2.1 Cirugía

De acuerdo a Mendelsohn (2001), la cirugía fue la primera modalidad utilizada en el tratamiento del cáncer, y data de antes del siglo XIX. A principios del siglo pasado, la cirugía era el único tratamiento del cáncer del que se disponía que proporcionaba una significativa supervivencia sin enfermedad. Continua siendo el único tratamiento curativo en muchos de los tumores sólidos más frecuentes. Desempeña un papel fundamental en el diagnóstico, la clasificación en estadios y el tratamiento de muchos tumores.

La cirugía se utiliza para la prevención, el diagnóstico, la estadificación, el tratamiento de la enfermedad localizada y metastásica, la paliación y la rehabilitación del cáncer.

Para Harrison (2001), es quizá el medio más eficaz para tratar el cáncer. Aproximadamente, el 40% de los pacientes con cáncer se curan en la actualidad mediante cirugía. Por desgracia, una gran proporción de los pacientes con tumores sólidos (quizá el 60%) tienen una enfermedad metastásica que no es accesible a la extirpación. Sin embargo, incluso cuando la enfermedad no puede curarse mediante la cirugía sola, la extirpación del tumor puede ofrecer

importantes beneficios, como son el control local del tumor, la conservación de la función del órgano, una citorreducción que permite que el tratamiento posterior funciones mejor y una información de estadificación sobre el alcance de la afectación.

Principalmente, la cirugía es un método eficaz para curar pacientes cuyos tumores se limitan a determinadas localizaciones anatómicas.

2.2 Radioterapia

La radiación es un tipo de energía especial que se transmite a través de ondas, que se generan en maquinas especiales o en sustancias radioactivas. Los niveles altos de radiación pueden destruir células o impedir que crezcan y se dividan. Las breves pero altas dosis de radiación que destruyen las células cancerosas pueden también dañar las células normales. Cuando este sucede, el paciente sufre de efectos secundarios (Instituto Nacional de Cáncer, 1996). La radioterapia como la cirugía, es una modalidad local utilizada en el tratamiento del cáncer. Su utilización depende en gran medida de la radiosensibilidad del tumor y de los tejidos normales adyacentes (Mendelsohn, 2001).

La radioterapia se administra en dos formas: externa e interna. Algunos pacientes reciben las dos, una después de la otra.

El Instituto Nacional de Cáncer (1996) y Harrison (2001), explican como se llevan acabo las dos formas de administración. En la terapia externa, una maquina dirige comúnmente rayos x o rayos gamma, de alta energía al tumor canceroso y a un áreas del tejido normal alrededor de éste, también se le conoce como teleterapia. En la radioterapia interna, se usa una sustancia o fuente radioactiva que se sella en pequeños recipientes, parecidos a alambres delgados o tubos, llamados implantes. El implante se coloca directamente dentro del tumor o en una

cavidad del cuerpo. Algunas veces, después de que el tumor se ha eliminado con cirugía, los implantes se colocan dentro del área alrededor de la incisión para destruir cualquier célula cancerosa que haya quedado. A este procedimiento se le conoce como radiación intersticial. Otro tipo de radioterapia interna utiliza fuentes de radioactividad sin sellar y se le conoce como braquiterapia. Este tipo de radioterapia se puede tomar en forma oral o se inyecta en el cuerpo.

Los médicos pueden utilizar la radiación antes de la cirugía para reducir el tamaño del tumor. Después de la cirugía, la radioterapia se usa para detener el crecimiento de cualquier célula cancerosa que todavía permanezca en el cuerpo (Instituto Nacional de Cáncer, 1996).

La radioterapia es una forma física de tratamiento que lesiona cualquier tejido que encuentre a su paso. Las células tumorales parecen ser algo más sensibles a los efectos letales de la radiación que los tejidos normales. Idealmente, la radioterapia destruiría el tejido canceroso causando una mínima alteración de las estructuras normales circundantes. Sin embargo, la capacidad del tejido normal mantiene y repara la lesión inducida por la radiación para funcionar de forma adecuada incluso si la función normal del órgano está disminuida (Instituto Nacional de Cáncer, 1996; Mendelsohn, 2001).

La radioterapia normal se administra 5 días a la semana, durante 6 o 7 semanas. En la mayoría de los casos en los que se usan implantes, la persona deberá estar en el hospital y recibirá anestesia general o local mientras el médico coloca el recipiente radioactivo en el cuerpo. Generalmente los implantes permanecen en el cuerpo de 1 a 7 días (Instituto Nacional de Cáncer, 1996).

La radioterapia, según Harrison (2001), puede ser utilizada de forma aislada o en combinación con quimioterapia para producir la curación de tumores localizados y el control de la localización primaria de la enfermedad en tumores que se han diseminado. El tratamiento se planifica en función del uso de un

simulador con el campo o los campos de tratamiento diseñados para ajustarse a las características anatómicas individuales del paciente.

2.3 Quimioterapia

Es un tratamiento primario de que se dispone en las enfermedades malignas diseminadas. El progreso de la farmacoterapia ha dado lugar al desarrollo de pautas de quimioterapia curativa para diversos tumores.

Mendelson (2001) en conjunto con Harrison (2001) son los mas representativos autores, ellos afirman que la quimioterapia, se puede administrar como tratamiento adyuvante o neoadyuvante. El tratamiento adyuvante se administra después de una resección quirúrgica definitiva a un paciente que no muestra signos clínicos, radiológicos ni patológicos de enfermedad maligna residual. Su propósito es eliminar la enfermedad micrometastásica indetectable. El neoadyuvante se refiere a la administración de quimioterapia antes de la cirugía. Es decir, después de la quimioterapia con este fin, el paciente puede beneficiarse de un tratamiento local más conservador.

Harrison (2001), afirma que los agentes quimioterápeuticos se utilizan mas habitualmente para el tratamiento de los canceres metastáticos. Si un tumor está localizado en un único sitio, debe considerarse seriamente la posibilidad de cirugía o radioterapia primaria, dado que estas modalidades de tratamiento pueden ser curativas como tratamientos locales. La quimioterapia puede utilizarse tras el fracaso de estas modalidades para erradicar un tumor local, o como parte de un enfoque multimodal para ofrecer tratamiento primario a un tumor clínicamente localizado. En este caso puede permitir la conservación del órgano cuando se administra radiación, o puede sensibilizar tumores a la radioterapia cuando se administra. La quimioterapia puede administrarse como adyuvante a la cirugía o

de la radiación. En este caso, la quimioterapia intenta eliminar el tumor clínicamente no evidente que puede ya haberse diseminado.

Para que el tratamiento sea eficaz es necesario asumir un cierto grado de toxicidad. La quimioterapia no actúa selectivamente sobre las células tumorales produciendo su efecto citotóxico (inhibiendo el ciclo de división celular), sino que su falta de especificidad hace que también ejerza su acción sobre el resto del organismo. Por ello, los fármacos citotóxicos tienen efectos secundarios en diversos sitios. Pudiendo ser desde toxicidades leves hasta llegar a conducir a la muerte. La recuperación se produce 1-3 semanas después de finalizar el tratamiento, sin embargo algunas quimioterapias duran 4-6 semanas (Vega y cols, 2004).

2.4 Trasplante de medula ósea

El trasplante de medula ósea ha colocado como una nueva y esperanzadora línea de tratamientos para muchos enfermos, considerados incurables hasta su aplicación. En particular, implica un cambio de pronóstico importante para muchos enfermos hemato-oncológicos personas que padecen leucemias, linfomas o mieloma múltiple (Arranz y cols, 2005).

En la actualidad para los enfermos adultos, hay distintas posibilidades de obtener células madre de la médula ósea permitiendo realizar distintos tipos de trasplante (Arranz y cols, 2005; Harrison, 2001) :

- Antólogo. Realizado con las células progenitoras de la médula ósea del mismo enfermo.
- Alogénico. Cuando las células proceden de un donante, generalmente de un hermano histocompatible.

- Haploidéntico. Se realiza el trasplante de un donante familiar no compatible totalmente o de un donante no emparentado compatible.

Los avances realizados en la aplicación de este procedimiento también han logrado reducir los efectos secundarios, las complicaciones, el tiempo de aislamiento y la hospitalización requeridos.

El trasplante de medula ósea es de los tratamientos más empleados en niños, ya que uno de los tipos de cánceres que más afectan a los niños es la leucemia. (Méndez y cols, 2004).

A lo largo del apartado, se expuso de manera breve los aspectos médicos relacionados con el tratamiento del cáncer. Pero no se describieron los efectos colaterales que trae consigo su utilización. Por lo consiguiente en el siguiente apartado se expondrán los cambios físicos, psicológicos y sociales, que experimentan los enfermos que se encuentran en la etapa de tratamiento.

3. CARACTERÍSTICAS DEL ENFERMO CON CÁNCER EN ETAPA DE TRATAMIENTO

Durante la evolución de la enfermedad, los pacientes presentan un serie de cambios, síntomas, y por ende, necesidades diversas, que deben ser tomadas en cuenta, ya que el cuidador principal llega a ser el responsable de hacer frente a estos cambios o cubrir estas demandas. Por tanto, es importante determinar a que se refieren específicamente estos.

En general, los tratamientos oncológicos tienen consecuencias físicas, psicológicas y sociales (Alvarado, 2004). Los procedimientos quirúrgicos tienen una connotación agresiva, dado que son procedimientos radicales, mutilantes y con un grado importante de deformación en muchos de los casos, por ello el paciente presenta desajustes emocionales y sociales; la quimioterapia produce reacciones adversas a los agentes quimioterapéuticos lo que provoca problemas con su autoestima, alteraciones en su sexualidad, que a la larga provoca conflictos sociales; los efectos de la radioterapia van a depender de la localización de la enfermedad.

En este apartado se expondrán los cambios considerados más relevantes por los autores revisados, en la esfera física, psicológica y social.

3.1 Cambios y síntomas físicos

El bienestar físico se determina por la actividad funcional, la fuerza o la fatiga, el sueño y el reposo, el dolor y otros síntomas (Vinaccia y Orozco, 2005).

La enfermedad cancerosa genera síntomas físicos como el dolor. La sensación de dolor es un mecanismo protector del organismo que alerta a la persona que lo padece de que algo funciona mal y le incita a llevar a cabo alguna acción para disminuir o eliminar ese dolor (Mendez y cols, 2004; Sanz y Modolell, 2004).

También la anorexia, el estreñimiento, la somnolencia, trastornos del dormir, pérdida de peso, disminución de la libido, cansancio fácil, el enlentecimiento de las funciones cognitivas y la motricidad, son producto de la enfermedad misma y de los tratamientos (Torre, 2001; Vidal y López, 2001).

La fatiga crónica, cansancio crónico o astenia, para Font y cols (2004), constituye el síndrome de mayor prevalencia en el tratamiento del cáncer, siendo incluso un motivo frecuente de incumplimiento o abandono de la terapia oncológica. Siendo considerado por los pacientes como un problema más importante que el dolor, las náuseas o los vómitos. A pesar de ello, aproximadamente solo un 30% de los pacientes que lo presentan son tratados, por ser considerado por el equipo de salud como algo poco relevante.

La astenia se define como una sensación subjetiva del paciente, que se caracteriza principalmente por un cansancio significativo que hace reducir el funcionamiento de la persona, y que no se recupera con el descanso (González y cols, 2004; Lacasta y cols, 2004). Los pacientes suelen describir el cansancio en términos de falta de energía, deterioro cognitivo, somnolencia, alteraciones del estado de ánimo o debilidad muscular (Font y cols, 2004).

Específicamente, los problemas fisiológicos asociados a la quimioterapia, de acuerdo a Alvarado (2004), Barraza (2004), Mendelson (2001) y Vega y cols (2004) son: fatiga, dolor intenso, parestesias (hormigueo en manos), náuseas, vómitos, alopecia (caída de cabello), anorexia, neuropatía periférica, diarrea, pérdida de peso, infecciones, anemia, estreñimiento, hemorragia digestiva,

alergias o hipersensibilidad, trastornos en la pigmentación, alteraciones en la imagen corporal, infertilidad, menopausia prematura, disminución de la libido, anorgasmia o impotencia, toxicidad hepática, cardiovascular, pulmonar, neurológica, ocular, gustativa, olfativa, renal o vesical.

La toxicidad de la quimioterapia va a depender de diversos factores tanto de los fármacos (dosis, vía de administración, tiempo de infusión, combinación con otros citostáticos, radioterapia, antirretrovirales, sinergismo con otros fármacos, interacciones medicamentosas), como del paciente (comorbilidad, estado funcional de los órganos y aparatos relacionados con el metabolismo y excreción del fármaco, estado general del paciente y edad), y los efectos secundarios pueden ser inmediatos (en horas o días), precoces (en días o semanas), retardados (semanas o meses) y tardíos (meses o años) (Vega y cols, 2004).

Por otra parte, la cirugía puede tener como consecuencias una alteración en el funcionamiento de algún órgano, cicatrices, amputaciones, deformidades, asimetría. Los cambios pueden ser desde una alteración estética hasta una incapacidad funcional, como el habla, deglución, hábitos de eliminación (Fernández, 2004).

Por último, los efectos secundarios más comunes de la radioterapia de acuerdo a lo expuesto por El Instituto Nacional de Cáncer (1996) y Mendelson (2001), son el cansancio, cambios en la piel, pérdida de apetito. Dependiendo del área donde se lleve a cabo la aplicación y de la cantidad de radioterapia administrada, podrá presentarse por ejemplo caída del cabello o aumentar las posibilidades de que se desarrollen caries dentales en el caso de que la radiación se lleve a cabo en la cabeza o cuello. La piel alrededor del área tratada se enrojece, irrita, quema, broncea, o presenta resequedad después de varias semanas. En ocasiones la radioterapia puede causar disminución de las células blancas o niveles bajos de plaquetas, que son las células de la sangre que ayudan al cuerpo a combatir las infecciones y prevenir hemorragias. Toxicidad

gastrointestinal con náuseas, vómitos, disfagia o diarrea. También durante la radioterapia, el cuerpo utiliza mucha energía para curarse, la tensión relacionada con la enfermedad, los viajes diarios para recibir los tratamientos y los efectos de la radiación a las células normales contribuyen al cansancio.

3.2 Cambios psicológicos

El bienestar psicológico se relaciona con el temor, la ansiedad, la depresión, la cognición y la angustia que genera la enfermedad y el tratamiento. También incluye el bienestar espiritual, que abarca el significado que se le da a la enfermedad, la esperanza, la trascendencia, la incertidumbre, la religiosidad y la fortaleza interior (Vinaccia y Orozco, 2005).

Cuando la persona enferma, cambia desde todos los aspectos, cambia su escala de valores, aprende a estimar cosas a las que antes no les dedicaba ni un segundo, cambia su estado de humor, conductas, pensamientos y cambia el sentido de su vida (Llantá y cols, 2005).

Para Llantá y cols (2005), Mendez y cols (2004), Sanz y Modolell (2004) y Torre, (2001), la enfermedad oncológica genera miedo, ansiedad, ira, depresión, culpa, soledad, tristeza, incertidumbre, desesperación, impotencia. El nivel de desarrollo de la persona va a determinar la naturaleza del impacto emocional del cáncer y las estrategias que empleará para afrontar la enfermedad.

Según los resultados de un estudio presentado en Mendez y cols (2004), inmediatamente después del diagnóstico los niños con cáncer experimentaron más ansiedad, dependencia, llantos y problemas de sueño, y sus padres más ansiedad, tensión e insomnio que la población general. Los niños más pequeños manifiestan principalmente su preocupación por el dolor y el miedo a separarse de sus padres y de su entorno durante las hospitalizaciones. En los más mayores

surgen sentimientos de soledad si la enfermedad no les permite participar en sus actividades diarias. El miedo a la muerte y el estrés debido a los posibles cambios físicos que pueden experimentar son más comunes en los adolescentes.

Los pacientes con cáncer pueden presentar morbilidad psiquiátrica mantenida principalmente en forma de trastornos de ansiedad y depresivos. Muchos de estos cuadros suelen ser ignorados, minusvalorados o aceptados por los profesionales, que los consideran comprensibles dada a situación del enfermo. Es decir, el personal de salud considera "normal" que el enfermo se sienta triste y ansioso ante la noticia de que el tratamiento va a consistir en cirugía o quimioterapia. Por ejemplo, a una paciente con cáncer cervicouterino se le comunica en la consulta que el tratamiento consiste en una histerectomía, por lo que presenta llanto entre otras cosas, siendo comprensible por la pérdida muy importante que esta por experimentar, de hecho algunas tienen la creencia de que dejan de ser mujeres si no tienen matriz, sin embargo el personal de salud no comprende porque lo presenta estos síntomas si la paciente ya tiene hijos y no tiene alguna otra función mas importante que la de procrear.

También se pueden presentar sentimientos de indefensión ante lo agresivo que pueden ser los tratamientos (Barraza, 2004), principalmente esta presente en los niños. En los adultos se puede presentar, pero se debe principalmente a la falta de conocimientos sobre determinados aspectos de la enfermedad y tratamiento que pueden generar ideas irracionales, como puede ser que crean que la radioterapia va a quemar por completo la parte del cuerpo donde se aplique.

La desesperanza esta presente en todo paciente en algún momento de la enfermedad, pudiendo ser un estado de ánimo transitorio. Sin embargo puede convertirse en algo mas crónico llegando a ser parte de un cuadro depresivo, principalmente cuando el oncólogo le da la noticia al paciente en la consulta de que los tratamientos no han tenido el efecto que se esperaba. Por ejemplo, a una paciente con cáncer en los ovarios que esta en quimioterapias, a mitad del

tratamiento recibe la noticia de que los marcadores tumorales han elevado en lugar de disminuir, puede provocar un efecto desesperanzador en la enferma, ya que sus expectativas hacia el tratamiento eran diferentes, pudiendo llegar a creer que no tiene caso continuar con el tratamiento si no ha tenido el efecto esperado.

Los pacientes oncológicos con tratamientos muy severos, pueden sentirse extenuados, exhaustos y por lo tanto hipobúlicos e hipoafectivos, pero esto no quiere decir que no existan deseos de vivir, ni tampoco que hayan perdido la noción del para que existir y de la existencia, característicos de la enfermedad depresiva (Vidal y López, 2001).

Vidal y López (2001) Vinaccia y cols (2005), afirman que cuando los pacientes padecen dolor intenso y crónico o están hospitalizados, cuando la enfermedad es severa, cuando la discapacidad que origina es importante, las cifras de prevalencia para la depresión se hallaran incrementadas. En cambio, cuando los pacientes son ambulatorios, la prevalencia disminuye. Y que se debe tener en cuenta que los pacientes suelen estar polimedcados con varios fármacos, y estos tienen diversos efectos secundarios, entre ellos la depresión.

La depresión se puede manifestar en el paciente oncológico infantil con llantos frecuentes, tristeza, irritabilidad, aislamiento, falta de interés por las actividades de juego, problemas de sueño (Mendez y cols, 2004).

La depresión clínica o trastorno depresivo mayor de acuerdo a Maté y cols (2004), es un trastornó del estado de animo caracterizado por un periodo al menos de dos semanas de duración durante el cual hay una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. La prevalecía de la depresión según este autor la estima entre el 5% y el 8%.

De acuerdo al DSM-IV que es el manual de diagnostico mas utilizado para trastornos mentales, en la depresión hay presencia de síntomas somáticos, como

anorexia, astenia, pérdida de peso, insomnio, enlentecimiento psicomotor o pérdida de interés sexual. Pero estos indicadores tienen poca utilidad diagnóstica en los pacientes oncológicos, ya que son comunes a la enfermedad neoplásica y a la depresión. Por ello Endicott (citado en Maté y cols, 2004), propone criterios sustitutivos de los síntomas del DSM-IV por los siguientes síntomas:

- Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día
- Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades
- Apariencia depresiva
- Aislamiento social o reducción de la expresión verbal
- Agitación o enlentecimiento psicomotor casi cada día
- Melancolía, autocompasión o pesimismo
- Sentimientos de inutilidad o culpa excesivos o inapropiados
- Baja reactividad, incapacidad de levantar el ánimo
- Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o plan específico para suicidarse.

Por otra parte, la astenia es uno de los síntomas también presentes en el paciente oncológico, y provoca en el aspecto psicológico la disminución del bienestar personal y de la capacidad para actividades intelectuales, labilidad emocional y apatía (González y cols, 2004; Lacasta y cols, 2004).

Sin embargo, la astenia y la depresión no siguen una evolución paralela a lo largo del tiempo, mientras que la depresión disminuye al finalizar el tratamiento, la astenia se mantiene estable o se incrementa (Font y cols, 2004).

Los trastornos del sueño y/o fatiga son frecuentes en los niños que padecen cáncer. El dolor puede alterar su ritmo de sueño, como también las preocupaciones y el miedo por la enfermedad o la ansiedad por su futuro.

Maté y cols (2004), consideran que el insomnio no ha recibido mucha atención, a pesar de tener importantes repercusiones y ser uno de los síntomas más comunes, principalmente en el cáncer de mama. Los pacientes que se quejan de insomnio también presentan peor salud física (depresión del sistema inmune) y mental (irritabilidad y depresión), dificultad para concentración y para el afrontamiento del estrés, mayor intolerancia al dolor. Son muchas las causas que pueden alterar el descanso nocturno, pero se puede asociar a la propia enfermedad y a los efectos secundarios de los tratamientos recibidos, como las náuseas y vómitos, disnea y frecuencia urinaria, la propia hospitalización.

Los trastornos de ansiedad crónicos, como el trastorno de ansiedad generalizada o el trastorno de pánico pueden verse intensificados ante el tratamiento. Maté y cols (2004), refiere que las fobias específicas, como la fobia a la sangre o a las inyecciones o la claustrofobia pueden interferir con el tratamiento, causando baja adherencia o abandono del mismo. La claustrofobia puede interferir para la realización de la radioterapia donde se requiere que el paciente se encuentre inmóvil y recostado en un aparato dentro de un espacio cerrado totalmente y que permanezca solo por un corto tiempo.

Entre las causas psicológicas más frecuentes de la sintomatología ansiógena se encuentra la percepción de cercanía de la muerte, la sensación de pérdida del control, el miedo a la evolución de la enfermedad y las falsas creencias asociadas a la misma (Maté y cols, 2004).

Los problemas de ansiedad que manifiestan los niños con cáncer surgen debido a diversos motivos. Mendez y cols (2004), reportan que estos motivos pueden incluir las frecuentes hospitalizaciones que suponen una ruptura en sus hábitos y su vida cotidiana, la separación de sus padres y hermanos, el miedo a la muerte, sobre todo si la información que se les proporciona es contradictoria. También se sienten alterados por el temor a las batas blancas, los instrumentos y procedimientos médicos, por la toma de determinados fármacos, por el sueño y

por el dolor. En ocasiones, pueden manifestar ansiedad anticipatorio ante los procedimientos médicos, manifestado por náuseas, erupciones cutáneas, insomnio o llantos.

Sin embargo, el equipo de salud debe reconocer y asumir la presencia de síntomas psíquicos como la ansiedad, el miedo o la depresión que puedan estar perturbando de alguna manera el bienestar tanto físico como mental del paciente. Ya que el miedo a la enfermedad genera ansiedad, si la unimos a las casi constantes dudas que suelen invadir al paciente sobre sus posibilidades de curación, induce a la depresión y al aislamiento, y todo en conjunto genera una carga capaz de influir negativamente en el correcto funcionamiento del cuerpo y en la actividad del sistema inmunológico (Barthe, 1997).

López y cols (2004), aseveran que el delirium también se puede presentar en los enfermos de cáncer, existen causas relacionadas de manera directa con el propio tumor, que provoca daños directos durante su progresión en el sistema nervioso central u ocasiona alteraciones funcionales a nivel sistémico (afectación hepática, renal, pulmonar) que dan lugar a desequilibrios metabólicos o electrolíticos causantes del cuadro. En otros casos la explicación se encuentra asociada a las toxicidades o efectos secundarios que ocasionan la mayoría de los tratamientos que reciben los enfermos (quimioterapia, radioterapia, corticoides, medicación analgésica).

Por otra parte, los pacientes pueden percibir todos los eventos relacionados con la enfermedad como estímulos aversivos, que le producen sentimientos de vulnerabilidad, incertidumbre, tristeza y miedo a la muerte, que pueden generar a su vez, depresión, ansiedad, pánico, aislamiento social y crisis espirituales (Rebolledo y Alvarado, 2006). Según estos autores, para muchos pacientes afrontar la enfermedad puede tener un impacto muy traumático, lo que genera distres, debido a la impotencia e inseguridad del paciente ante los cambios y pérdida de control de la situación, lo que afecta lenta e inevitablemente al propio

enfermo y a quienes están cerca de él: su familia, cuidadores y profesionales que le asisten. Se ven sometidos a la presión de tomar decisiones apresuradas, por ejemplo sobre los posibles tratamientos a seguir.

Otros efectos que pueden desencadenar los distintos tratamientos oncológicos son (Alvarado, 2004; Malca, 2005): alteraciones en la imagen corporal, disfunciones sexuales, fobia a los aparatos o instrumentos que suministran los tratamientos, miedo a las deformaciones del cuerpo, temor a no resistir la anestesia o a morir durante la cirugía, entre otros. Siendo esta última la más presente en los pacientes que se van a someter a cirugía, aun cuando no sea la primera intervención y tengan los conocimientos necesarios como para disminuir dicho temor.

En los niños con cáncer los procedimientos de los tratamientos son potencialmente estresantes. Por ello es común que se generen en ellos comportamientos negativos extremos, gritos, oposición, resistencia general y poca colaboración con el personal sanitario (Mendez y cols, 2004).

Asimismo, los cambios físicos que el niño con cáncer experimenta durante su enfermedad y tratamiento, por ejemplo la pérdida de cabello o la variación de peso, pueden amenazar su autoestima (Mendez y cols, 2004).

Los cambios generados a partir de procedimientos quirúrgicos como método de tratamiento son variables, a continuación se exponen algunos de acuerdo a Aresca (2004) y Fernandez (2004). Específicamente en el cáncer de mama las mujeres mastectomizadas pueden presentar síntomas de ansiedad, depresión y la idea de que han perdido su atractivo, se sienten en inferioridad de condiciones, avergonzadas de mostrarse desnudas ante sus parejas, molestas. En el cáncer pélvico en la mujer se altera también la sexualidad, la libido disminuye a causa del dolor crónico y de las hemorragias. En el cáncer colo-rectal en ambos sexos, se puede llegar a necesitar una derivación intestinal o urinaria, llamado

estoma abdominal, por lo que el cambio corporal es radical, genera incomodidad y es un estímulo negativo para la sexualidad. En el caso del cáncer de cabeza y cuello si el defecto físico es muy visible, el paciente puede llegar a abandonar su vida social y sexual, o puede llegar a presentar un trastorno en la imagen corporal. Este último se define como una marcada discrepancia entre la apariencia física objetiva o percibida de una parte del cuerpo, atributo o función corporal y la representación mental (esquema) que el sujeto tiene de este. También se pueden presentar cambios en las conductas, como ocultar o disimular el defecto, evitar mirarse al espejo o mirar directamente a la zona afectada, cambio en el estilo de ropa, preguntas constantes para asegurar que no se nota, pudiendo llegar en algunos casos a manifestar conductas obsesivas.

En algunos casos en los que se administra la hormonoterapia como método de tratamiento, se puede detectar un temor por la pérdida del atractivo y de la identidad sexual. En el caso de los varones con determinados tipos de cáncer, es probable que el cuerpo experimente un aumento de las glándulas mamarias, cambios en la textura de la piel, acumulación de grasas en las caderas y muslos, y aunque estos cambios suelen ser muy pequeños, generan malestar y son vividos con gran ansiedad (Fernandez, 2004). La hormonoterapia consiste en la administración de un fármaco que contiene hormonas por un periodo de tiempo que en la mayoría de las veces es largo.

Los tratamientos como la quimioterapia pueden generar ansiedad, irritabilidad, miedo, somnolencia, cambios de conducta, confusión mental, psicosis, alucinaciones y delirios, provocados por la neurotoxicidad del tratamiento, baja autoestima (Vega y cols, 2004).

3.3 Cambios sociales

El bienestar social, tiene que ver con las funciones, relaciones, afecto y la intimidad, la apariencia, el entretenimiento, el aislamiento, el trabajo, la situación económica y el sufrimiento familiar (Vinaccia y Orozco, 2005).

La enfermedad genera demandas sociales como no abandono y consideración (Sanz y Modolell, 2004), ya que las personas se enfrentan a la hospitalización, la soledad y la convalecencia (Mendez y cols, 2004).

El estado de ánimo en el que se encuentra el enfermo con cáncer, conduce a una compleja relación familiar, social y profesional (García y García, 2005). Por lo tanto, la enfermedad crónica afecta las relaciones con los miembros de la familia y amigos (Vinaccia y Orozco, 2005).

Según González y cols (2004) y Lacasta y cols (2004), la astenia en el aspecto social, afecta a las actividades cotidianas, el trabajo, las relaciones sociofamiliares y los recursos económicos. Produce una sensación de malestar en las personas que la padecen y en las que le rodean, ya que pueden considerar al enfermo que la presenta como un "flojo", y más si este funge el rol de proveedor o cuidador del grupo familiar.

La ansiedad que puede presentar el enfermo, se deriva de acuerdo a Maté y cols (2004) y Mendelson (2001), de problemas sociales de tipo económico (pérdida de empleo, baja por la larga enfermedad e incapacidad laboral), familiar, de relación interpersonal, problemas de índole espiritual (crisis de creencias), problemas con el entorno por el exceso de estimulación, aburrimiento, falta de cuidados o sobreprotección familiar.

Los problemas generados debido a la quimioterapia, pueden principalmente los sexuales, a la larga pueden provocar conflictos familiares, rechazo conyugal, separación y divorcio (Alvarado, 2004).

El tratamiento de radiación para el cáncer puede ser costoso, ya que requiere del uso de un equipo costoso y complejo, el número de sesiones requeridas, al igual que el uso del servicio de muchos profesionales de la salud (El Instituto Nacional de Cáncer, 1996).

Los pacientes sometidos a radioterapia pueden llegar a tener la creencia, o sus familiares, de que su cuerpo se ha convertido en un agente radioactivo, lo cual se puede convertir en un aislamiento. Sin embargo, El Instituto Nacional de Cáncer (1996) refiere que cuando se administra la radioterapia por medio de braquiterapia, la sustancia radioactiva del implante puede transmitir rayos fuera del cuerpo. Por lo que el enfermo puede requerir el aislamiento mediante la hospitalización por un breve tiempo. Esto puede generar un impacto tanto para el paciente como para la familia, ya que las visitas son limitadas y controladas, por ejemplo la visita deberá de sentarse por lo menos a 2mts aproximadamente del enfermo y solo podrá estar de 10 a 30 minutos cada día.

Por otra parte, los pacientes con derivación intestinal o urinaria, para su higiene personal necesitan más tiempo, les es difícil el relacionarse con otras personas ya que tiene la fantasía de que constantemente huelen mal (Aresca, 2004).

En los niños enfermos de cáncer los cambios debido a los tratamientos y la enfermedad pueden generar aislamiento o problemas en sus relaciones sociales, en el colegio deben explicar a sus compañeros por qué no asiste con regularidad a las clases y el motivo de sus frecuentes hospitalizaciones, despertando con frecuencia sentimientos de pena y compasión e incluso un posible rechazo, especialmente si sufre de alopecia, vómitos y náuseas o la amputación de algún

miembro de su cuerpo (Mendez y cols, 2004). Y el personal del colegio puede percibir al niño como frágil o débil.

Así mismo, nuevas personas pasan a formar parte de un núcleo característico de personas con las que el enfermo se ve obligado a tratar, como son médicos, enfermeras, técnicos, otros enfermos y sus familiares. También en ocasiones pueden llegar a soportar conductas abusivas y poco respetuosas por parte de los servidores de salud, lo que puede ocasionar una mala relación que resulta perjudicial para el paciente, como la falta de adherencia terapéutica. Ya que el enfermo se vuelve susceptible, sensible a cualquier cosa que sobre su enfermedad se pueda expresar, como palabras, miradas, gestos, movimientos (Barthe, 1997; Bayes, 1997).

Algunos enfermos pueden sentir una gran ambivalencia entre sus deseos de volver a casa y el hecho de dejar el ambiente hospitalario. Debido al temor de las complicaciones o infecciones, lo cual puede producir conflictos con a familia cercana (Arranz y cols, 2005).

En general los cambios que pueden ocurrir en las personas con cáncer, son la disminución o pérdida de la capacidad laboral con el consecuente desajuste económico en algunos casos, alteraciones en las costumbres, pérdida de la intimidad, cambios en las relaciones interpersonales, pérdida del rol habitual, abandono de actividades importantes (Barthe, 1997; Torre, 2001).

Las reacciones físicas, psicológicas y sociales, dependerán de la localización y tipo de cáncer, de la información que tenga el paciente, de las redes sociales con las que cuente, y de los tratamientos que se le administren, como se expuso a lo largo de este apartado.

Sin embargo, también los familiares experimentan cambios importantes al enfrentarse al cáncer, por lo cual en el siguiente apartado se hará referencia a ello.

4. LA FAMILIA Y EL CÁNCER: ASPECTOS PSICOLÓGICOS

Muchos de los aspectos en la vida de una familia con enfermo oncológico se ven afectados como consecuencia de la enfermedad y su tratamiento, porque para ambos resulta casi igual de impactante.

Enfrentarse a un diagnóstico de cáncer, soportar el tratamiento y mantenerse en un estado de permanente expectación para muchos supone una fuerte carga que afecta la estabilidad individual como cuidador principal y familiar (Barthe, 1997).

A partir del momento en que en una familia se anuncia una enfermedad oncológica en uno de sus miembros, en el grupo se produce una crisis, entendiéndose esta como la expresión de contradicciones entre la organización estructural y funcional de la familia y las demandas derivadas de los nuevos acontecimientos que se afrontan, lo cual se traduce en una desorganización en el seno familiar (Barthe, 1997; Pérez y Rodríguez, 2006). Ello se debe a la preocupación e incertidumbre del proceso de enfermedad y los tratamientos, los problemas familiares, económicos, etc.

Por lo cual, a lo largo de este apartado se expondrá de manera mas extensa el papel de la familia en la enfermedad oncológica. Se abordara la importancia del apoyo de esta, el impacto de la enfermedad y sus repercusiones en los miembros dando prioridad al cuidador principal.

4.1 Importancia del apoyo familiar en el proceso de la enfermedad oncológica

La familia, los amigos, el personal de salud, pueden convertirse en elementos facilitadores o incluso llegando a afectar el curso y pronóstico de la enfermedad. La familia tiene un peso decisivo en la recuperación del enfermo o en su adaptación a la evolución de la enfermedad (Torrico y cols. 2002; Rodríguez y cols. 2004; Rebolledo y Alvarado, 2006; Vinaccia y Orozco, 2005).

El sistema social puede ayudar a individuos a resistir los efectos psicológicos adversos de la severa tensión causada por la enfermedad y la necesidad de apoyo en promover una mejor recuperación física y mental. De esta manera, los pacientes experimentan menos trastornos mentales (principalmente depresión y ansiedad), mayor autoestima, un mayor sentido de la eficacia en su propia habilidad de funcionamiento, sentido de identidad social, de pertenencia y participación (Baider, 2003; Barraza, 2004; Cano, 2005; Lacasta y cols, 2004; Vinnacacia y cols (2005). La autoestima se puede incrementar por el hecho de que el enfermo cuando es apoyado socialmente, puede aprender desde la importancia que tiene cuidarse a si mismo y que las personas que se encuentran a su alrededor lo motivan a hacerlo, hasta el valor que puede tener como persona y no por su sola apariencia física, siendo reafirmado por este aspecto por el grupo social que lo apoya, llegando a descubrir aspectos de el mismo que no había explotado anteriormente como puede ser alguna habilidad para realizar algo o la fortaleza. Sin embargo, el enfermo puede tener la autoestima disminuida mucho antes de presentar la enfermedad oncológica, y posteriormente se puede volver más evidente este hecho por los cambios que sufre, principalmente cuando el cáncer o los tratamientos deterioran visiblemente alguna parte de su cuerpo.

Barra (en Vinaccia y cols, 2005) considera que el apoyo social actual bajo el mecanismo de redefinición del daño potencial del estresor disminuyendo las reacciones del sistema neuroendocrino o facilitando los procesos de afrontamiento.

Mate y cols (2004), afirman que un factor de riesgo para la depresión en pacientes oncológicos es un apoyo social deficiente o la carencia de una red social de contención. Vidal y López (2001) en su estudio determinaron que el 60% de los pacientes sin síntomas de trastorno depresivo tenían apoyo familiar, en las depresiones moderadas no había mucha diferencia entre los pacientes con soporte o sin el. Pero a medida que la depresión se hacia mas severa, aumentaba el predominio de los enfermos sin apoyo (77% de los pacientes).

Los niños con enfermedad oncológica, si perciben bajo apoyo social, aumentan el riesgo de que surjan dificultades de adaptación (Méndez y cols, 2004). Esto puede deberse a que una de las principales demandas de los niños es el sentirse acompañados en las actividades que perciben como amenazantes, y si no tienen el apoyo por ejemplo de sus padres se pueden sentir desamparados entre otras cosas. Lo cual les impedirá el poder adecuarse a los cambios que surjan a lo largo de la enfermedad, como puede ser los cambios que van surgiendo a lo largo de las quimioterapias.

Por su parte, Font y cols (2004) han demostrado que los pacientes con cáncer que presentan síndrome de fatiga crónica son aquellos con peor apoyo social. Ya que el síntoma que presentan pocas veces es considerado como una consecuencia importante de los tratamientos. Por ejemplo los familiares de un enfermo que lo presente pueden pensar que a pesar de todos los esfuerzos que están haciendo para apoyarlo, el paciente no muestra motivación alguna para seguir adelante.

El apoyo social se refiere a la existencia de familiares o amigos que cumplan una función de sostén y contención del paciente, y se designa como presente o ausente (Vidal y López, 2001).

Para Cardenal y Oñoro (1999), existen dos tipos de apoyo social: apoyo positivo y apoyo aversivo (negativo), siendo importante considerar el número de personas en el sistema. A mayor número de personas dentro de la red de apoyo social hay un menor grado de perturbación del paciente. Ya que puede suceder que las actividades que formaban parte de las responsabilidades del paciente, son solventadas por varios miembros del grupo de apoyo. Y a mayor apoyo emocional negativo es mayor el estrés, asociado al malestar emocional de la enfermedad. Dentro de este último tipo de apoyo puede considerarse cuando el grupo no apoya al enfermo a cumplir con sus responsabilidades, y en cambio le genera culpa por no poder cumplir como anteriormente lo hacía.

Si las personas más cercanas al enfermo tienen una percepción negativa sobre la enfermedad neoplásica, la visión que poseen la transmitirán al enfermo, por lo que el enfermo reaccionará inadecuadamente ante el diagnóstico y tratamientos (Barthe, 1997; Torrico y cols, 2002). Esto puede exacerbar o reafirmar ideas irracionales con respecto a la enfermedad, que tiene el paciente. Percepciones negativas podrían ser la nula posibilidad de curación, historiales o incidencias en la evolución de la enfermedad de otros enfermos, todos ellos muchas veces no tienen nada que ver con el caso del paciente. Por ejemplo, cuando alguno de los miembros de la familia comenta que en la sala de espera del hospital otro familiar de un paciente le comentó que la quimioterapia era sumamente difícil de afrontar porque los síntomas eran excesivamente complicados, entonces el paciente puede reafirmar las creencias que tenía con respecto a este tratamiento.

Sin embargo, hay familiares y amigos que instan al enfermo por ejemplo a que siga con sus actividades en la medida de sus posibilidades. Lo cual constituye altamente beneficioso para los pacientes, ya que suelen disminuir los niveles de estrés que experimenta el enfermo (Torrigo y cols, 2002).

También el apoyo familiar pueden tener un papel relevante en la recuperación. Ya que si la familia conoce y acepta las indicaciones realizadas por el personal sanitario pueden ayudar al enfermo en aquellos contextos en los que es más probable que la persona adopte conductas de alto riesgo para la evolución de su enfermedad (Torrigo y cols, 2002).

De la misma manera, para Fernández (2004) la aceptación y el apoyo por parte de familiares, juega un papel esencial para facilitar la aceptación de la imagen corporal del enfermo de cáncer con alteraciones físicas. El contacto físico, la cercanía, las señales no verbales de aceptación y agrado ante su presencia, son cruciales para generar emociones positivas asociadas a la nueva imagen, además de facilitar la reintegración social.

En los ciclos de quimioterapia y radioterapia, el paciente necesitara que lo acompañen al Hospital, así como ser atendido los días posteriores a dicho tratamiento, con lo cual el apoyo familiar juega un papel primordial para la protección y asistencia.

El apoyo familiar puede resultar más eficiente si este es proporcionado por personas relevantes para el paciente, ya que serán una fuente de afecto sincero e incondicional (Barreto y Soler, 2003).

De acuerdo a García y García (2005) y Peñacoba y cols (2005), la comunicación influye en los niveles de satisfacción, mostrando pacientes mas satisfechos al ser escuchados, al percibir un ambiente de confianza y sinceridad, y al recibir información sobre su enfermedad que le ayude a tener mayor

conocimiento. Sin embargo, es importante el enfatizar la importancia de las palabras, ya que para los pacientes algunas pueden resultar ambiguas, evasivas o amenazadoras, mientras que otras pueden tener significados positivos. También el mensaje puede ser interpretado de diferentes formas según el paciente.

Barthe (1997) refiere que el rechazo a la expresión sincera de sentimientos coarta la posibilidad de comunicaciones saludables e induce al desgaste mental y emocional de los que directa o indirectamente se ven afectados por la enfermedad. Por ejemplo, si el enfermo por miedo y preocupado por no potenciar el desconcierto de los que le rodean y huir de conductas compasivas, escoge sufrir en silencio su enfermedad. Entonces la familia como respuesta decide asumir la misma postura y opta por no comunicar sus emociones intentando fingir normalidad.

Sin embargo, lo que realmente hay que considerar es como la persona percibe el ambiente más que como pueda existir en una realidad objetiva (Torrico y cols, 2002). El apoyo familiar percibido, es considerado por Vinaccia y cols (2005), como la valoración cognitiva de estar conectado de manera fiable con otros, la percepción de que se es amado y estimado por los demás.

Por tanto, una adecuada y oportuna comunicación al interior de la familia puede proteger frente al impacto de las crisis (Rodríguez y cols, 2004). Una comunicación clara, abierta, con la idea de compartir el sufrimiento, para apoyarse mutuamente (Alvarado, 2004).

Como se ha visto, la familia es un soporte importante, pero ésta también sufre un impacto al enfrentarse al cáncer.

4.2 Impacto de la enfermedad oncológica en la familia de acuerdo al rol que desempeña el enfermo y cuidadores primarios

Las culturas definen de modo diferente el concepto de familia. Mientras que en algunas culturas se considera familia al núcleo formado por padres e hijos, en otras culturas la familia se refiere a todos aquellos miembros unidos por lazos de sangre (tíos, abuelos, primos) con los que se mantiene una estrecha relación (Die, 2003)

El grupo cultural al que pertenece un paciente oncológico determinará en parte, quién será su cuidador principal; quien es el miembro de la familia que toma decisiones médicas; que rol va a adoptar cada uno de los miembros familiares ante la enfermedad y cómo se va a implicar cada uno de ellos; cómo se va a transmitir la información médica; el grado de cohesión entre sus miembros, y cómo va a reaccionar la familia como grupo, a la nueva condición médica (Die, op cit.).

Como se mencionó en el apartado anterior, las relaciones afectivas cambian a raíz de un diagnóstico de cáncer, pudiendo existir importantes dificultades, principalmente a nivel de comunicación, no únicamente con la pareja sino también con las personas alrededor (Font y Rodríguez, 2004).

Para Aresca (2004), el impacto de la enfermedad va a depender del tipo de enfermedad, el miembro que enferma y la dinámica del grupo familiar, ya que el miembro enfermo puede ser el medio de unión o de ruptura de la familia. También es importante determinar el rol que desempeña, ya que puede ser madre, padre, hijo o un miembro de la familia ampliada. Otra variable que se debe incluir es la edad del paciente, etapa vital, lugar que ocupa en la familia y proyectos de la familia. Por ejemplo, una familia esta formada por ambos padres y tres hijos (12, 10 y 3 años respectivamente), la mayor de ellos es quien enferma de cáncer, por lo que el padre tiene que ampliar su horario de trabajo para poder costear los gastos generados a partir de la enfermedad, la madre tiene que cambiar la

atención que proporcionaba anteriormente de manera equitativa a todos los hijos a una atención principalmente dirigida a la hija enferma, el hermano que ocupa el lugar intermedio ahora tiene que apoyar a las actividades que antes realizaba sola la madre como el cuidar a su hermano menor o actividades de limpieza. Por lo que se observa en el ejemplo anterior, la dinámica familiar cambio de manera importante, repercutiendo en los roles que desempeñaba anteriormente cada uno de los integrantes.

Pérez y Rodríguez (2006) y Torrico y cols. (2002), reafirman el ejemplo anterior, al referir que en el transcurso de la enfermedad los roles personales cambian. Centrándonos ahora en el paciente, la persona pasa a ser catalogada por casi todas las personas como el “enfermo”. La familia decide por la persona que debe o no conocer de su enfermedad, la información que se le proporcionara e incluso si tiene o no que saber si va a morir. Pasa a desempeñar un rol pasivo al ser destituido por la familia. También hay un cambio de roles en la familia, por ejemplo, el esposo pasa de ser solo proveedor a realizar también las labores que eran correspondientes a su esposa enferma, o el hijo mayor puede pasar a ser el proveedor de la familia.

Cuando una persona cambia su rol debido a una enfermedad, en este caso oncológica, se produce casi de forma inmediata un cambio en como se trata a esa persona, Ella misma altera su forma de actuar e incluso lo que piensa y siente sufre una transformación (Torrico y cols, 2002).

Por lo tanto, la autoestima puede verse notablemente afectada por el cambio en el desempeño de roles habituales (Barreto y Soler, 2003).

También hay una mayor insatisfacción con la relación de pareja y mayores dificultades en el funcionamiento familiar (Font y Rodríguez, 2004).

La pareja experimenta dificultades múltiples relacionadas con la enfermedad, como la carga de cuidado constante al enfermo, interrupción de la intimidad marital, social y otras actividades de ocio, tratar de disminuir la ansiedad emocional de enfermo, y cumplir con las necesidades y expectativas de cada uno de los miembros sanos de la familia, como los hijos (Baider, 2003).

En el estudio llevado a cabo por Font y Rodríguez (2004), sobre el cáncer de mama observaron a lo largo de las sesiones, que uno de los aspectos más perjudicados después de un diagnóstico y tratamiento de cáncer son las relaciones sexuales. Aunque también se dio el caso en que la comunicación y afectividad se mantuvieron estables o pudieron incluso llegar a mejorar. Aresca (2004), afirma que en los casos en los que es posible realizar una cirugía reparadora esta repercute positivamente en la relación sexual.

Barthe (1997) reporta que en general, el miedo a la enfermedad, efectos como fatiga, cambios en la apariencia, son algunas de las razones que justifican la ausencia o disminución de la libido o deseo sexual en las parejas en enfermos oncológicos. Principalmente estos cambios se dan en las parejas donde uno de los miembros tiene cambios en la apariencia física como es el caso de las mujeres que experimentaron una mastectomía, los varones con orquiectomía (cirugía para extraer un testículo o ambos), o aquellos con tumores visibles o deformaciones físicas por las cirugías. También disminuye el deseo sexual por la presencia de sangrados en las mujeres con cáncer de colon o cervicouterino, o en aquellos pacientes que tienen colostomías por el temor al desprendimiento de la bolsa contenedora, por la presencia de mal olor o por la falta de control para la defecación. La colostomía es una abertura que se practica en el colon desde afuera del cuerpo y proporciona una nueva vía para que el material de desecho abandone el cuerpo una vez que se extirpó una parte del colon, el material fecal es contenido en una bolsa especial que va adherida al cuerpo del paciente. En los pacientes con tumores visibles y externos pueden ser impactantes visualmente o estar en la zona de los genitales, y en algunos casos pueden desprender olores

desagradables. También existe la creencia irracional en algunas parejas de que el cáncer se puede contagiar con el simple hecho de tener contacto con su pareja, desapareciendo con ello toda forma de contacto físico, desde una caricia hasta el acto sexual propiamente.

Por otra parte, en su estudio Cortes y cols (2003) encontraron que a mayor edad, el paciente presenta niveles mayores de sintomatología depresiva. Ya que se pueden exacerbar o hacer evidentes los cambios que se generan a partir de la presencia de una edad adulta o vejez. También estos autores reportaron que la condición de estar casado o soltero influye en la manera de enfrentarse a la enfermedad. Ello se debe a que el enfermo percibe un mayor apoyo de su pareja que el que puede percibir de alguno de sus padres, además de que el afecto que puede recibir es proporcionado de manera diferente.

Lo anterior hace pensar a Baider (2003), que la pareja tendrá la función de proporcionar ayuda y apoyo emocional tangible, como la afirmación y confianza de no ser abandonado.

Zalis y Shands (en Baider, 2003), identificaron siete tipos de demandas que las pacientes con cáncer de mama de su estudio, imponían a su pareja:

- Reacción positiva a la enfermedad. Es decir que su pareja no dejara de apoyarlas ante el diagnóstico de cáncer y los tratamientos que conlleva.
- Comunicar la experiencia de la enfermedad. Es importante ya que la comunicación será uno de las herramientas más importantes, que funcionaran como el medio para exponer las necesidades, los cambios, hasta las emociones que se han generado como parte del proceso.
- Adaptar la forma de vida para satisfacer las demandas de la enfermedad. Tratando de no modificar de manera radical las cosas que llevaban acabo de manera individual y como pareja.

- Sensibilidad ante las necesidades nuevas de la esposa. Ya que esta presentara cambios importantes a nivel físico y psicológico. Mostrando empatía, tolerancia, respeto y apoyo, entre otras cosas.
- Pensar en el futuro. Que el cáncer no limite las expectativas que tenían anteriormente, ciertamente algunas sufrirán modificaciones, pero no quiere decir que no puedan tener planes a largo plazo por miedo a la muerte.
- Procurar reducir al mínimo los efectos de la enfermedad y tratamiento. Principalmente la quimioterapia tiene efectos colaterales fuertes, por ello es importante que la pareja funcione como un soporte para tratar de aminorar los síntomas que se presentan. O cuando se lleve a cabo una cirugía, apoyar a la paciente con respecto a los cuidados que debe tener, como las curaciones de la herida o los ejercicios para movilizar de nuevo el brazo.
- Sentir y compartir juntos el impacto de la enfermedad en la relación. Una de las necesidades más básicas, no solo para la paciente también para la pareja, ya que no se sentirán solos en todo este proceso lleno de cambios importantes y trascendentales.

Sin embargo, cuando el diagnóstico de una enfermedad onco-hematológica es en un hijo, es un fuerte impacto emocional. Según Negrete y Fortes (2005) y Méndez y cols (2004), se genera en los padres una ansiedad muy alta y difícil de controlar, principalmente cuando el hijo enfermo se traslada a casa después de permanecer en el hospital bajo la protección del equipo de salud. También pueden agravarse los problemas conyugales si ya existían o surgir nuevas discordancias.

Las repercusiones de la enfermedad no solo afectan al enfermo y a sus padres, sino también a los otros hijos del matrimonio, quienes perciben las consecuencias de la enfermedad. Méndez y cols. (2004) mencionan que los cuidados especiales que requiere el enfermo oncológico pueden generar celos y enfado en los hermanos, sobre todo si el paciente se encuentra hospitalizado y uno de los padres debe abandonar el hogar para permanecer junto a este, con la consiguiente desatención de los otros hijos. Asimismo, los hermanos del niño

enfermo pueden sentirse culpables por permanecer sanos, experimentar miedo a enfermarse ellos también o manifestar conductas inadecuadas para captar la atención que se encuentra desviada hacia el hermano enfermo.

4.3 Repercusiones de la enfermedad oncológica en los cuidadores primarios

El sufrimiento del cáncer por algún miembro de la familia supone una fuente de estrés importante que implica alteraciones emocionales y funcionales. Aresca (2004), Cano (2005) y Soto y cols. (2003), refieren que en general, la familia cuidadora experimenta un aumento de la sintomatología depresiva, ansiosa y psicósomática, una restricción de roles y actividades, un incremento de la tensión en la relación marital y una disminución de la salud física.

De acuerdo a la investigación llevada a cabo por Soto y cols (2003), los familiares y amigos próximos del enfermo de cáncer se espera que aprendan con mayor facilidad que el resto de la población que determinados hábitos están relacionados en alguna medida con el padecimiento de una serie de neoplasias, principalmente los relacionados con la dieta. Aunque en su investigación encontraron que 1 de cada 10 sujetos habían realizado cambios negativos en sus hábitos de salud, principalmente el consumo de tabaco. Los que realizaron cambios negativos, están estrechamente relacionados con sintomatología ansiosa y depresiva. Pareciera ser que los cambios se asocian a una necesidad de afrontar de alguna manera las alteraciones emocionales provocadas por el diagnóstico.

Los factores que más contribuyen a la pérdida de la calidad de vida son los psicológicos, seguidos de las dificultades familiares y sociales, las dificultades con los hábitos cotidianos, según Baider (2003) y Font y Rodríguez (2004).

Baider (2003) y Barreto y Soler (2003), refieren que durante la larga trayectoria de la enfermedad, muchas familias pasan por ciclos repetitivos de enojo, desamparo, desesperanza, frustración, ambigüedad, falta de control, de ajuste y readaptación. También experimentan disforia, ánimo depresivo, tristeza, sentimientos de impotencia, aislamiento social, culpabilidad, ideación suicida, llanto intenso, anhedonia y minusvalía.

Al igual que los enfermos, presentan distres al verse impotentes para afrontar la enfermedad y sus tratamientos, y astenia que genera un fuerte cansancio que afecta su calidad de vida (González y cols, 2004; Rebolledo y Alvarado, 2006).

Arranz y cols (2005) y Méndez y cols (2004), señalan que los padres de un enfermo de cáncer pueden experimentar rabia, dolor o negación, rasgos depresivos, culpa e impotencia principalmente por no poder proteger a su hijo del cáncer, inseguridad porque desconocen si el tratamiento será exitoso o si el cáncer aparecerá de nuevo. Buscaran razones y trataran de explicar por que su hijo tiene cáncer, resultándoles difícil asimilar la enfermedad. Pueden mostrarse sobre protectores o mostrar resentimiento al pensar que su hijo esta enfermo mientras que otros niños están sanos. La ansiedad aumenta en aquellos padres cuyos hijos s encuentran en tratamiento, al no poder discriminar por ejemplo, si los síntomas del niño eran debidos a los efectos secundarios del tratamiento o a otros factores. La rapidez con que deben tomar algunas decisiones constituye un factor estresante.

Baider (2003), indica que la confrontación con la experiencia del cáncer, crea dentro de la familia un nuevo sistema de demandas y restricciones en el comportamiento de cada individuo con la necesidad de crear nuevas habilidades y capacidades a nuevos problemas no aprendidos y no conocidos hasta ahora. Son cambios continuos, inesperados, incontrolados, siendo un potencial peligro para la desintegración o como fortalecimiento de la familia.

La naturaleza de las demandas varía dependiendo de la severidad, del proceso de la enfermedad, del grado y del tipo de incapacidad (sensorial, motora o cognitiva), percepción interna o externa de la deformación (cirugía del rostro, mastectomía, colostomía), de la severidad en el pronóstico de vida, del curso de la enfermedad (con recaídas o progresiva), de los protocolos de tratamiento químico y sus efectos secundarios, y del dolor y síntomas de impotencia e inhabilidad experimentados por la enfermedad (Baider, 2003).

Puede aparecer la claudicación familiar, lo cual es mencionado por Pérez y Rodríguez (2006). El afirma que significa la incapacidad de los miembros para ofrecer una respuesta adecuada a las múltiples demandas y necesidades del paciente. Se produce cuando todos los miembros del grupo familiar renuncian a la vez y es consecuencia de una reacción emocional aguda de los familiares a cargo del enfermo y en especial del cuidador principal. Los parientes que claudican con más frecuencia son los hijos del paciente enfermo.

Baider (2003), Cano (2005), Cortes y cols (2003) y Rebolledo y Alvarado (2006), coinciden al mostrar que tanto la calidad de vida del paciente como la del familiar se ven afectadas, en el caso del familiar por los niveles elevados de sintomatología ansiógena que presentan. Llegando a ser superiores a los del paciente, pudiendo alcanzar el grado de patología. Principalmente cuando se confirma el diagnóstico y se inician los tratamientos.

La severidad de los problemas psicológicos sufridos por las parejas y miembros de la familia de los pacientes con cáncer están básicamente relacionadas con las siguientes variables (Baider, 2003) :

- Género, edad, educación y nivel socioeconómico
- El grado de la “carga” objetiva y subjetiva experimentada por el cuidador
- Percepción de la enfermedad como amenaza vital en la vida familiar

- Atribuciones hechas hacia la enfermedad y el significado personal de experiencia con el cáncer.

También hay afectaciones laborales y económicas, que pueden ser motivo de alteraciones psicológicas, según refieren Pérez y Rodríguez (2006) y Torrico y cols (2002). Por ejemplo, las facilidades o dificultades que la institución o empresa en la que trabajan o estudian los familiares den para ausentarse para así poder ayudar al paciente, serán importantes. Si las empresas o instituciones no facilitan el ausentismo, el paciente quedará desprotegido y sin una asistencia necesaria, y también repercutirá en la estabilidad del cuidador. Los tratamientos son una fuente de gastos fuertes que repercuten en la estabilidad económica familiar y del cuidador principal.

Como se observó a lo largo de este apartado, el cuidador principal y los demás miembros de la familia, son una fuente importante de apoyo. Pero no debemos olvidarnos de ellos, ya que también tienen necesidades que pueden llegar a ser una prioridad. En el siguiente apartado se expondrá con más detalle este aspecto.

5. ATENCIÓN Y APOYO PSICOLÓGICO A LOS CUIDADORES PRIMARIOS: UNA PRIORIDAD

La intervención psicológica va encaminada a potenciar estrategias de afrontamiento más saludables y eficaces, que permitan ayudar a la adaptación cuidador principal y el enfermo.

No se deben desestimar los síntomas que presentan los cuidadores principales, ya que en capítulo anterior se demostró como tiene influencia en el paciente. Ellos necesitan apoyo y ayuda y el aprendizaje de cómo ayudar.

Por lo cual, a lo largo de este apartado se expondrán las necesidades del cuidador principal, la manera en como enfrenta la enfermedad junto con el enfermo y la familia, y por ultimo las opciones de intervención psicológica empleadas por los autores revisados.

5.1 Estilos de afrontamiento ante la enfermedad

Frente a los periodos de crisis, los individuos desarrollan mecanismos de adaptación, cuyos resultados tienen que ver con los recursos con los que cuenten previos a esta situación, las circunstancias clínicas y personales, como la historia personal y familiar en relación al cáncer (Mayer, 2006; Valentín y cols, 2004; Vidal y López, 2001). La adaptación es resultado del balance que la persona realiza entre la amenaza percibida y los recursos que cree poseer para hacerle frente (Barreto y Soler, 2003). Por ejemplo, si la persona percibe el cáncer como una amenaza y evalúa que los recursos que posee son insuficientes para hacerle frente se producirá un estrés psicológico, por el contrario, si percibe que tiene los suficientes recursos, realizara un afrontamiento adecuado (González y cols, 2004;

Vinaccia y cols, 2005). Por tanto, la respuesta emocional de afrontamiento será diferente en cada persona.

Para Sánchez y cols (2005), existen tres tipos de estrategias de afrontamiento: afrontamiento centrado en el problema, afrontamiento centrado en la emoción, y estrategia evitativas.

Los pacientes y familiares evitan deliberadamente la palabra cáncer, como una estrategia evitativa (Páez, 2005). La sustituyen por otras que implican “crecimiento” (tumor, bulto, bola, inflamación), o cambio patofisiológico por ejemplo, enfermedad de la sangre (Die, 2003).

O bien, abordan el problema distorsionando la realidad, como la información y conocimientos relacionados con su enfermedad (Rebolledo y Alvarado, 2006). Por ejemplo, se puede seleccionar el discurso profesional acomodándolo a sus necesidades, distorsionando la información recibida sobre los tratamientos (Aresca, 2004).

Rebolledo y Alvarado (2006), afirman que la vulnerabilidad psicológica de algunas personas lleva a que utilicen la negación o evitación de la realidad, como una manera de silenciar y opacar lo que les genera emocionalmente la enfermedad.

Como un mecanismo para enfrentar el sufrimiento, Mayer (2006) junto con Torrico y cols. (2002) señalaron que las familias pueden elegir varias opciones: enfrentar la situación y comunicarla entre sus miembros, desapareciendo las dudas y los miedos frente a la incertidumbre del futuro; aislarse uno frente a otro con un muro de silencio para no incrementar el sufrimiento ante la impotencia de la situación; o bien, una combinación de las dos anteriores, en las que a través del tiempo se asumen indistintamente cualquiera de las dos posturas, según la

resistencia de los individuos a verbalizar los pensamientos y emociones. En el mejor de los casos se mantienen unidos compartiendo y cargando el sufrimiento.

Las personas con un estilo de afrontamiento activo, presentan afrontamiento directo al estrés, a los afectos y a la participación social (Cardenal y Oñoro, 1999). Acostumbran asistir a más sesiones de tratamiento psicológico (Sánchez y cols., 2005). Contrario a las personas con un afrontamiento negativo, que ignoran sus necesidades emocionales, y ocultan o niegan la necesidad de apoyo emocional que les ayude a sobrellevar la situación (Barthe, 1997).

Para Lacasta y cols (2004), el afrontamiento positivo se contrapone al afrontamiento basado en la resignación pasiva, fatalismo y conformismo que puede conducir a la desesperanza. En cambio, se debe promover la utilidad de centrarse en lo que realmente se puede hacer, en lugar de lamentarse en lo que no se puede realizar, planificar un programa de actividades en equilibrio con el descanso, generando alternativas.

Por otra parte, de acuerdo a Baider (2003) y Die (2003), la cultura es un factor que influye en las estrategias de afrontamiento de un individuo y un grupo, ya que define las creencias acerca de la enfermedad y la salud; la experiencia y la respuesta al dolor; la identificación y la selección de cuidados médicos; el valor atribuido a las diferentes partes del cuerpo y a sus alteraciones; las fuentes de apoyo que recibe una persona enferma; el significado que se le atribuye a los síntomas físicos; el uso de tratamientos alternativos cuya eficacia no se ha demostrado científicamente; y la actitud que se mantiene ante el deterioro físico progresivo y la muerte, entre otros. Ingresar en un hospital, someterse a un examen médico, sufrir una enfermedad crónica o aceptar una limitación física permanente tendrá por tanto, significados diferentes para distintas personas según el entorno cultural en el que se desenvuelvan. Incluso el concepto de salud varía entre los diferentes grupos culturales, de modo que lo que se considera "natural" y

“humano” puede diferir entre culturas. Sin embargo, el cáncer es una enfermedad temida en todas las culturas.

En México para los creyentes católicos, la enfermedad se puede afrontar como una prueba de reto, que promueve el desarrollo del que lo sufre, como un método de purificación a través del ofrecimiento de dicha condición a un ideal más alto (Die, 2003; Mayer, 2006). Es decir, interpretan la enfermedad como un método de salvación espiritual.

Sin embargo, otras personas, viven el cáncer como una experiencia intensamente negativa que no produce más que sufrimiento y amargura, incapacidad y deterioro (Die, 2003).

Barthe (1997), Rodríguez y cols (2004) y Rebolledo y Alvarado (2006), concuerdan al afirmar que un elemento adicional, presente en los cuidadores principales, es la necesidad de esperanza, como un aspecto relevante y protector, que puede facilitar el afrontamiento, al mantener la confianza en los tratamientos, aun teniendo mal pronóstico de la enfermedad. Pero debe distinguir la esperanza de las falsas expectativas.

Las atribuciones causales que se hagan del cáncer definirán en parte, el tratamiento que se busque para la enfermedad. Por ejemplo, en culturas que favorecen las explicaciones sobrenaturales o mágicas de la enfermedad, los pacientes y familiares buscaran hechiceros o curanderos para tratarlas, o combinaran el tratamiento médico convencional con el uso de terapias complementarias cuya eficacia contra la enfermedad no se ha demostrado científicamente (Die, 2003).

El mismo Die (2003), señala que la asignación de culpabilidad es en parte resultado del desconocimiento acerca de la etiología del cáncer. Algunos lo interpretan como castigo, lo atribuyen a problemas psíquicos o incluso a la homosexualidad.

Una estrategia adaptativa positiva para Llanta y cols (2005), incluiría pensar que el sentido de la existencia ayuda a conceder valor a la vida, a las acciones y a trazar metas realistas y oportunas, teniendo presente la fuerza de la esperanza. Plantear como las elecciones tienen que ver con un ejercicio constante de responsabilidad personal, con lo que se elige, se pierde y con lo que implican, aun sin quererlo dichas (Páez, 2005). Por tanto, que las personas tienen un papel activo ante la enfermedad, lo que le proporcionara sensación de mayor control y dominio de la situación (Font y Rodríguez, 2004).

La percepción de control puede servir de contención emocional, ya que es posible el manejo de situaciones y contrarresta el sentimiento de indefensión (Rebolledo y Alvarado, 2006).

Bayes (1997), sugiere que con el fin de disminuir el impacto emocional del cáncer, paralelamente a la acción sanitaria, individualizada, llevada a cabo con cada enfermo, será importante erradicar de la sociedad, en las conversaciones, en medios de comunicación, hospitales, escuelas, foros políticos, la asociación cáncer=muerte.

Por lo tanto, el concepto de enfermedad debe de tener en cuenta que una persona no es solo un organismo biológico. Como una persona vive la enfermedad, el significado que le atribuye, y como dicho significado influye en su comportamiento e interacción con otros individuos serán componentes integrales de la enfermedad concebida como una respuesta humana integral (Die, 2003).

5.2 Necesidades del cuidador primario

El cuidador principal, junto con el paciente, se ven afectados por los acontecimientos estresantes de alta magnitud por su número, intensidad y duración. Las amenazas están presentes en todo momento, desde el diagnóstico, tratamientos, hasta las revisiones periódicas, todo lo cual constituye un desafío a las estrategias de afrontamiento y control del paciente y cuidador (Cruzado, 2003; Torrico y cols, 2002).

Resulta importante detectar y tratar las necesidades, principalmente las alteraciones emocionales intensas de los cuidadores principales de los enfermos de cáncer, ya que no sólo constituyen una fuente de sufrimiento para el afectado y una posible reducción de la calidad en el cuidado del enfermo, sino que pueden predisponer a la realización de cambios negativos en los hábitos de salud (Soto y cols, 2003).

Los cuidadores principales tienen que lidiar tanto con las necesidades físicas y emocionales del enfermo como con las propias. Mayer (2006) y Torrico y cols (2002), sostienen que estos tienen que aprender conocimientos técnicos para la administración de fármacos, aseo, alimentación especializada, diagnóstico y un sinnúmero de nuevos conocimientos, que se ven facilitados o entorpecidos por el ambiente social de pertenencia.

También tienen la necesidad de conocer los efectos secundarios de los tratamientos, de forma clara para poder entenderlos (Valentín y cols, 2004).

En especial, los padres de niños oncológicos, presentan la necesidad de tener la máxima información sobre la enfermedad, los tratamientos, pronóstico, para poder afrontar la situación y reducir el impacto emocional.

Por otro lado, la carga de los cuidadores de enfermos se relaciona con su nivel de ansiedad, preparación, calidad de vida, capacidad funcional del enfermo, nivel de ansiedad del mismo o la necesidad de ayuda domiciliaria especializada (Moreno y Mateos, 2004).

Torrico y cols (2002), sugieren que en algunos casos el soporte domiciliario especializado puede ser de vital importancia, por ejemplo para aquellas familias compuestas por personas mayores, en las que las conductas de cuidado se hacen muy difíciles de llevar a cabo.

Bayes (1997), Baidier (2003), Cano (2005) y Vidal y López (2001), afirman que los cuidadores de pacientes oncológicos, suelen mostrar signos de inestabilidad emocional e irritabilidad e incluso una mayor necesidad de apoyo psicológico que los propios pacientes, ya que aproximadamente un 68% de los cuidadores presenta depresión, en especial las madres y las esposas. También presentan cambios negativos, como el aumento en el consumo de tabaco y alcohol, que en algunos casos suele deberse a estrategias erróneas de afrontamiento (Soto y cols, 2003).

En su estudio Cortes y cols (2003), demuestran que la sintomatología de ansiedad observada en el cuidador principal es superior a la presentada en el paciente oncológico.

Por lo tanto una de las necesidades primordiales es el apoyo psicológico para disminuir esta sintomatología, por ejemplo en los papas de niños enfermos de cáncer la ansiedad incrementa en las intervenciones quirúrgicas. Lo apoyan las afirmaciones realizadas por Cano (2005), Negre y Fortes (2005) y Mendez y cols (2004) en sus publicaciones.

La ansiedad se genera principalmente en el diagnóstico y tratamientos, por los cambios que se generan como consecuencia de la enfermedad (Barthe, 1997).

También llegan a presentar trastornos de sueño, alimentarios, sentimientos de desamparo, miedos irrealistas o fantaseados al cáncer y sus tratamientos (Baider, 2003).

Resulta importante el deterioro físico, ya que puede resultar en que el cuidador principal termine también enfermo de otro padecimiento (Aresca, 2004).

Por tanto, centrarse total y absolutamente en el paciente, abandonar costumbres y renunciar a la desconexión, al menos momentánea puede repercutir en la estabilidad física y emocional. Para Barthe (1997), ser cuidador principal no significa que se tenga que invertir las 24hrs del día en el enfermo, estar a su disposición en todo momento.

Una de las necesidades que más apremia a los cuidadores principales y familiares es la economía, ya que la enfermedad implica gastos muy fuertes que pocas veces son fáciles de costear (Negre y Fortes, 2005).

La sobrecarga de los cuidadores puede verse reflejada con el desarrollo de actitudes violentas. En el estudio realizado por Moreno y Mateos (2004), determinaron que existe una relación entre el agotamiento de los cuidadores principales de enfermos oncológicos y el desarrollo de actitudes agresivas hacia el personal de salud. Esto puede ser resultado de la falta de descanso del cuidador, la propia ignorancia o incompetencia en los cuidados, lo cual parece reflejar la inseguridad y el miedo a lo desconocido. Principalmente esto se observa en las mujeres cuidadoras principales y amas de casa, asociándose a la sensación de que deberían hacer más por sus familiares o de que estos piden más de lo que ellas pueden ofrecer.

El apoyo social que puedan prestar los demás familiares y amigos al cuidador principal, puede ser de gran ayuda. Un apoyo de tipo emocional, para poder expresar sus miedos, dudas e inseguridades, y para proveer confort y

comprensión (Torrico y cols, 2002). Ya que una de las necesidades primordiales se basa en disminuir la dificultad para ventilar y expresar sentimientos, temores y preocupaciones (Mate y cols, 2004).

Es fundamental que mantengan una buena comunicación con el paciente, que se perciban así mismos como personas importantes en el proceso (Cortes y cols, 2003).

También serán necesarios para proveer espacios para elementos recreativos, donde los cuidadores se desliguen por un momento de la enfermedad (Baider, 2003).

La cohesión, comunicación y afectividad constituyen recursos, que unidos a la ayuda material y humana permite afrontar la enfermedad oncológica (Pérez y Rodríguez, 2006).

5.3 Tipos de intervención psicológica: técnicas

De acuerdo a Cruzado (2003), una de las funciones del psicólogo en oncología es el tratamiento psicológico, el cual lo basa en:

- Psicoeducación, consejo psicológico y orientación sobre estrategias para superar problemas de información, y necesidades de comunicación y emocionales.
- Control de estados de ánimo negativos: ansiedad, depresión, hostilidad, sentimientos de culpa, aislamientos, negación. Identificar emociones negativas, expresarlas. Estrategias para afrontarlas.
- Tratamiento de trastornos asociados al cambio en la imagen corporal.
- Solución de problemas y planificación de actividades.

- Intervención familiar: psicoeducación, información sobre el estado físico y psicológico de paciente. Estrategias de ayuda y comunicación con el paciente. Afrontamiento de estados emocionales negativos. Resolución de problemas de la vida diaria.
- Afrontamiento de los tratamientos oncológicos y sus efectos colaterales: miedo, fatiga, náuseas y vómitos, anorexia y otros.
- Problemas sexuales.

El counselling se basa fundamentalmente, de acuerdo a lo señalado por Barreto y Soler (2003), en el uso de los principios de comunicación con el fin de desarrollar el autoconocimiento, la aceptación, el crecimiento emocional y los recursos personales. Respetando los valores y capacidad de autodeterminación. Se basa en habilidades sociales, dentro de un marco de comunicación asertiva, en técnicas de autocontrol, y en estrategias de solución de problemas. Es un instrumento que permite una gran flexibilidad en su utilización, al emplear la pregunta abierta como herramienta básica de trabajo.

La intervención en crisis es otra técnica útil, de acuerdo a Barreto y Soler (2003), al ayudar a la persona a identificar los problemas que tiene, evaluar y poner en marcha los puntos fuertes y recursos y desarrollar un plan positivo de acción.

La psicoeducación se enfoca principalmente a la educación para la salud, proporcionando información y comunicación sobre la enfermedad y tratamientos (Arranz y cols, 2005).

En la investigación llevada a cabo por Bayes (1997), a los sujetos les proporcionaron información sobre el tipo de cáncer específico, adiestramiento en el manejo de estrés y técnicas de relajación, adiestramiento en habilidades de afrontamiento, y soporte emocional. Y el servicio de intervención psicológica debe incluir counselling individual.

Las intervenciones psicológicas según Sánchez y cols (2005) y Font y Rodríguez (2004), son más beneficiosas si son a medio y largo plazo y se realizan en formato grupal utilizando programas psicoeducacionales, cognitivo-conductuales y técnicas de counselling. Han mostrado eficacia en la reducción del malestar emocional y una mejoría en la calidad de vida, así como en el uso de estrategias de afrontamiento más adaptativas. Para Mete y cols(2004), la psicoterapia grupal de apoyo expresiva es útil para el tratamiento de la depresión.

Font y Rodríguez (2004) afirman que las sesiones de grupo deben ser monitoreadas por una profesional de la psicología y se trabajen: ansiedad, depresión, autoestima e imagen corporal, relaciones afectivas y sexualidad.

Para Alvarado (2004), Arranz y cols (2005), Barraza (2004), Barrero y Soler (2003), Barthe (1997), El Instituto Nacional de Cáncer (1996), Mate y cols (2004) y Sánchez y cols (2005), como estrategias de afrontamiento específicas se entrena a la persona en relajación (mediante un método de visualización, respiración controlada, o relajación muscular de Jacobson, imaginación guiada, meditación, respiración abdominal o diafragmática), así como en la resolución de problemas, y en técnicas de control de pensamientos y reestructuración cognitiva.

Lacasta y cols (2004) y Barthe (1997), enfatizan las técnicas de relajación, al reducir el temor, la ansiedad, tensión muscular, cansancio, disminuyen la respuesta al estrés, alivian el sufrimiento, normalizan el ritmo respiratorio e incrementan la sensación de autocontrol. Y son útiles en papas de niños enfermos y en niños oncológicos, en conjunto con la visualización (Méndez y cols, 2004). Ejemplo de esta última podría ser que el niño imaginara que la quimioterapia es una sustancia especial que los superhéroes utilizan para matar a sus enemigos como son el cáncer.

Sin embargo es importante mencionar que las técnicas de relajación a emplear dependerán del estado del paciente, por ejemplo no se podrá utilizar la

relajación de Jacobson en algunos casos, en su lugar se recurrirá a otra que requiera menor esfuerzo físico (Arranz y cols, 2005).

Un programa de trabajo para reducir la ansiedad debe incluir según Mate y cols (2004), técnicas de relajación, la exposición gradual a los estímulos temidos (por ejemplo la quimioterapia), técnicas de distracción, entrenamiento en solución de problemas, habilidades de comunicación (asertividad), reestructuración cognitiva, ventilación emocional y escucha activa.

Para Arranz y cols (2005), la reestructuración cognitiva se basa en que la persona aprenda a identificar pensamientos irracionales y anticipaciones negativas, generar pensamientos alternativos, entrenamiento en autoinstrucciones positivas y el autorefuero, el manejo discriminativo de la atención y el control perceptivo. Siendo muy importante desactivar los pensamientos catastrofistas e irracionales.

Barraza (2004) afirma que el uso de técnicas cognitivo-conductuales potencializan los resultados a corto plazo, restablece el funcionamiento previo y favorece el aprendizaje de estrategias que pudieran servir para crisis futuras. Para el, el uso de otras orientaciones terapéuticas, sería empleado para otros objetivos, al precisar un tiempo mas prolongado. Lo cual coincide con Fernández (2004), al afirmar que las técnicas cognitivo-conductuales son más eficaces para el abordaje psicooncológico.

La escucha activa y la empatía, puede resultar una alternativa eficiente, ya que la expresión de dificultades, miedos y la ira en un ambiente exento de juicios, es a menudo terapéutico en si mismo (Barreto y Soler, 2003). Estos elementos forman parte del enfoque humanista, el cual es abordado desde su importancia por estos autores en su estudio.

A lo largo de este apartado, se expuso brevemente la manera en como se enfrenta el cuidador principal a la enfermedad oncológica, en conjunto con las necesidades que presenta a lo largo del proceso de enfermedad de su familiar.

Con el fin de propiciar un afrontamiento y un desarrollo personal adecuado, las intervenciones psicológicas resultan de gran utilidad. Sin embargo los autores presentados solo utilizan el enfoque cognitivo-conductual. Teniendo como única referencia de elementos humanistas a un solo exponente.

Por lo cual, en el siguiente apartado se abordara con mas extensión el enfoque humanista.

6. EL ENFOQUE HUMANISTA EN EL APOYO EMOCIONAL DE LOS CUIDADORES PRINCIPALES DEL ENFERMO ONCOLÓGICO EN ETAPA DE TRATAMIENTO: PROPUESTA DE INTERVENCIÓN GRUPAL

Desde épocas remotas se ha estudiado al Hombre desde diferentes perspectivas, cada época ha intentado encontrar realmente una explicación a la cuestión humana, refutando las respuestas de pensadores anteriores, pero solo se existe una verdadera realidad en todo esto, que la riqueza que guarda el ser humano es inagotable y desafiante.

La Psicología ha intentado desde diferentes enfoques el establecer respuestas que pongan fin a todos los enigmas que circundan alrededor del hombre. La Psicología del siglo XX ha seguido básicamente tres orientaciones: la psicoanalítica, la conductista y la humanista. No se trata de avalar o desacreditar cada una de las orientaciones, porque han brindado de una u otra manera valiosas aportaciones.

La psicología humanista, busca recuperar el sentido humano de las personas y del estudio de estas.

A lo largo de este apartado se expondrá brevemente que es el humanismo y en que consiste el trabajo grupal desde este enfoque.

6.1 Aspectos generales del humanismo

La Psicología Humanista, el enfoque en el que se basa esta investigación, busca recuperar el sentido humano de las personas y del estudio de estas. Tuvo sus orígenes en Europa con Leibniz y sus raíces se remontan hasta las doctrinas de Aristóteles y Santo Tomas.

Desde sus comienzos, el humanismo intentó ampliar los dominios de la Psicología para que incluyera todas las experiencias humanas que son únicas, que no son abordadas de forma científica dado que no pueden ser medidas objetivamente.

El humanismo se diferencia de otros marcos teóricos. Del psicoanálisis las oposiciones se manifiestan desde cómo se nombra a la persona, para Freud es “paciente” y para el Rogers es “cliente”. A diferencia del psicoanálisis, en el humanismo se confronta al paciente, no utiliza la interpretación en cambio usa técnicas menos intelectuales con el fin de que el cliente sea quien dirija el proceso, se centra la atención en él dándole mayor jerarquía que al terapeuta, se busca la liberación del cliente principalmente de sus potencialidades, no es necesaria la dependencia emocional porque hace mas lento el proceso de la terapia, se toma mucho menos en cuenta el inconsciente para el cambio terapéutico, solo existe una tendencia básica actualizante, solo interesa el momento presente (Campos,1982). Y se diferencia del conductismo y se opone a el, ya que niega la libertad de la persona, la manipula.

La tesis en la que se basa el humanismo, consiste en el impulso natural a actualizar, mantener y mejorar el desarrollo y vida del organismo viviente, esencia de la misma vida. La cual ha recibido diferentes nombres, como “tendencia actualizante” de Rogers, o “tendencia hacia la autoactualización” de Maslow. Afirman que el hombre tiene la capacidad y el deseo de desarrollar sus potencialidades, de organizar su experiencia, con el fin de lograr la madurez y el funcionamiento adecuado (Martínez, 2004). Es decir, existe una tendencia hacia la salud y el crecimiento de la cual depende la relación que la persona establezca con su entorno, por lo que el organismo tiende de manera natural al equilibrio, a la armonía y a la superación (Gómez del Campo, 1999).

También afirma Martínez (opcit), que el Hombre tiene la capacidad de libertad y elección, pero existen grados de libertad. Cuando solo se poseen dos opciones o soluciones, únicamente se tiene un grado de libertad. En cambio si se tienen muchos conocimientos relacionados con la situación, se posee una amplia educación y cultura o una extensa experiencia, se tienen más grados de libertad. Por ejemplo, cuando una persona llega a terapia, generalmente presenta un cuadro de falta de libertad, experimentando diversos grados de insatisfacción, tristeza, conflicto o desesperación. Pero a medida que la terapia avanza, el nivel y los grados de libertad aumentan, al abrirse la persona y aceptar sus vivencias, ya que se acepta a ella misma y hace accesibles a su conciencia todos los conocimientos disponibles relacionados con su situación.

Los autores más representativos de la orientación humanista son: Allport G., Rogers A, Maslow R., May R., Buber M., Nelly G., Bühler Ch., Jourard S., Goldstein K., Nuttin J., Murria H., Murphy G., Horney K., Fromm E., Perls F., Moustakas C., Frankl V. y otros (Martínez, 2004). Rogers tuvo influencia en México a través del contacto con Juan Lafarga, José Gómez del Campo, Alberto Segrera, Freidberg, Gonzalez, Pulido, Duvoboy, Guadalupe Concuera, Lina Herrera, Margarita Hernández, Teresa Lartigue, Nella Mendoza, entre otros, durante los años 70 y 80 (Gómez del Campo, 1999).

Kopp (1999), menciona a los tres principales representantes del humanismo: Maslow, Rogers y Perls. Maslow fue uno de los primeros psicólogos que se opuso solo estudiar a los sufrimientos y muy poco a las alegrías, a las enfermedades y no a la salud, a la curación y no al crecimiento, a la evaluación y no a la trascendencia, a la destrucción y no a la creatividad. Se interesó mas bien, por la persona como un ser singular y único, sintetizando su visión en su concepto de "autorrealización". Esto es como la capacidad que encontró Maslow en los humanos, de lograr llegar al éxtasis que provoca la felicidad en cada uno de nosotros, enfrentando el miedo o incertidumbre que provoca tomar el camino que nos lleva a la obtención de nuestros propios deseos, impulsados por el

crecimiento. Rogers, por su parte inspiró más con su actuación que con sus palabras, contribuyendo a la Psicología Humanista con la "Terapia Centrada en el Cliente". Veía al cliente y al terapeuta como iguales, pensaba que cualquier diagnóstico era presuntuoso y negativo. En cambio el terapeuta debía demostrar que entiende el mundo tal y como lo experimenta el cliente, ayudándole a entender sus sentimientos con más claridad, al reflejar de una manera más evidente y no enjuiciadora lo que el cliente ha dicho. Pero solo el cliente puede resolver sus problemas dentro de una relación caracterizada por una autenticidad y transparencia, una cálida aceptación y aprecio a la otra persona como individuo, y una sensible capacidad de verle a él y a su mundo tal como él los ve. Por último, Perls fue el fundador de la terapia Gestalt. Algunas de sus contribuciones se manifiestan en su técnica de análisis de los sueños.

De acuerdo a Maslow (1999), el humanismo se relaciona estrechamente con el taoísmo, ya que este último significa preguntar, más que decir, no controlar, enfatiza la observación, es receptivo y pasivo. Por lo que se busca que el trabajo del psicoterapeuta no se dirija a imponer su voluntad a la persona, sino más bien a ayudarlo a descubrir lo que hay dentro de él. Ayuda al paciente a descubrir y expresar lo que el mismo quiere o desea, lo que es bueno para él, y no lo que es bueno para el terapeuta. También, en algunos casos, a recuperar su capacidad para escuchar sus "señales internas", como el saber que y quien le agrada o desagrada, que es placentero y que no lo es, cuando comer, cuando descasar.

Generalmente se considera al ser humano como un "animal racional", siendo la razón, inteligencia y lógica lo que lo distingue. Por el contrario es irracional cuando no sigue este camino. Mas sin embargo, puede ser también arracional, desde el punto de vista humanista esto se logra cuando el individuo está libre de mecanismos defensivos, actúa espontáneamente, observa y ausculta todas las reacciones de su propio organismo, hace caso de sus intuiciones. Este último camino, puede llegar a ser el más trascendental, ya que el ser completamente racional lleva en ocasiones a rechazarse a sí mismo (Martínez,

2004). Principalmente en la cultura occidental se enseña el interponer la razón ante los sentimientos, dando prioridad a cosas externas que benefician de forma superficial a la persona. Se limita la capacidad del Hombre de escucharse a si mismo, de captar sus sentimientos, de tener una apertura hacia lo que vive y siente. Pero lo que hace verdaderamente a una persona humana, es el entablar una relación profunda con ella misma y con los otros, de una manera sincera, sencilla, espontánea y autentica.

Rogers se enfocó al desarrollo del concepto del “poder de la persona”, por medio del cual se puede comprender la relación individuo-sociedad. Ya que el “poder de la persona”, puede llegar a parecer un concepto individualista, sin embargo es una manera de entender la integración y el equilibrio entre las necesidades individuales y las sociales. En este poder se logran desarrollar la autoestima, la responsabilidad, el respeto, la conciencia personal y comunitaria, la integración interpersonal y social y el reconocimiento de nuestra capacidad individual para influir y contribuir en procesos de cambio (Gómez del Campo, 1999). El Enfoque Centrado en la Persona se basa en que el proceso terapéutico esta fundamentalmente motivado por el impulso de toda persona hacia el crecimiento, la salud y la adaptación. La psicoterapia consiste en liberar a la persona de los elementos que obstaculizan su desarrollo normal. Se busca la expresión y clarificación de los sentimientos más que la comprensión intelectual de la experiencia, y la comprensión de las circunstancias del presente inmediato más que su pasado (Martínez, 2004).

Martinez (2004), Tausch (1987) y Rogers (1997), describen las tres actitudes necesarias para crear una verdadera relación de ayuda: comprensión empática, estimación y autenticidad, aseverando que son necesarias para que una persona se enfrente y se encuentre consigo misma y realice un aprendizaje personal. Si falta una de las tres actitudes, o si se experimentan en un grado insuficiente, esto dificulta la confrontación para el aprendizaje personal. A continuación se desarrolla cada una de acuerdo a los autores antes mencionados:

- Por autenticidad o congruencia se entiende que el terapeuta es en la relación totalmente transparente, que está abierto a sus propios sentimientos y actitudes y que los manifiesta de forma espontánea y sencilla en la relación, que es libre y el mismo, y sus vivencias reales fluyen y se exteriorizan en la relación sin resistencias o adopción de posturas profesionales. Tiene la cualidad de ser contagiosa y facilita la expresión del otro.
- La comprensión empática, es cuando el terapeuta está percibiendo y de alguna manera viviendo de la forma más exacta y sensiblemente posible, la realidad construida por el mundo interno y privado del paciente (su confusión, su temor, su angustia o sentimientos) como si fueran propios y es capaz de comunicarle partes significativas de estas vivencias. Cuando se comunica esta comprensión a la otra persona y coincide con su realidad, se produce un desenredo y clarificación. Sin embargo, para que sea útil debe comunicar esta comprensión de una manera clara y comprensible.
- La última actitud, la aceptación incondicional o aprecio positivo incondicional, consiste en tener una actitud receptiva, cálida, positiva, acogedora de todas las vivencias, expresiones y conductas del paciente sin ponerle condiciones ni reservas de ninguna clase; es un auténtico interés por el cliente como persona; la aceptación de conductas no implica aprobación de la aprobación de las mismas, simplemente se ven como consecuencia natural de las circunstancias, experiencias y sentimientos del paciente; se crea un ambiente libre de amenazas. Con ello la persona se muestra cada vez más dispuesta al autoconocimiento y la comunicación.

La autenticidad de acuerdo a Carkhuff (en Tausch,1987), se puede observar de la siguiente manera en una persona:

- Sus manifestaciones corresponden a sus sentimientos y pensamientos
- Se presenta tal y como es realmente
- Se comporta sin engaños, con naturalidad, no interpreta ningún papel
- Su comportamiento no es rutinario
- Vive sin esconderse tras fachadas o corazas
- Se comporta de una manera individual, original y compleja.
- Conoce a fondo lo que pasa en ella y se enfrenta con su realidad interior
- Es sincera respecto a si misma.
- Expresa vivencias afectivas profundas.

Algunas de las formas en que puede expresarse la empatia son las siguientes:

- Expresar solamente lo que esta implicado
- Resumir el material central
- Identificar temas. Como aquellos que son dominantes o comunes que surgen de lo que a persona ha explorado.
- Conectar islas. Es decir, relacionar sentimientos, conductas y experiencias.

No existe un procedimiento especial para comunicar las tres actitudes, mas bien existen muchas conductas y modos de comunicar, como el lenguaje no verbal (postura corporal, gesto, expresión facial, mirada, etc), contenido del lenguaje (tema o argumento tratado), forma del lenguaje (vocabulario, tono de voz, timbre,

fluidez, silencios, etc), todo ello en conjunto busca crear un ambiente de seguridad y confianza.

Si el terapeuta actúa como facilitador de la expresión y no interviene directamente, la persona se percibe aceptada, y si entre ambos se establece una buena relación, entonces el cliente aceptará y reconocerá cada vez más sus expresiones de sentimientos y la imagen de sí misma como propias, tomará decisiones más responsables, adquirirá un conocimiento más profundo de sí misma y crecerá la independencia personal (Martínez, 2004). Incluso la palabra "cliente" es asumida de una manera especial: el cliente es aquella persona que responsablemente busca un servicio y participa del proceso terapéutico de la misma manera; consciente de su capacidad de desarrollo no utilizada, que no va "en busca de ayuda" sino que trata de ayudarse a sí misma.

Cuando la persona es capaz de expresar lo que hasta ese momento no se había atrevido, no solo está revelando su ser a otro, sino a sí mismo. Aprende que puede ser el mismo, que la expresión de sí mismo es reconfortante. Debido a que el enfoque humanista considera que la naturaleza humana está dotada de una tendencia psíquica que persigue el pleno desarrollo psíquico. Es decir, el Hombre muestra una capacidad y deseo de desarrollar sus potencialidades. Cuando un terapeuta logra facilitar a una persona en forma eficaz, la remoción de los obstáculos negativos que están deteniendo este proceso, inmediatamente se constata el desencadenamiento de un proceso reorganizador y reestructurador, que parecía oprimido, y la persona comienza a sentirse diferente, libre, ágil, feliz y segura de sí misma (Martínez, 2004).

Uno de los medios utilizados para lograr lo anterior es el reflejo, ya que por medio de este se puede lograr que la persona logre una reorganización perceptiva. El reflejo, de acuerdo a Rogers (1997), se articula sobre lo que el paciente percibe en sí mismo y comunica al terapeuta, devolviendo a la persona una realidad que surge del propio marco de referencia interno. Así la persona se

reencuentra a si mismo en el reflejo, pues es su propia comunicación la que se le es devuelta, generándose un impulso de autoconocimiento a través del planteamiento más objetivo de la problemática, movilizandó la atención espontánea de la persona hacia sus propios contenidos.

Existen diversos tipos de reflejos, los cuales Rogers (1997), plantea de la siguiente manera:

- a) Reflejo simple o reiteración. Resume la esencia de lo comunicado por el paciente o destaca algún aspecto significativo, por medio de una repetición casi literal de lo expresado. Para que sea significativo, debe ser oportuno y articulado pura y exclusivamente con lo provisto por la persona.
- b) Reflejo del sentimiento o reflejo propiamente dicho. Se busca que la persona tome conciencia del sentimiento o intención implícitos en su comunicación.
- c) Elucidación. Implica un mayor grado de esclarecimiento de origen externo, es más intelectual. Es el tipo de reflejo menos empleado, ya que disminuye la auto comprensión en la propia persona.

También el empleo de la atención y escucha es un medio terapéutico en el humanismo. Existe una forma pasiva de escuchar, donde el silencio constituye una fuente de mensaje no verbal que puede ayudar a que el otro se sienta aceptado y vaya madurando solo. Algunas de las barreras que obstaculizan el escuchar son la resistencia a la relación, prejuicios u opiniones anticipadas acerca de la otra persona, dificultad para aceptar que la otra persona es diferente, tendencia a evaluar y factores externos como distractores. Por otra parte, la atención psicológica se debe llevar acabo escuchando la conducta verbal y no verbal del otro, escucharse a si mismo, manteniendo los mínimos incentivos para hablar.

Cuanto mas libre de juicios y evaluaciones pueda mantenerse una relación, tanto mas fácil resultara a la otra persona alcanzar un punto el que pueda comprender que el foco de la evaluación y el centro de la responsabilidad residen en si mismo, que solo a el le concierne, y no habrá juicio externo capaz de modificar esta convicción. Por ello el que ambas partes se repriman como personas o el terapeuta trate al otro como un objeto, no brindara ninguna posibilidad de ayuda.

Cuando todas las formas en que un individuo se percibe a si mismo (percepción de cualidades, habilidades, actitudes, etc) son aceptadas, este logro se acompaña de sentimientos de comodidad y libertad de tensión que se experiencia como adaptación psicológica.

6.2 Trabajo en grupo desde el enfoque humanista

Una de las formas de trabajo es la terapia de grupo, el cual es complejo de acuerdo a Petit (1987), ya que pone en juego no solo la motivación de la persona, su deseo real de cambio, su coraje para afrontar situaciones difíciles.

De acuerdo a Gómez del Campo (1999), el fin de las experiencias grupales se centra en el crecimiento del individuo dentro de este contexto. Este crecimiento se logra a través de la creación de un clima de seguridad psicológica, que permite la autoexploración y la creación de relaciones cercanas y significativas entre los miembros. Dentro de este clima se forman procesos grupales como la pertenencia, la toma de decisiones, el control, el uso del poder, la influencia social, las conductas de ayuda y el liderazgo. En las sesiones, tanto los participantes como los facilitadores se esfuerzan por propiciar un ambiente donde impere la apertura personal, donde las personas logren abrirse ante los demás sin que esto implique de ninguna manera una amenaza a su autoestima. Al contrario, la autoestima incrementa al experimentar la persona la posibilidad de establecer

relaciones auténticas, profundas y significativas. Aunque cada participante establece con cada persona relaciones que varían de intensidad, nivel de confianza, afecto e intimidad. Para establecer una comunicación efectiva dentro de un grupo es necesario el respeto, la aceptación, situar la comunicación en el aquí y ahora del grupo, que las personas hablen por si mismas haciéndose responsable de su comunicación, tanto verbal como no verbal, la expresión abierta de sentimientos y la retroalimentación.

La comunicación para Rogers (1986), va más allá de solo oír a alguien, se trata más bien de oírle con profundidad. Donde no solo se escuchan las palabras, también los pensamientos, los tonos sensoriales, el significado personal, incluso el significado oculto que la persona no lo hace evidente. Por ejemplo, las palabras transmiten un mensaje y el tono de voz otro totalmente diferente, cuando el receptor logra captar estos mensajes en un proceso terapéutico y se le hace saber, el emisor se abre al proceso de cambio. También cuando una persona se encuentra por ejemplo angustiada y alguien logra realmente oírle sin juzgarle, sin tomar responsabilidad y sin intentar moldear, se abre un proceso diferente. En el caso de los grupos, se da un fenómeno donde se impulsa a todos los demás miembros del grupo a ser más auténticos en su comunicación. Sin embargo, cuando el receptor tergiversa las palabras, modificando el significado, se puede lograr que parezca decir lo que el receptor quiere oír. Por lo tanto en una comunicación se debe escuchar de forma activa, sensible, precisa y sin juzgar al interlocutor.

En los grupos se aprende lentamente que no es peligroso dar ni recibir sentimientos (Rogers, 1986). El halagar o amar y ser halagado o amado, es una experiencia que favorece mucho el crecimiento. Ya que cuando una persona se siente amada apreciativamente, no de un modo posesivo, se realiza y desarrolla su propio ser. Es decir, Rogers (op cit) menciona que cuando las personas son aceptadas y apreciadas, tienden a desarrollar una actitud de mayor cariño hacia si mismas, o cuando se les oye realmente, son capaces de escuchar con mayor

precisión el flujo de sus propias experiencias internas, a ser más congruentes con su propia experiencia. Hay mayor libertad para ser una persona real y total, lo cual es uno de los fines que persigue el trabajo terapéutico grupal. Las personas se dan cuenta de que poseen una gran variedad de sentimientos, que pueden darse la oportunidad de sentirlos, sin negarlos u ocultarlos.

Al comprender y aceptar totalmente por ejemplo el coraje, los celos, ayudándoles a expresar abiertamente sus sentimientos, las personas de un grupo se acercan a descubrir la humanidad común que existe entre ellos, y son capaces de desarrollar una relación de trabajo más armoniosa (Lafarga y Gómez, 1991). Ya que se dan cuenta de que pueden compartir estos sentimientos y aunque estén experimentándolos pueden relacionarse de una manera diferente.

Para Rogers (1997), cada grupo avanza a su propia velocidad, no es manipulado, presionado o empujado. El grupo se da cuenta de que se puede contar con él, ayuda a cada integrante a reconocer su propia potencia, su habilidad para influir y su capacidad para comunicarse y participar.

En los grupos se facilita un ambiente en el que cada participante es libre de elegir, de participar en igualdad de condiciones con los demás, de adquirir mayor autonomía (Rogers, 1986).

También en los grupos se desarrolla la cooperación, el respeto a los demás y la ayuda mutua (Rogers, 1986). La relación de ayuda es definida como aquella en la que uno de los participantes intenta hacer surgir, de una o ambas partes, una mejor apreciación y expresión de los recursos existentes en la persona, y un uso más funcional de éstos (Rogers, 1997).

Las etapas del proceso de cambio en los grupos, descritas por Lewin (1947, citado en Gómez del Campo 1999) son:

- **Descongelamiento.** Se crea la motivación para el cambio y se enfrentan las resistencias a este. La resistencia es una etapa necesaria y enriquecedora por la que pasan la mayor parte de los grupos y personas. El grado de resistencia al cambio depende del tipo que sea este, pero principalmente de la amenaza que implica, ya que la persona teme la posibilidad de una pérdida que le proporciona seguridad. En esta etapa puede existir una experiencia de insatisfacción con la situación presente, la cual se debe a la discrepancia entre lo que es y lo que debería ser.

- **Movimiento o cambio.** Se basa en el desarrollo de nuevas alternativas a la etapa anterior. Por lo que se basa en la experimentación, de este modo se replantean nuevos esquemas, reestructurándose los anteriores.

- **Recongelamiento.** La meta es la estabilización del nuevo esquema intentando garantizar su permanencia, hasta que exista una nueva demanda de cambio

Para que un grupo terapéutico funcione, tiene que cumplir con las siguientes características (Castañedo, 2002):

- El proceso se debe enfocar al trabajo grupal, sin quedarse mucho tiempo en el trabajo individual. Cuando se lleve a cabo este último, se debe implicar a otros miembros del grupo.
- Movilizar la energía del grupo al rededor del problema de los miembros
- Promover la expresión verbal de los miembros del grupo, en lo que se refiere a lo que han descubierto o aprendido.
- Trabajar con los mensajes no verbales emitidos
- Trabajar con pequeños segmentos del tiempo que sean manejables
- Conocer cuando hay que hacer una intervención y cuando es mejor dejar que se de el proceso por si solo
- Trabajar con los conflictos que emergen en el grupo

La terapia humanista se puede utilizar en una amplia gama de problemas, ya que el tratamiento se diseña adaptando los principios generales a la situación clínica en particular, ya que si se hiciera de modo contrario, resultaría ineficaz. También se debe a que lo que funciona para muchos, no siempre funciona para un individuo en particular (Yontef, 2003). Además de que se economiza tiempo y recursos en comparación con el enfoque individual, facilita la interrelación personal, se promueve el soporte interpersonal y es más factible que las personas lleven a cabo la generalización de lo aprendido (Castañedo, 2002).

6.3 Propuesta de taller de apoyo emocional en el DIF Coacalco

6.3.1 Justificación

La presente propuesta de intervención tiene como fundamento una necesidad latente y real que como población vivimos actualmente.

Según el INEGI (2006), en los análisis de la Organización Mundial de la Salud, se indica que desde la edad madura hasta la vejez, una de las principales causas de muerte en las mujeres es el cáncer. Siendo el cáncer de pulmón, tráquea y bronquios, los que tiene mayor incidencia en los varones y los de tipo ginecológico, en la población femenina. En el año 2004, se registraron en México 473 417 defunciones, por lo que el cáncer ocupa el tercer lugar en la lista de principales causas de defunción en el país.

Específicamente en el Municipio de Coacalco de Berriozabal, que es el lugar donde se llevará a cabo la propuesta, el cáncer es la segunda causa de muerte. La primera causa son las enfermedades endocrinas y metabólicas. De 1002 muertes registradas en el 2005 por el INEGI, 165 se debieron a enfermedad oncológica, específicamente los tumores que ocasionaron la defunción se exponen a continuación:

TIPO DE TUMOR	NUMERO DE DEFUNCIONES
Tumor maligno en boca	7
Tumor maligno en sistema respiratorio	16
Tumor maligno en sistema digestivo	50
Tumor maligno en hueso, piel y mama	17
Tumor maligno en órganos genitales	34
Tumor maligno en otros sitios y no especificados	12
Tumor maligno en tejido linfático y afines	16
Tumor maligno en sitios múltiples independientes	3
Tumores benignos	2
Tumores de comportamiento incierto	8

Tabla 1. Numero de defunciones registradas en el Municipio de Coacalco de Berriozabal, de acuerdo a las estadísticas presentadas por el INEGI (Febrero 2006).

No obstante, los números presentados por los resultados de estadísticas solo reportan el numero de casos de personas que en los certificados de defunción aparece que la causa de muerte fue por enfermedad oncológica, sin embargo no son cifras que nos muestren lo que en realidad esta pasando, ya que no son incluidas las personas que murieron por otras complicaciones de salud pero que estaban enfermas de cáncer o aquellas que no fueron diagnosticadas adecuadamente y los médicos determinaron que la causa se debió a otra enfermedad o causa desconocida y solo colocan que fue por falla cardiaca. Tampoco son incluidas los pacientes que fueron dados de alta por los servicios médicos y se encuentran únicamente en control.

La realidad evidencia que casi en el interior de todas las familias, en algún momento se tendrán que enfrentar a una enfermedad crónico-degenerativa; entonces se debe proporcionar apoyo no solo al enfermo sino también a las personas que se encuentran a su alrededor y que forman parte del proceso de enfermedad, ya que actualmente los servicios que brindan apoyo son en su mayoría se centran únicamente en pacientes, y se les deja de lado a los familiares.

De igual forma, el tipo de apoyo al que se le da prioridad es al médico y económico, los cuales son prioritarios, no obstante el psicológico como se presentó a lo largo de los capítulos anteriores puede llegar a ser igual de importante que el médico. Actualmente son pocas las instituciones que lo proporcionan a los pacientes y en un número mucho menor las fundaciones, por lo cual la demanda por estos servicios es muy elevada, dando prioridad por lo consiguiente a los pacientes.

A ello le podemos añadir que son pocos los profesionales de la Psicología que están interesados en incursionar en el área de la salud, y son menos los que aceptan trabajar con enfermedades oncológicas. Por si fuera poco, son pocos los profesionales que están capacitados en psicooncología, para poder brindar la atención específica, que cubra realmente las necesidades de los demandantes del servicio de manera eficaz.

La psicooncología, de acuerdo a Alvarado (2004), plantea un modelo psico-educacional de prevención, intervención psicoterapéutica, rehabilitación y reintegración a la vida cotidiana; brinda apoyo desde los parámetros psicológicos que conlleva al paciente a una mejor calidad de vida y le ayuda a afrontar, desde el inicio, la enfermedad oncológica. El psicooncólogo es un especialista que brinda atención psicológica. Escucha, entiende, conoce, orienta, informa, atiende y acompaña al paciente en las alteraciones que surgen a partir del diagnóstico de cáncer, durante el proceso de tratamiento oncológico hasta la muerte.

El cáncer es un padecimiento crónico-degenerativo que por su evolución agresiva puede acabar con la vida del huésped y requiere tratamientos oncológicos violentos, como la misma enfermedad, que desencadenan una serie de reacciones psicológicas, psiquiátricas, sociales, económicas, sexuales, culturales, espirituales y religiosas. Ante ello, es necesaria la atención profesional del personal de salud mental entrenado en oncología (psicooncólogo) que permita y promueva la relación entre el médico, el paciente y la familia. Ya que el paciente y su familia se ven impotentes para afrontar la enfermedad y sus tratamientos, lo que genera en ellos un fuerte cansancio que afecta su calidad de vida.

Las intervenciones dirigidas a la familia, principalmente a los cuidadores primarios, deben guiarse hacia la atención a las necesidades personales (miedos, ansiedad de separación, sobrecarga, etc.) y a las relacionales (comunicación difícil con el enfermo, apoyo emocional en situaciones críticas) resultan primordiales.

En su mayoría la revisión teórica que se llevo acabo para esta propuesta de investigación, se basa en marcos cognitivo-conductuales, sin embargo no proporcionan el contacto mas personalizado que el enfoque humanista nos puede dar. Ya que en principio las personas requieren mas que un análisis y resolución de los problemas que se presentan a raíz de la enfermedad, un contacto mas cercano que los vea como seres humanos que son y que pueda cubrir necesidades de tipo afectivo mas que racionales.

El cuidador primario es un apoyo real para el enfermo, al escucharlo, entenderlo, atenderlo, pero principalmente convirtiéndose en su acompañante durante todo el proceso de la enfermedad. Pero estas capacidades son más factibles de desarrollar, si se emplea la teoría humanista.

Los humanistas refieren que es posible lograr lo anterior, si el Hombre posee la capacidad de tomar conciencia plena de si mismo, ya que si el individuo no logra tener esta conciencia, entonces no poder escucharse a si mismo, no

podrá captar sus sentimientos, distorsiona lo que vive y siente. Por lo cual, cuando una persona reorganiza o cambia la manera en que se percibe a si mismo, entonces modifica su campo perceptual y cambia sus patrones de reacción.

Ello se puede alcanzar, fomentando el crecimiento, en este caso de los cuidadores primarios, dentro del contexto grupal. Ya que, Rogers (1986), comprobó que las personas que forman parte de un grupo (terapéutico), conciben a este como un lugar donde pueden satisfacer sus necesidades personales, experimentando cambios a largo de las sesiones como parte del proceso que guarda el intercambio, dentro de un clima de cooperación, respeto a los demás y la ayuda mutua. Adquieren la habilidad o el permiso, de descubrir o redescubrir sus sentimientos, dejando a un lado el ocultarlos o negarlos, ya que los organismos se cierran ante el dolor de reconocer un sentimiento con claridad, porque hacerlo implica la reorganización del concepto de si-mismo de un modo significativo.

De acuerdo a Font y Rodríguez (2004), los beneficios que se obtienen en la terapia de grupo no son únicamente en relación a la enfermedad (mayor información, mejores estrategias) sino que implica un autoconocimiento personal que les permite aplicar lo aprendido en otras áreas de su vida, al mismo tiempo que las fortalece para afrontar dificultades futuras, y especialmente, contar con una red más de apoyo social, con la que comparten muchos puntos en común, reduciendo la sensación de aislamiento.

Además el trabajo en grupo tiene como fundamento la necesidad actual de formar vínculos de calidad y permanencia entre los seres humanos, ya que la vida moderna nos exige a las personas la capacidad de establecer relaciones significativas en poco tiempo, adaptarse y participar en grupos de corto tiempo de vida, y la individualidad. Los occidentales parecemos haber adoptado fielmente el concepto de autosuficiencia individual, de no necesitar ayuda.

Por lo tanto, si el familiar logra un crecimiento personal, entonces mejorara la relación con el enfermo y por tanto la atención que proporcione tendrá un mayor valor que se reflejara en la calidad de vida de ambos. Esto se encuentra confirmado por la investigación llevada a cabo por Penacoba y cols. (2004), los cuales demostraron la eficacia de un adecuado apoyo social para incrementar la calidad de vida del enfermo.

Rodríguez y cols (2004) y Bayes (1997), afirman que los objetivos de una intervención psicológica para familiares de enfermos, deben considerar la expresión de sentimientos, la resignificación de la crisis, pérdidas y efectos de la enfermedad en su vida, y la búsqueda de apoyo. Situando a la persona frente a su dolor, miedos, pero abriendo paso a la posibilidad de elegir lo que anteriormente hacia o hacer algo diferente, y con esto ultimo lograr abrir paso a la responsabilidad de sus elecciones y acciones (Paez y cols, 2005).

Para Vinaccia y cols (2005), el apoyo social promueve la salud, alivia el impacto de las enfermedades crónicas, afecta benéficamente a la salud integral del paciente, facilita su integración social, fomenta el bienestar psicológico, disminuye la susceptibilidad a la enfermedad promoviendo conductas saludables y favorece el grado de adaptación a un estímulo estresante como lo es el cáncer, incrementa la autoestima.

Y como se presento a lo largo de los últimos capítulos, los cuidadores principales presentan diversas alteraciones que son de vital importancia atender para prevenir futuras complicaciones que los convierta en potenciales enfermos crónicos. Vidal y López (2001) dentro de sus hallazgos detectaron que las esposas/os de los enfermos de cáncer, constituyen un grupo de riesgo en cuanto a trastornos depresivos, sobre todo en la etapa final de la enfermedad. En su estudio se observó que el 58% de los maridos y el 42% de las esposas de pacientes oncológicos padecían depresión. Con estas cifras no se puede lograr

que exista un apoyo al enfermo de “calidad”, si el que lo brinda no tiene las condiciones emocionales adecuadas para hacerlo.

Entonces, si existen diversos autores que confirman los efectos benéficos que tiene un apoyo por parte de la familia, resulta de suma importancia el implementar planes, para que los familiares encuentren un apoyo, por medio de grupos, con el fin de que logren un crecimiento personal que lo reflejen en una mejor relación con el enfermo.

Para Bayes (1997) cada día es mayor la importancia de proporcionar servicios de soporte psicoterapéutico a los pacientes con cáncer y sus familiares, como un método eficaz complementario a los tratamientos médicos. Proveyendo terapéuticas de grupo y soporte individual a los pacientes y sus familias, además de la detección y tratamiento de trastornos psiquiátricos, como la depresión y ansiedad (Aresca, 2004; Bayes, 1997).

Este apoyo se debe proporcionar por medio de instituciones que estén al alcance de los pacientes, desde el punto de vista económico hasta geográfico. Por ello el sistema DIF es una alternativa adecuada, ya que se encuentra establecido en zonas estratégicas, es conocido por gran parte de la población, es fácil su ingreso, cuenta con espacios adecuados, y es accesible a diversas clases sociales. Esto último es importante, ya que la enfermedad oncológica genera gastos importantes, que limitan o llegan a anular las posibilidades de costear un apoyo psicológico y a los cuidadores principales les es difícil trasladarse a lugares que requieren un tiempo considerable.

De alguna manera, la enfermedad oncológica se debe dejar de ver simplemente como una un padecimiento físico y propio del enfermo, y el apoyo psicooncologico como un servicio que solo esta al alcance de las clases sociales altas. Se debe ver con una visión más amplia si queremos que la calidad de vida mejore en los pacientes y personas cercanas a él.

Por ultimo, durante la investigación bibliográfica, salio a la luz la falta de publicaciones serias relacionadas con psicooncologia, y son un numero menor las que nos hablan de cuidadores primarios. Lo cual es corroborado por Torrico y cols (2002), al mencionar que la investigación psicooncologica, en muchas ocasiones, son trabajos parcelados en los que generalmente solo se analiza al paciente sin tener en cuenta los que le rodean.

Por lo que se debería incluir en las investigaciones un mayor número de aportes experimentales en lo que respecta al apoyo emocional hacia los cuidadores primarios. Haciendo una investigación mas exhaustiva sobre la eficacia de las modelos de intervención en países latinoamericanos, como México. Ya que, como se menciona en uno de los capítulos, existen factores que varían de región a región, como lo es la cultura.

Los egresados de la FES Iztacala deberíamos de tener un mayor interés por cubrir las necesidades reales que esta presentando la población, y que en algunos casos los egresados están viviendo de manera cercana. Con ello lograríamos aportar visiones diferentes de cómo abordar el aspecto psicológico en la enfermedad oncológica.

6.3.2 Metodología

6.3.2.1 Justificación del método

La presente propuesta empleara el método fenomenológico, el cual se refiere al estudio de los fenómenos tal y como son experimentados, vividos y percibidos por el sujeto (Martínez, 2005). Permite estudiar la realidad individual cuya esencia depende del modo en que es vivida por el sujeto.

Consiste en observar, describir y analizar al fenómeno desde todos sus matices, aspectos, exactamente como aparecen en sus contextos naturales (Martínez, 2004). Se pueden estudiar muchos casos parecidos, para posteriormente encontrar una estructura común a todos ellos, descartando cualquier tipo de experimento porque se alteraría lo que con naturalidad se presenta y se quiere conocer (Manual de titulación, 2005; Martínez, 2004).

Este método permite descubrir los fenómenos singulares respetando plenamente las descripciones que hace la persona de sus propias vivencias, entendiendo la gran dificultad que implica tratar de describir una sensación con palabras, pero concientes de que estas realidades únicas y poco comunicables son las que logran enriquecer la existencia humana (Manual de titulación, 2005).

6.3.2.2 Objetivo general

Que los participantes desarrollen habilidades en cuanto a su autocrecimiento, por medio de las actividades que lleven a cabo durante su asistencia al grupo de apoyo emocional con enfoque humanista, con el fin de optimizar su calidad de vida y el apoyo que brindan a su familiar con cáncer.

6.3.2.3 Objetivos particulares

- Los cuidadores primarios llevarán a cabo una introspección con el fin de autoconocerse
- Los cuidadores primarios identificarán y expresarán diversos sentimientos
- Los cuidadores primarios analizarán de manera individual y grupal el significado que han atribuido al cáncer y su experiencia como cuidador primario de un enfermo oncológico
- Los cuidadores primarios identificarán sus necesidades individuales, principalmente emocionales y propondrán alternativas para cubrir sus necesidades

6.3.2.4 Método

- PARTICIPANTES: Máximo 15 integrantes en el grupo.

Criterios de inclusión: Deberán ser cuidadores primarios de enfermos de cáncer que se encuentren en fase de tratamiento. Mayores de edad, que sepan leer y escribir, no presenten alteraciones en la comunicación verbal, con disponibilidad de horario (acorde al taller) y de participación activa, lo que implicara una asistencia continúa. Sin importar el nivel socioeconómico, creencia religiosa o género.

Criterios de exclusión: Aquellos cuidadores de enfermos no oncológicos, que se encuentren en otra fase de enfermedad o en tratamiento paliativo. No se aceptaran aquellas personas que consuman sustancias toxicas, que asistan con otra persona. La impuntualidad será factor para la exclusión del taller, así como haber tenido más de dos inasistencias y faltar a las normas del grupo.

- ESCENARIO: Un salón de actividades amplio que pertenezca a las instalaciones del DIF Coacalco y se encuentre en condiciones adecuadas, incluyendo la limpieza. Que cuente con sanitario, iluminación y ventilación controlada y adecuada, con sillas para todos los participantes incluyendo a los facilitadores, al menos una mesa donde los participantes puedan escribir.
- INSTRUMENTOS: Entrevista de entrada (ver anexo 5) y entrevista de salida (ver anexo 27)

- PROCEDIMIENTO:

A continuación se presenta esquemáticamente la manera en como se aplicara el taller, incluyendo en que consiste cada una de las técnicas grupales indicadas. El orden de la temática de las sesiones se ubica a partir de los objetivos específicos y no existe un tiempo especificado para las actividades.

Se llevara acabo solo una sesión por semana, en el día y horario que se adapte a la disponibilidad de las instalaciones proporcionadas por la institución y de los facilitadores. Para el horario se podrá tomar en cuenta la disponibilidad de los participantes.

SESION 1**TEMATICA: “¿QUE QUEREMOS HACER JUNTOS?”**

SUBTEMAS	EJE TEMATICO	TECNICA GRUPAL	RECURSOS	RETROALIMENTACION
Presentación	Es importante especificar en que consiste el taller, así como las personas que lo guiaran. Para Gómez del Campo (1999), desde el primer contacto con el grupo, los facilitadores deben brindar información sobre los objetivos que se persiguen.	Presentación verbal	Cartel	Los asistentes tendrán claro cual es el objetivo del taller y quienes son sus facilitadores.
Establecimiento de normas	Un grupo debe tener ciertas normas que lo rijan, con el fin de mantener el respeto y el orden. Los facilitadores deben fomentar que cada uno de los asistentes participe, que en la medida de lo posible se llegue por unanimidad a la decisión, para lograr la acción cooperativa y no competitiva (Gómez del Campo, 1999).	Lluvia de ideas (ver anexo 1)	Un cuadro de papel pellow grande, cuadros de pellow pequeños, cinta adhesiva y plumones.	Cada uno de los asistentes tendrán que proponer únicamente una norma y el grupo tendrá que estar de acuerdo con su cumplimiento.
Rapport	Para que un grupo funcione tienen que conocerse sus integrantes, con el fin de que el contacto sea más cercano y las relaciones entre los miembros comiencen a ser más cercanas.	El círculo del contacto (ver anexo 2)	Verbal	Cada uno de los asistentes presentara ante todos a la última persona con la que converso.

Expectativas	Los asistentes deben tener claro que esperan como resultado durante toda su asistencia al grupo y al finalizar, con el fin de aclarar cual fue el motivo de su asistencia.	¿Que espero del taller? (ver anexo 3)	Hojas blancas y plumas	Cada uno de los asistentes tendrá que responder a la pregunta planteada por el facilitador.
Cuestionario de entrada	Es importante saber cual es el estado emocional de los asistentes al inicio del taller, para hacer una comparación al finalizarlo.	¿Cómo me siento? (ver anexo 4)	Cuestionarios	Cada uno de los asistentes tendrá que responder de manera escrita todas las preguntas escritas en la hoja
Cierre de sesión	Es de suma relevancia el preguntar a la persona cual fue su experiencia, que sintió o de que se dio cuenta, durante la actividad, facilitando que integre esa vivencia (Salama y Villarreal, 1988). Además los facilitadores identificarán cual es el estado de ánimo de los asistentes, ya que es importante captar a alguno de ellos si presenta alguna alteración emocional para brindarle atención individual.	¿Qué me llevo el día de hoy? (ver anexo 5)	Registros	Cada uno de los asistentes habrá expresado con una sola palabra a sus demás compañeros en que estado anímico se retira.

SESION 2
TEMATICA: "CONOCIENDOME"

SUBTEMAS	EJE TEMATICO	TECNICA GRUPAL	RECURSOS	RETROALIMENTACION
Apertura de sesión	En cada sesión los participantes pueden hacer un breve resumen de lo que a su parecer fue mas relevante la sesión anterior.	Recordando (ver anexo 6)	Registros	Cada uno de los asistentes expresara un aspecto que le pareció relevante en la sesión anterior.
Auto descubrimiento	Lafarga y Gómez (1991) afirman que cuando todas las formas en que un individuo se percibe a si mismo son aceptadas, este logro se acompaña de sentimientos de comodidad y libertad de tensión que se experiencia como adaptación psicológica. Por ello uno de los primeros pasos para que una persona se conozca y acepte es creando una imagen detallada de si misma, ya que es más accesible de ser evocada.	¿Quién soy? (ver anexo 7)	Verbal	Cada uno de los asistentes terminara la actividad siguiendo las instrucciones del facilitador.

Auto análisis	Es importante que una persona logre analizar cuales son tanto sus cualidades como defectos como aquellas cosas que le son desagradables de si misma. Ya que al momento en que la persona al fin puede identificarse con todo lo que el es, ya sea "bueno o malo", estará tomando la responsabilidad por si mismo y empezara a sentirse integrado (Salama y Villarreal, 1988).	¿Me gusta como soy? (ver anexo 8)	Hojas de papel, lápices, lápices de colores	Cada uno de los asistentes habrá dibujado una imagen de si mismo y escrito una lista de cualidades y defectos.
Compartiendo	Una persona puede desarrollar la capacidad de compartir con otra el significado de su experiencia. Con ello fortalece la habilidad de identificar y expresar. Además de establecer relaciones autenticas, profundas y significativas, que incrementan su autoestima (Gómez del Campo, 1999).	¿Puedo compartir? (ver anexo 9)	Verbal	Cada uno de los participantes compartirá con otro de los asistentes desconocido para él, sus emociones.
Cierre de sesión	Es de suma relevancia el preguntar a la persona cual fue su experiencia, que sintió o de que se dio cuenta, durante la actividad, facilitando que integre esa vivencia (Salama y Villarreal, 1988). Además los facilitadores identificaran cual es el estado de ánimo de los asistentes, ya que es importante captar a alguno de ellos si presenta alguna alteración emocional para brindarle atención individual.	¿Qué me llevo el día de hoy? (ver anexo 5)	Verbal	Cada uno de los asistentes habrá expresado a sus demás compañeros con una sola palabra en que estado anímico se retira.

SESION 3**TEMATICA: “DENTRO DE LA TRISTEZA PUEDE SURGIR UN POCO DE ALEGRIA”**

SUBTEMAS	EJE TEMATICO	TECNICA GRUPAL	RECURSOS	RETROALIMENTACION
Apertura de sesión	Es importante que en cada sesión los participantes hagan un breve resumen de lo que a su parecer fue mas relevante la sesión anterior.	Recordando (ver anexo 6)	Registros	Cada uno de los asistentes expresara un aspecto que le pareció relevante en la sesión anterior.
Los sentimientos	Lo que nos hace seres humanos, es nuestra capacidad para identificar, experimentar y expresar sentimientos. Sin embargo, se emplea una considerable cantidad de esfuerzo tratando de ignorar o negarlos, conteniéndolos por largos periodos de tiempo.	¿Qué sentimientos guardo? (ver anexo 10)	Verbal	Cada uno de los asistentes terminara la actividad siguiendo las instrucciones del facilitador.
Expresión de tristeza	De acuerdo a Rogers (1997), usualmente los sentimientos que se consideran socialmente como negativos se reprimen, pudiendo llegar a un punto critico. Sin embargo las personas pueden descubrir que son capaces de expresar los sentimientos de manera libre.	Una sentimiento guardado llamado tristeza (ver anexo 11)	Música	Cada uno de los asistentes terminara la actividad siguiendo las instrucciones del facilitador.

Expresión de alegría	Posterior a un momento de desahogo la persona puede experimentar tensión corporal, por lo que son importantes los movimientos musculares. La risa funciona como un método relajante, además de lograr estabilizar a la persona después de un momento perturbador.	Tomando un poco de alegría (ver anexo 12)	Música	Cada uno de los asistentes terminara la actividad siguiendo las instrucciones del facilitador, logrando un movimiento corporal desinhibido y la emisión de risa de manera natural.
Compartiendo	Una persona puede desarrollar la capacidad de compartir con otra el significado de su experiencia. Con ello fortalece la habilidad de identificar y expresar. Además de establecer relaciones auténticas, profundas y significativas, que incrementan su autoestima (Gómez del Campo, 1999).	¿Puedo compartir? (ver anexo 9)	Verbal	Cada uno de los participantes compartirá con otro de los asistentes su experiencia, principalmente sus emociones.
Cierre de sesión	Es de suma relevancia el preguntar a la persona cual fue su experiencia, que sintió o de que se dio cuenta, durante la actividad, facilitando que integre esa vivencia (Salama y Villarreal, 1988). Además los facilitadores identificarán cual es el estado de ánimo de los asistentes, ya que es importante captar a alguno de ellos si presenta alguna alteración emocional para brindarle atención individual.	¿Qué me llevo el día de hoy? (ver anexo 5)	Verbal	Cada uno de los asistentes habrá expresado a sus demás compañeros con una sola palabra en que estado anímico se retira.

SESION 4
TEMATICA: “ROMPIENDO LOS MIEDOS”

SUBTEMAS	EJE TEMATICO	TECNICA GRUPAL	RECURSOS	RETROALIMENTACION
Apertura de sesión	Es importante que en cada sesión los participantes hagan un breve resumen de lo que a su parecer fue mas relevante la sesión anterior.	Recordando (ver anexo 6)	Registros	Cada uno de los asistentes expresara un aspecto que le pareció relevante en la sesión anterior.
Descubriendo los miedos	Los cuidadores primarios de enfermos constantemente se experimentan diversos miedos, principalmente asociados al proceso de la enfermedad (Baider, 2003). Por lo que es importante que logren identificarlos.	Una carga llamada miedo (ver anexo 13)	Hojas blancas y plumas	Cada uno de los asistentes terminara la actividad siguiendo las instrucciones del facilitador, escribiendo en una hoja sus miedos.
Enfrentando el miedo	De acuerdo a Rogers (1997), usualmente los sentimientos que se consideran socialmente como negativos se reprimen, pudiendo llegar a un punto critico. Sin embargo las personas pueden descubrir que son capaces de expresar los sentimientos de manera libre.	Afrontando mis miedos (ver anexo 14)	Hojas de la actividad anterior y material extra	Cada uno de los asistentes enfrentara uno de sus miedos de manera simbolica.

Relajación	Posterior a la expresión de un miedo la persona puede experimentar tensión corporal, por lo que la relajación es una alternativa adecuada para lograr un descanso físico y mental (Salama y Villarreal, 1988).	Liberando el cuerpo (ver anexo 15)	Verbal	Cada uno de los asistentes terminara la actividad siguiendo las instrucciones del facilitador, logrando llegar a una concentración y relajación.
Compartiendo	Una persona puede desarrollar la capacidad de compartir con otra el significado de su experiencia. Con ello fortalece la habilidad de identificar y expresar. Además de establecer relaciones autenticas, profundas y significativas, que incrementan su autoestima (Gómez del Campo, 1999).	¿Puedo compartir? (ver anexo 9)	Verbal	Cada uno de los participantes compartirá con otro de los asistentes su experiencia, principalmente sus emociones.
Cierre de sesión	Es de suma relevancia el preguntar a la persona cual fue su experiencia, que sintió o de que se dio cuenta, durante la actividad, facilitando que integre esa vivencia (Salama y Villarreal, 1988). Además los facilitadores identificaran cual es el estado de ánimo de los asistentes, ya que es importante captar a alguno de ellos si presenta alguna alteración emocional para brindarle atención individual.	¿Qué me llevo el día de hoy? (ver anexo 5)	Verbal	Cada uno de los asistentes habrá expresado a sus demás compañeros con una sola palabra en que estado anímico se retira.

SESION 5
TEMATICA: “DESVANECIENDO MIS ENOJOS”

SUBTEMAS	EJE TEMATICO	TECNICA GRUPAL	RECURSOS	RETROALIMENTACION
Apertura de sesión	Es importante que en cada sesión los participantes hagan un breve resumen de lo que a su parecer fue mas relevante la sesión anterior.	Recordando (ver anexo 6)	Registros	Cada uno de los asistentes expresara un aspecto que le pareció relevante en la sesión anterior.
Expresión de enojo	De acuerdo a Rogers (1997), usualmente los sentimientos que se consideran socialmente como negativos se reprimen, pudiendo llegar a un punto critico. Sin embargo las personas pueden descubrir que son capaces de expresar los sentimientos de manera libre.	Una carga llamada enojo (ver anexo 16)	Música	Cada uno de los asistentes terminara la actividad siguiendo las instrucciones del facilitador. Logrando expresar el enojo contenido por medio de su cuerpo.
Tranquilidad	Posterior a la expresión de enojo la persona puede experimentar tensión corporal. El caminar logra terminar de liberar la fuerza que se genera a partir de la expresión del enojo (Barthe, 1997). Resulta más estabilizador si se lleva a cabo esta actividad en contacto con la naturaleza.	Tomando un poco de tranquilidad de la tierra (ver anexo 17)	Espacio al aire libre y limpio	Cada participante lograra llegar a una tranquilidad que se manifestara principalmente por la relajación muscular.

Compartiendo	Una persona puede desarrollar la capacidad de compartir con otra el significado de su experiencia. Con ello fortalece la habilidad de identificar y expresar. Además de establecer relaciones auténticas, profundas y significativas, que incrementan su autoestima (Gómez del Campo, 1999).	¿Puedo compartir? (ver anexo 9)	Verbal	Cada uno de los participantes compartirá con otro de los asistentes su experiencia, principalmente sus emociones.
Cierre de sesión	Es de suma relevancia el preguntar a la persona cual fue su experiencia, que sintió o de que se dio cuenta, durante la actividad, facilitando que integre esa vivencia (Salama y Villarreal, 1988). Además los facilitadores identificarán cual es el estado de ánimo de los asistentes, ya que es importante captar a alguno de ellos si presenta alguna alteración emocional para brindarle atención individual.	¿Qué me llevo el día de hoy? (ver anexo 5)	Verbal	Cada uno de los asistentes habrá expresado a sus demás compañeros con una sola palabra en que estado anímico se retira.

SESION 6
TEMATICA: “AMANDO Y COMPARTIENDO”

SUBTEMAS	EJE TEMATICO	TECNICA GRUPAL	RECURSOS	RETROALIMENTACION
Apertura de sesión	Es importante que en cada sesión los participantes hagan un breve resumen de lo que a su parecer fue mas relevante la sesión anterior.	Recordando (ver anexo 7)	Registros	Cada uno de los asistentes expresara un aspecto que le pareció relevante en la sesión anterior.
Análisis de sesiones anteriores	De acuerdo a Rogers (1997), se puede aprender que los sentimientos que existen merecen ser vividos y que no es necesario encubrirlos, se pueden expresar con mayor libertad.	El costal de las emociones (ver anexo 18)	Verbal	Cada participante compartirá sus experiencias dentro de los grupos formados de manera aleatoria, principalmente los cambios que ha observado hasta ese momento.
Expresión de afecto	Posterior a la expresión de compartir momentos importantes con otra persona mayormente desconocida, es gratificante el expresar el afecto que se ha logrado sentir hasta ese momento. Pero resulta más significativo si esto se lleva acabo de manera natural. De acuerdo a Salama y Villarreal (1988), la cara y el cuerpo son extremadamente comunicativos, aun cuando las personas estén en silencio, la atmósfera puede estar llena de mensajes que pueden ser emocionales y menos racionalizados.	Llenando el costal de amor (ver anexo 19)	Corporal	Cada participante lograra demostrar su afecto a al menos un compañero con el que halla llevado acabo alguna de las actividades anteriores.

Cierre de sesión	Es de suma relevancia el preguntar a la persona cual fue su experiencia, que sintió o de que se dio cuenta, durante la actividad, facilitando que integre esa vivencia (Salama y Villarreal, 1988). Además los facilitadores identificarán cual es el estado de ánimo de los asistentes, ya que es importante captar a alguno de ellos si presenta alguna alteración emocional para brindarle atención individual.	¿Qué me llevo el día de hoy? (ver anexo 5)	Verbal	Cada uno de los asistentes habrá expresado a sus demás compañeros con una sola palabra en que estado anímico se retira.
------------------	--	---	--------	---

SESION 7**TEMATICA: “INGRESO UN NUEVO INTEGRANTE EN MI FAMILIA... SE LLAMA CÁNCER”**

SUBTEMAS	EJE TEMATICO	TECNICA GRUPAL	RECURSOS	RETROALIMENTACION
Apertura de sesión	Es importante que en cada sesión los participantes hagan un breve resumen de lo que a su parecer fue mas relevante la sesión anterior.	Recordando (ver anexo 6)	Registros	Cada uno de los asistentes expresara un aspecto que le pareció relevante en la sesión anterior.
Significado de cáncer y cuidador	Para cada persona es diferente el significado que atribuye al cáncer, dependiendo de la etapa en la que se encuentre la enfermedad (Baider, 2003). Y también adquiere un significado diferente el ser cuidador primario.	¿Qué es para mí...? (ver anexo 20)	Hojas blancas y plumas	Cada uno de los asistentes escribirá cual es el significado de cáncer. También el significado de cuidador y sus actividades junto con responsabilidades.
Cambios en la vida personal	La aparición del cáncer involucra una serie de cambios no solo en el paciente sino también en las personas que pasan gran parte del tiempo con el, como son los cuidadores primarios (Baider, 2003).	Compartiendo mi vida con el cáncer (ver anexo 21)	Hojas blancas, plumas, colores, reglas	Cada participante escribirá los cambios originados antes y a partir del diagnostico oncológico, en forma de línea de vida.

Compartiendo	Una persona puede desarrollar la capacidad de compartir con otra el significado de su experiencia. Con ello fortalece la habilidad de identificar y expresar. Además de establecer relaciones auténticas, profundas y significativas, que incrementan su autoestima (Gómez del Campo, 1999).	¿Puedo compartir? (ver anexo 9)	Verbal	Cada uno de los participantes compartirá con un grupo de los asistentes su experiencia, principalmente sus emociones.
Cierre de sesión	Es de suma relevancia el preguntar a la persona cual fue su experiencia, que sintió o de que se dio cuenta, durante la actividad, facilitando que integre esa vivencia (Salama y Villarreal, 1988). Además los facilitadores identificarán cual es el estado de ánimo de los asistentes, ya que es importante captar a alguno de ellos si presenta alguna alteración emocional para brindarle atención individual.	¿Qué me llevo el día de hoy? (ver anexo 5)	Verbal	Cada uno de los asistentes habrá expresado con una sola palabra a sus demás compañeros en que estado anímico se retira.

SESION 8**TEMATICA: “PUEDO VALORAR LA PRESENCIA DEL CÁNCER EN MI VIDA”**

SUBTEMAS	EJE TEMATICO	TECNICA GRUPAL	RECURSOS	RETROALIMENTACION
Apertura de sesión	Es importante que en cada sesión los participantes hagan un breve resumen de lo que a su parecer fue mas relevante la sesión anterior.	Recordando (ver anexo 6)	Registros	Cada uno de los asistentes expresara un aspecto que le pareció relevante en la sesión anterior.
Los logros	Son muchas las pérdidas que se experimentan a partir de la aparición del cáncer. Por lo que es difícil que se logre observar los logros que se han obtenido a raíz de la enfermedad. Por lo cual, de acuerdo a Rogers (1999), es importante que la persona comience un proceso de valoración diferente de su experiencia, de una manera menos rígida y mas personal.	¿Puedo encontrar algo valioso de mi experiencia oncológica? (ver anexo 22)	Hojas blancas y plumas	Cada uno de los asistentes escribirá al menos 5 logros que han obtenido en su convivencia con el cáncer.
Valorando	Es importante que los cuidadores se percaten de la importancia de valorar aspectos de su vida que no creían importantes anteriormente (Rogers, 1986).	Lo difícil implica un cierto valor (ver anexo 23)	Hojas blancas, plumas	Cada participante escribirá un relato donde exprese como ha cambiado su manera de valorar las cosas.

Compartiendo	Una persona puede desarrollar la capacidad de compartir con otra el significado de su experiencia. Con ello fortalece la habilidad de identificar y expresar. Además de establecer relaciones auténticas, profundas y significativas, que incrementan su autoestima (Gómez del Campo, 1999).	¿Puedo compartir? (ver anexo 9)	Verbal	Cada uno de los participantes compartirá con un grupo de los asistentes su experiencia, principalmente sus emociones.
Cierre de sesión	Es de suma relevancia el preguntar a la persona cual fue su experiencia, que sintió o de que se dio cuenta, durante la actividad, facilitando que integre esa vivencia (Salama y Villarreal, 1988). Además los facilitadores identificarán cual es el estado de ánimo de los asistentes, ya que es importante captar a alguno de ellos si presenta alguna alteración emocional para brindarle atención individual.	¿Qué me llevo el día de hoy? (ver anexo 5)	Verbal	Cada uno de los asistentes habrá expresado con una sola palabra a sus demás compañeros en que estado anímico se retira.

SESION 9**TEMATICA: “¿QUE NECESITO AHORA? ”**

SUBTEMAS	EJE TEMATICO	TECNICA GRUPAL	RECURSOS	RETROALIMENTACION
Apertura de sesión	Es importante que en cada sesión los participantes hagan un breve resumen de lo que a su parecer fue mas relevante la sesión anterior.	Recordando (ver anexo 6)	Registros	Cada uno de los asistentes expresara un aspecto que le pareció relevante en la sesión anterior.
Identificación y análisis de necesidades	Uno de los principales aspectos que se debe cubrir en el apoyo a un cuidador primario son sus necesidades. Ya que la enfermedad acapara totalmente la atención del paciente y para el propio cuidador sus necesidades llegan a pasar a un segundo plano (Baider, 2003).	¿Necesito algo...? (ver anexo 24)	Hojas blancas y plumas	Cada uno de los asistentes escribirá al menos 15 necesidades e identificara si las han cubierto a partir de la aparición del cáncer y si no es así cual fue su causa.
Compartiendo	Una persona puede desarrollar la capacidad de compartir con otra el significado de su experiencia. Con ello fortalece la habilidad de identificar y expresar. Además de establecer relaciones autenticas, profundas y significativas, que incrementan su autoestima (Gómez del Campo, 1999).	¿Puedo compartir? (ver anexo 9)	Verbal	Cada uno de los participantes compartirá con todo el grupo su experiencia, principalmente sus emociones.

Cierre de sesión	Es de suma relevancia el preguntar a la persona cual fue su experiencia, que sintió o de que se dio cuenta, durante la actividad, facilitando que integre esa vivencia (Salama y Villarreal, 1988). Además los facilitadores identificaran cual es el estado de ánimo de los asistentes, ya que es importante captar a alguno de ellos si presenta alguna alteración emocional para brindarle atención individual.	¿Qué me llevo el día de hoy? (ver anexo 5)	Verbal	Cada uno de los asistentes habrá expresado con una sola palabra a sus demás compañeros en que estado anímico se retira.
------------------	--	---	--------	---

SESION 10**TEMATICA: “HASTA PRONTO...”**

SUBTEMAS	EJE TEMATICO	TECNICA GRUPAL	RECURSOS	RETROALIMENTACION
Apertura de sesión	Es importante que en cada sesión los participantes hagan un breve resumen de lo que a su parecer fue mas relevante la sesión anterior.	Recordando (ver anexo 6)	Registros	Cada uno de los asistentes expresara un aspecto que le pareció relevante en la sesión anterior.
Auto análisis	Es importante que una persona logre analizar cuales son tanto sus cualidades como defectos como aquellas cosas que le son desagradables de si misma. Ya que al momento en que la persona al fin puede identificarse con todo lo que el es, ya sea “bueno o malo”, estará tomando la responsabilidad por si mismo y empezara a sentirse integrado (Salama y Villarreal, 1988).	¿Me gusta lo que soy? (ver anexo 8)	Hoja correspondiente a la sesión 2 (ver anexo 8)	Los asistentes reflexionaran sobre aquellas cualidades y defectos que se habían escrito anteriormente y completaran la lista con cualidades nuevas que hayan descubierto.
Recibiendo elogios	La habilidad para dar y recibir retroalimentación es uno de los recursos más importantes para que las personas avancen en su proceso de desarrollo individual y social (Rodríguez, 1987). Abre la posibilidad de saber como los otros observan a la persona y como la persona percibe a los demás.	La flor de los elogios (ver anexo 25)	Flores de papel de colores	Cada uno de los asistentes escribirá únicamente una cualidad de cada uno de sus compañeros.

Evaluación de expectativas	Los asistentes deben aprender a darse cuenta cuales eran sus expectativas al inicio y si estas cubiertas por el taller, cuales hacen falta por trabajar y cuales necesitan mayor dedicación y trabajo.	¿Que espero del taller? (ver anexo 3)	Hoja correspondiente a la sesión 1 (ver anexo 3)	Los asistentes identificaran y analizaran cada una de las expectativas escritas al inicio del taller.
Cuestionario de salida	Es importante saber cual es el estado emocional de los asistentes al final del taller, para hacer una comparación con el inicio.	¿Cómo me siento? (ver anexo 26)	Cuestionarios	Cada uno de los asistentes tendrá que responder de manera escrita todas las preguntas escritas en la hoja
Despedida y cierre del taller	Es importante que exista una despedida simbolica entre los integrantes de un grupo que finaliza sus encuentros formales, principalmente en aquellas personas con las que el contacto fue muy estrecho. Ya que para una persona se siente comprendida de manera correcta y sensible, desarrolla un conjunto de actitudes promotoras de crecimiento en relación a si mismas y a los demás (Rogers, 1997).	No es un adiós... (ver anexo 6)	Registros	Cada uno de los asistentes se despedirá de los compañeros que elija y expresara con una sola palabra de manera grupal en que estado anímico se retira del grupo.

CONCLUSIONES

Una de las vivencias más traumáticas y más universales es la enfermedad. Por ello, el cáncer es una enfermedad que requiere atención por parte de los profesionales de la salud mental, no solo por los altos índices de personas enfermas de este padecimiento, sino también por todo lo que implica su presencia a nivel individual, familiar y social.

Tomando en cuenta lo anterior, la presente propuesta mostró una alternativa de abordar este problema de salud. Ya que se busca que aquellas personas que la lean, encuentren una manera de abordar la psicooncología grupal desde un enfoque humanista. Con ello se puede esperar que en un futuro se presenten trabajos que enriquezcan el bagaje actual, ya sean teóricos o experimentales, pero principalmente trabajos enfocados a la población mexicana.

Se esperaría que esta propuesta sea llevada a cabo en el escenario presentado, ya que es una necesidad latente la que presentan las comunidades que se encuentran alejadas de los centros de atención y que sea brindada un servicio de calidad y a bajos costos. Esperando que la atención no solo sea por periodos breves, sino que se convierta en un servicio básico, para los cuidadores y para los enfermos oncológicos. Brindando un servicio de manera integral, abarcando una intervención comunitaria e individual, desde los tres niveles de prevención, con el fin de subsanar las necesidades de la población.

Sin embargo, existen limitantes que podrían entorpecer la aplicación de la presente propuesta, como puede ser que la institución no brinde el apoyo necesario por cuestiones ajenas a los facilitadores, como podría ser un espacio adecuado; que los asistentes no tengan una asistencia continua, por cuestiones propias de la enfermedad de su familiar; o bien que los asistentes tengan que abandonar el taller por cuestiones personales o relacionadas con complicaciones

en la enfermedad. Que la población objetivo no responda a la convocatoria de la manera esperada, y en su lugar acuda otro tipo de participantes a los cuales no se pueda aceptar en el taller por tener una variable excluyente. Podría darse el caso de que exista una mayor demanda de los pacientes oncológicos, los cuales no podrían ser atendidos y tendrían que ser canalizados a un servicio especializado.

Esto último lleva a plantear una propuesta de intervención dirigida a cubrir las necesidades de manera más amplia. Formulando un programa de intervención, donde el objetivo sería que el municipio de Coacalco de Berriozabal mediante la dependencia DIF, brindara atención psicológica a los enfermos de cáncer y sus familiares, por medio de la coordinación de psicología. Proporcionando a la población pláticas, talleres y grupos de apoyo, de la siguiente manera:

1. Nivel comunitario: Pláticas preventivas y campañas de detección oportuna del cáncer.
2. Nivel grupal: Grupo de apoyo emocional y talleres, para enfermos de cáncer y para cuidadores primarios.
3. Nivel familiar o individual: Terapia familiar o individual para familiares y pacientes de enfermos de cáncer en etapa terminal.

Para ello, sería importante que se formara un equipo multidisciplinario de profesionales relacionados con la oncología, donde participen los psicooncólogos, oncólogos, tanatólogos y trabajadores sociales.

Por último, es importante destacar la importancia de que exista durante la aplicación del taller un cofacilitador y la supervisión continua del trabajo llevado a cabo con otro profesional especializado. Además de que los facilitadores tengan un medio por el cual puedan manifestar los cambios, principalmente emocionales,

que se han generado en ellos de manera personal, con el fin de prevenir alguna variable que interfiera en el trabajo o para prevenir la presencia de bournout.

La historia de cada sujeto cumple un lugar primordial en el proceso de la enfermedad. Ayudar y dejarse ayudar, escuchar y hacerse escuchar, son elementos claves para la recuperación de una paciente y su familia, así como aceptar que el cuerpo sano o enfermo es de cada uno, cada uno decide por él, convive con él y cuida de él (Aresca, 2004).

REFERENCIAS

1. Alvarado A. (2004, julio-septiembre) Psicooncología en México.(35 párrafos) GAMO. (En red) Disponible en: <http://www.portalpsicologia.org>
2. Aresca L. (2004) Psicooncología: diferentes miradas. Argentina: Lugar.
3. Arranz P., Coca C., Bayes R., Rincón C., Hernandez-Navarro F. (2005) Intervención psicológica en pacientes que deben someterse a un trasplante de médula ósea. (46 párrafos) Psicooncología. (En red) Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/busquedadoc?db=1&t=psicooncologia&x=10&y=13>
4. Baider L. (2003) Cáncer y familia, aspectos teóricos y terapéuticos. (26 párrafos) Revista internacional de psicología clínica y de la salud. (En red) Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/index.jsp>
5. Barraza P. (2004) Evaluación e intervención psicológica en un caso de trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de animo depresivo en una mujer con recidiva por cáncer de mama. (99 párrafos) Psicooncología. (En red) Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/busquedadoc?db=1&t=psicooncologia&x=10&y=13>
6. Barreto M., Soler M. (2003) Psicología y fin de vida. (52 párrafos) Psicooncología. (En red) Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/busquedadoc?db=1&t=psicooncologia&x=10&y=13>
7. Barthe E. (1997) Cáncer: enfrentarse al reto. Barcelona: Robinbook.

8. Bayes R. (1997) Tratado de medicina paliativa y tratamiento de soporte en el paciente con cáncer. España: Panamericana.
9. Campos A. (1982) La psicoterapia no directiva: exposición y crítica del método rogeriano. México: Herder
10. Cano A. (2005) Control emocional, estilo represivo de afrontamiento y cáncer: ansiedad y cáncer. (35 párrafos) Psicooncología. (En red) Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/busquedadoc?db=1&t=psicooncologia&x=10&y=13>
11. Cardenal V., Oñoro I., Carrascal O. (1999, agosto) Perspectivas actuales en la investigación de las relaciones entre variables psicosociales y la enfermedad del cáncer. (29 párrafos) Psicología. (En red) Disponible en: http://www.psiquiatria.com/psicologia/vol3num2/art_9.htm
12. Castañedo C. (2002) Terapia gestalt: enfoque centrado en el aquí y ahora. Barcelona: Herder.
13. Cortes F., Abían U., Cortes H. (2003) Adaptación psicosocial del paciente oncológico ingresado y del familiar cuidador principal. (36 párrafos) Psicooncología. (En red) Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/busquedadoc?db=1&t=psicooncologia&x=10&y=13>
14. Cruzado J. (2003) La formación en Psicooncología. (46 párrafos) Psicooncología. (En red) Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/busquedadoc?db=1&t=psicooncologia&x=10&y=13>
15. Die T. (2003) Influencia de la cultura en la experiencia del cáncer. (34 párrafos) Psicooncología. (En red) Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/busquedadoc?db=1&t=psicooncologia&x=10&y=13>

16. Fernández A. (2004) Alteraciones psicológicas asociadas a los cambios en la apariencia física en pacientes oncológicos. (43 párrafos) Psicooncología. (En red) Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/busquedadoc?db=1&t=psicooncologia&x=10&y=13>
17. Font A., Rodríguez E., Buscemi V. (2004) Fatiga, expectativas y calidad de vida en cáncer. (29 párrafos) Psicooncología. (En red) Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/busquedadoc?db=1&t=psicooncologia&x=10&y=13>
18. García-Conde J., García-Conde A. (2005) Humanización en la asistencia clínica oncológica. (46 párrafos) Psicooncología. (En red) Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/busquedadoc?db=1&t=psicooncologia&x=10&y=13>
19. González M., Lacasta M., Ordóñez A. (2004) Astenia, dolor y sufrimiento. (30 párrafos) Psicooncología. (En red) Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/busquedadoc?db=1&t=psicooncologia&x=10&y=13>
20. Gómez del campo J. (1999) Psicología de la comunidad. México: Plaza y Valdes
21. Harrison T. (2001) Principios de medicina interna. México: Mc Graw Hill.
22. INEGI (2006, febrero) México en corto: 4 de febrero día mundial contra el cáncer. (12 párrafos) INEGI. (En red) Disponible en: <http://www.inegi.gob.mx>
23. Instituto Nacional de Cáncer (1996) El tratamiento de radioterapia. EUA: National Cancer Institute.

24. Kopp S. (1999) Guru, metáforas de un psicoterapeuta. España: Gedisa
25. Kübler-Ross E. (1972) Sobre la muerte y los moribundos, alivio del sufrimiento psicológico para los afectados. México: De Bolsillo.
26. Lacasta M., Calvo C., Baron M., Ordóñez A. (2004) Aspectos psicológicos de la astenia. (73 párrafos) Psicooncología. (En red) Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/busquedadoc?db=1&t=psicooncologia&x=10&y=13>
27. Lafarga J., Gómez del campo J. (1991) Desarrollo del potencial humano. Aportaciones de una psicología humanista. México: Trillas
28. Llanta M.C., Grau J., Massip C., Pire T., Rivero L., Ortiz G. (2005) La esperanza en el paciente oncológico, hacia una reconceptuación. (33 párrafos) Psicología y salud. (En red) Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/index.jsp>
29. López C., Sanz J., Juan A., García A., Martínez E., Vega M., Rivera F. (2004) Delirium en el paciente oncológico. (21 párrafos) Psicooncología. (En red) Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/busquedadoc?db=1&t=psicooncologia&x=10&y=13>
30. Malca S. (2005) Psicooncología: abordaje emocional en oncología. (36 párrafos) Persona y bioética. (En red) Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/busquedadoc?db=1&t=psicooncologia&x=10&y=13>
31. Martínez M. (2004) La psicología humanista: un nuevo enfoque psicológico. México: Trillas.

32. Maslow A. (1999) La amplitud potencial de la naturaleza humana. México: Trillas
33. Mate J., Hollenstein M., Gil F. (2004) Insomnio, ansiedad y depresión en el paciente oncológico. (72 párrafos) Psicooncología. (En red) Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/busquedadoc?db=1&t=psicooncologia&x=10&y=13>
34. Mayer R. (2006, abril) Fase terminal y cuidados paliativos. (30 párrafos) Revista digital universitaria. (En red) Disponible en: <http://www.revista.unam.mx/vol7/num4/art26.htm>.
35. Mendelsohn J. (2001) Hematología y oncología. Philadelphia: Saunders.
36. Méndez X., Orgilés M., López-Roig S., Espada J.P. (2004) Atención psicológica en el cáncer infantil. (61 párrafos) Psicooncología. (En red) Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/busquedadoc?db=1&t=psicooncologia&x=10&y=13>
37. Moreno M., Mateos M. (2004) Agresividad de familiares cuidadores de enfermos oncológicos hospitalizados. (36 párrafos) Psicooncología. (En red) Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/busquedadoc?db=1&t=psicooncologia&x=10&y=13>
38. Negrete A., Fortes I. (2005) Programa de educación sanitaria: estrategias para disminuir la ansiedad que provoca la transición hospital a casa, en los padres de niños con cáncer. (45 párrafos) Psicooncología. (En red) Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/busquedadoc?db=1&t=psicooncologia&x=10&y=13>

39. Páez M., Luciano C., Gutiérrez O. (2005) La aplicación de la terapia de aceptación y compromiso en el tratamiento de problemas psicológicos asociados al cáncer. (41 párrafos) Psicooncología. (En red) Disponible en: http://dialnet.unirioja.es/servlet/busquedadoc?db=1&t=psicooncologia_x=10&y=13
40. Penacoba C., Velazco F., Mercado R., Moreno R. (2005, julio-diciembre). Comunicación, calidad de vida y satisfacción en pacientes de cuidados paliativos (48 párrafos). Psicología y salud. (En red) Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/index.jsp>
41. Pérez C., Rodríguez F. (2006, agosto) Afrontamiento de la enfermedad oncológica por el grupo familiar. (46 párrafos) Psicología y Salud. (En red) Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/index.jsp>
42. Petit M. (1987) La terapia gestalt. Barcelona: Kairos.
43. Rebolledo M. L., Alvarado S. (2006, enero-marzo) Distrés y cáncer. (59 párrafos) Revista neurología, neurocirugía y psiquiatría. (En red) Disponible en: http://www.fundacancer.com/imbiomed/distres_y_cancer.pdf
44. Rodríguez A., Ruiz R., Restrepo M. (2004) Intervención familiar para el manejo psicológico en pacientes oncológicos con mal pronóstico en el hospital de la misericordia. (82 párrafos) Revista Colombiana de Psicología. (En red) Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/index.jsp>
45. Rogers C. (1986) El camino del ser. México: Kairos.
46. Rogers C. (1997) El proceso de convertirse en persona. México: Paidós.

47. Sánchez N., Torres A., Camprubi N., Vidal A., Salamero M. (2005) Factores predictores del abandono de la intervención psicológica grupal en una muestra de pacientes con cáncer de mama. (28 párrafos) Psicooncología. (En red) Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/busquedadoc?db=1&t=psicooncologia&x=10&y=13>
48. Sanz J., Modolell E. (2004) Oncología y psicología: un modelo de interacción. (24 párrafos) Psicooncología. (En red) Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/busquedadoc?db=1&t=psicooncologia&x=10&y=13>
49. Soto J., Planes M., Gras M. (2003) Las emociones como variables relacionadas con el cambio de hábitos de salud en familiares y amigos próximos de enfermos de cáncer. (29 párrafos) Psicooncología. (En red) Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/busquedadoc?db=1&t=psicooncologia&x=10&y=13>
50. Tausch R., Tausch A. (1987) Psicoterapia por la conversación. Conversaciones empáticas individuales y de grupo. México: Herder
51. Torre R. (2001) El poder de la actitud personal ante la enfermedad grave: como mantener la calidad de vida cuando se tiene cáncer. México: Lumen.
52. Torrico L., Santón V., Andrés V., Menendez A., López L. (2002, junio) El modelo ecológico de Bronfrenbrenner como marco teórico de la psicooncología. (52 párrafos) Anales de psicología. (En red). Disponible en: <http://www.portalpsicologia.org>.

53. Valentin V., Murillo M., Valentin M. (2004) Síntomas al final de la vida. (41 párrafos) Psicooncología. (En red) Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/busquedadoc?db=1&t=psicooncologia&x=10&y=13>
54. Vega M., Juan A., García A., López J., López C., López A., Rivera F., Ramos J. (2004) Aspectos psicológicos de la toxicidad de la quimioterapia. (89 párrafos) Psicooncología. (En red) Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/busquedadoc?db=1&t=psicooncologia&x=10&y=13>
55. Vidal M., López C. (2001, marzo) La depresión en la consulta psicooncologica. (122 párrafos). Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica. (En red). Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/index.jsp>
56. Vinaccia S., Orozco M. (2005, julio-diciembre) Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas (32 párrafos) DIVERSITAS. Perspectivas en psicología. (En red) Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/index.jsp>
57. Yontef G. (2003) Proceso y dialogo en Gestalt: ensayos de terapia. Chile: Cuatro Vientos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Avila J. (2005) Manual de titulación, carrera de Psicología. México: UNAM
2. Rodríguez C. (1987) Persona, familia y trabajo. México: Diana.
3. Salama H., Villarreal R. (1988) El enfoque Gestalt: una psicoterapia humanista. México: Manual Moderno

ANEXOS

ANEXO 1

Temática: ¿Qué queremos hacer juntos?
Subtema: Establecimiento de normas

Técnica grupal: Lluvia de ideas

Recursos:

- Un cuadro de peyón grande (de 2mts x 2mts aprox.)
- Cuadros de peyón chicos (10cm x 10cm aprox)
- Cinta adhesiva
- Plumones

Los asistentes se sentarán formando un círculo, el facilitador les explicará cual es la importancia de que en un grupo existan normas.

A cada uno se le proporcionará un cuadro de peyón pequeño, en el cual tendrán que escribir únicamente una regla, la cual deberá ser para ellos la más importante para que el grupo funcione de manera adecuada.

Conforme cada uno tenga su regla escrita la pegará con cinta adhesiva en el cuadro de peyón grande, no se continuará hasta que todos hayan pegado su cuadro.

Posteriormente el facilitador leerá cada una de las normas propuestas, conforme lo haga los asistentes tendrán que decir si están de acuerdo en que forme parte de las reglas a seguir por todos durante el transcurso del taller. Se terminará la actividad hasta que el grupo esté de acuerdo en las normas establecidas y se comprometa a su cumplimiento.

ANEXO 2

Temática: ¿Qué queremos hacer juntos?
Subtema: Rapport

Técnica grupal: El círculo del contacto

Recursos:

Verbal

Se dividirá el número de integrantes en dos grupos, colocándose en círculos los asistentes del círculo interior (A) quedarán frente a frente con los del círculo exterior (B), quedando frente a frente los participantes de los dos círculos, los participantes del círculo A girarán hacia la izquierda y los participantes del círculo B girarán hacia la derecha.

Los participantes estarán frente a frente y deberán conversar con la persona que tengan enfrente mencionando su nombre, edad, pasatiempos, etc., hasta conversar con todos los integrantes del círculo contrario.

Al concluir de conversar se harán parejas con la última persona que se conversó y se presentarán mutuamente ante el grupo.

ANEXO 3

Temática: “¿Qué queremos hacer juntos?” y “Hasta pronto...”
Subtema: Expectativas y evaluación de expectativas

Técnica grupal: ¿Qué espero del taller?

Recursos:

- Hojas blancas
- Plumas

En la primera sesión, el facilitador preguntará a los asistentes ¿Qué esperan obtener al asistir al taller?, la respuesta la tendrán que escribir en la hoja.

Al finalizar cada uno de los asistentes entregará la hoja al facilitador, la cual tendrá que ser conservada.

No se continuará con la siguiente actividad hasta que todos los integrantes hayan entregado su hoja con la respuesta escrita.

En la sesión 10 se volverá a entregar a los asistentes la hoja que escribieron en la primera sesión. Tendrán que leerla y posteriormente analizaran si el taller cumplió las expectativas que habían escrito.

Señalarán cuales expectativas fueron cubiertas y las que no fueron tendrán que escribir cual creen que fue la causa. Volverán a entregar al facilitador su hoja con las nuevas anotaciones.

Se continuará con la siguiente actividad en esta sesión hasta que todos los integrantes hayan devuelto su hoja con las señalizaciones y anotaciones correspondientes.

ANEXO 4

Temática: ¿Qué queremos hacer juntos?

Subtema: Cuestionario de entrada

Técnica grupal: ¿Cómo me siento?

Recursos:

- Cuestionarios con el formato predeterminado

El facilitador explicara a los asistentes el proposito del cuestionario que se les proporcionara, el cual tendrán que responder con toda sinceridad. Se les pedirá que respondan todas las preguntas sin excepción.

Se continuará con la siguiente actividad hasta que todos los asistentes hayan entregado sus cuestionarios respondidos al facilitador.

Formato cuestionario entrada:

Nombre: _____

Edad: _____

Ocupación: _____

Escolaridad: _____

Lugar de residencia: _____

- ¿Cómo te enteraste del taller?
- ¿Qué fue lo que te motivo a asistir?
- ¿Quién es la persona enferma de cáncer que cuidas?
- ¿Qué tipo de cáncer tiene y desde hace cuanto fue diagnosticado?
- ¿Que tratamientos esta recibiendo y en que hospital esta recibiendo la atención?
- ¿Qué significa para ti cuidador primario?

- ¿Qué actividades llevas acabo para apoyar a tu familiar?
- ¿Qué habilidades crees tener para afrontar la enfermedad y para cuidar a la persona que cuidas?
- ¿Qué cambios has vivido a partir del diagnostico hasta este momento?
- ¿Con qué apoyos cuentas para afrontar los cambios que has vivido?
- ¿Qué emociones has tenido a partir de que comenzó el tratamiento oncológico?
- ¿Cómo te sientes emocional y físicamente en este momento?
- ¿Qué has intentado para mejorar tu estado anímico y físico?
- ¿Te es fácil expresar tus emociones? ¿Por qué?
- ¿Qué emoción te es más fácil expresar?
- ¿Cómo era la relación con la persona que cuidas antes del diagnostico?
- ¿Ha cambiado esta relación? Si es así ¿en que consistieron los cambios?
- ¿Has asistido a otro taller o platica semejante a este? SI NO
¿Qué temática manejaba?
¿De que te ha servido?

GRACIAS

ANEXO 7

Temática: "Conociéndome"
Subtema: Auto descubrimiento

Técnica grupal: ¿Quién soy?

Recursos:

- Verbal

Los asistentes tendrán que sentarse en una posición cómoda, con los ojos cerrados, pies sin cruzar y manos sobre las piernas. Se les pedirá que comiencen a concentrarse en su respiración, se dará tiempo a que lleven a cabo 5 respiraciones aproximadamente, para después decirles que se concentren únicamente en la voz del facilitador.

Se les indicará que comiencen a imaginar su cuerpo, se les comenzará a guiar que imaginen cada segmento de su cuerpo desde los pies hasta la cabeza. Tendrán que crear una imagen detallada de ellos mismos, como si estuviesen creando una escultura.

Al terminar de crear la imagen de acuerdo a las instrucciones del facilitador, se les pedirá que guarden esa imagen en su memoria.

De nuevo se les pedirá que se concentren en su respiración, llevarán a cabo 5 respiraciones, el facilitador les irá pidiendo que ubiquen el lugar en el que se encuentran, y lentamente y cada quien a su propio ritmo abra sus ojos.

Se terminará la actividad cuando todos los asistentes se encuentren con los ojos abiertos.

ANEXO 8

Temática: “Conociéndome”

Subtema: Auto análisis

Técnica grupal: ¿Me gusta como soy?

Recursos:

- Hojas blancas
- Lápices
- Lápices de colores

Se les pedirá a los asistentes que dibujen la imagen que construyeron en la actividad anterior (ver anexo 8), en la hoja que se les proporcionara. Es importante que no exista mucho tiempo entre una actividad y otra para evitar que los asistentes olviden lo que llevaron acabo.

Después de que dibujen la imagen de ellos mismos, tendrán que escribir en el orden que ellos deseen en la hoja las cualidades y defectos que ellos crean tener.

Se terminará la actividad cuando todos los asistentes hayan dibujado y escrito lo solicitado por el facilitador.

En la sesión 10 se les proporcionará de nuevo la hoja de esta actividad, y se les pedirá que la lean y reflexionen sobre lo que esta escrito en ella. Posteriormente se les indicará que completen la hoja con cualidades nuevas que hayan descubierto a lo largo del taller.

ANEXO 9

Subtema: Compartiendo

Técnica grupal: ¿Puedo compartir?

Recursos:

- Verbal

El facilitador les pedirá a los asistentes que compartan su experiencia de las actividades llevadas a cabo en la sesión correspondiente, principalmente expresarán las emociones que surgieron en el cuando la realizaban.

De la sesión 2 a la 6 los asistentes formarán una pareja para trabajar, será una persona que ellos escojan pero que ambos estén de acuerdo en trabajar.

En la sesión 7 y 8 formaran varios grupos de manera equitativa en cuanto al número de asistentes total.

Y en la sesión 9 los asistentes formarán un circulo y compartirán con todo el grupo cual fue su experiencia con respecto a las actividades correspondientes a la sesión.

La actividad se dará por concluida cuando cada uno de los asistentes hayan expresado su experiencia.

ANEXO 10

Temática: “Dentro de la tristeza puede surgir un poco de alegría”
Subtema: Los sentimientos

Técnica grupal: ¿Qué sentimientos guardo?

Recursos:

- Verbal

Se les pedirá a los asistentes que cierren sus ojos, que imaginen su cuerpo como si fuera un contenedor, donde se van colocando todos los días cosas y se van extrayendo también. Se les pedirá que identifiquen que sentimientos están contenidos en su cuerpo, principalmente que ubiquen aquellos que ocupan mayor atención. Se dejará unos minutos para que lleven acabo la anterior instrucción, y posteriormente se les dirá que abran sus ojos lentamente. Se terminará la actividad cuando todos los asistentes tengan los ojos abiertos.

ANEXO 11

Temática: "Dentro de la tristeza puede surgir un poco de alegría"

Subtema: Expresión de tristeza

Técnica grupal: Un sentimiento guardado llamado tristeza

Recursos:

- Música para tristeza

Los asistentes tendrán que sentarse en una posición cómoda, con los ojos cerrados, pies sin cruzar y manos sobre las piernas. El facilitador les pedirá que sigan las instrucciones que va a ir proporcionándoles.

Les indicará que comiencen a darse cuenta que postura corporal tienen, si hay la presencia de un olor y sensación, cuales son los sonidos que se escuchan desde los cercanos hasta el mas lejano. Iniciaré la música desde un nivel bajo hasta un nivel medio, donde se alcance a escuchar desde cualquier parte del espacio donde se realiza la actividad, pero sin distorsionarse el sonido.

Se les indicará que concentren su atención en la música que esta presente, que se permitan sentir las sensaciones que pueden emerger al escucharla y ubiquen si está presente en una parte de su cuerpo. El facilitador dejará de dar instrucciones, solo podrá decir hasta que el lo considere correcto, que intensifiquen la emoción que están experimentando.

Antes de terminar la melodía, el facilitador les indicará a los asistentes que la música esta por concluir, y de manera lenta el volumen ira bajando hasta que la melodía finalice.

El facilitador dará la indicación de que poco a poco vayan dándose cuenta de que postura corporal tienen, si hay la presencia de un olor y sensación, cuales son los sonidos que se escuchan desde los cercanos hasta el mas lejano, y les dirá que lentamente y cada quien a su ritmo abrirán sus ojos.

Se pasará a la siguiente actividad hasta que todos los asistentes tengan abiertos los ojos y se encuentren atentos de nuevo.

ANEXO 12

Temática: “Dentro de la tristeza puede surgir un poco de alegría”

Subtema: Expresión de alegría

Técnica grupal: Tomando un poco de alegría

Recursos:

- Música para alegría

El facilitador finalizando la actividad anterior (ver anexo 12) les pedirá a los asistentes que se pongan de pie en el lugar donde se encuentran y que sigan la instrucciones. Comenzará a escucharse la música a un tono fuerte sin que se distorsione el sonido y se escuchen las instrucciones.

Se les pedirá que comiencen a caminar libremente, posteriormente que comiencen a marcar el ritmo de la música con sus pies y posteriormente con todo el cuerpo. Después que se les indicaran que se permitan liberar su cuerpo por medio del movimiento corporal y la emisión de un sonido como al risa, acompañados de la música. Posteriormente se les pedirá que comiencen a caminar más rápido y que se den la oportunidad de compartir esa sensación de libertad corporal junto con sus compañeros, que se permitan jugar y reír.

Se finalizará la actividad cuando el facilitador observe que los asistentes han llevado acabo la última instrucción.

ANEXO 13

Temática: "Rompiendo los miedos"

Subtema: Descubriendo los miedos

Técnica grupal: Una carga llamada miedo

Recursos:

- Hojas blancas
- Plumas

Los asistentes tendrán que sentarse en una posición cómoda, con los ojos cerrados, pies sin cruzar y manos sobre las piernas. Se les pedirá que comiencen a concentrarse en su respiración, se dará tiempo a que lleven acabo 5 respiraciones aproximadamente, para después decirles que se concentren únicamente en la voz del facilitador.

Se les indicará que comiencen a imaginar que se encuentran frente a una puerta, tendrán que acercarse y abrirla, entraran a una habitación. En la habitación hay una mesa y sobre de ella una hoja junto con una pluma. Se les indicará que esa habitación es un lugar seguro, donde nadie ni nada puede hacerles daño.

Se les pedirá que observen con atención esa habitación, ya que en las paredes se encuentran escritos sus miedos. Tendrán que acercarse a las paredes e intentar leer lo que esta escrito.

Después se les pedirá que comiencen a copiar en la hoja que esta sobre esa mesa lo que leyeron. Terminando de escribir se acercaran de nuevo a la puerta y saldrán de la habitación llevándose junto con ellos la hoja. Esa puerta los traerá de nuevo al lugar donde se encuentra realizando el taller.

De nuevo se les pedirá que se concentren en su respiración, llevaran acabo 5 respiraciones, el facilitador les ira pidiendo que ubiquen el lugar en el que se encuentran, y lentamente y cada quien a su propio ritmo abra sus ojos.

Se terminará la actividad cuando todos los asistentes se encuentren con los ojos abiertos.

ANEXO 14

Temática: "Rompiendo los miedos"

Subtema: Enfrentando el miedo

Técnica grupal: Afrontando mis miedos

Recursos:

- Hojas de la actividad anterior
- Material extra

Se les pedirá a los asistentes que intenten escribir de nuevo los miedos en forma de lista, que encontraron en la actividad anterior (Ver anexo 14), en la hoja que se les proporcionará. Es importante que no exista mucho tiempo entre una actividad y otra para evitar que los asistentes olviden lo que llevaron a cabo.

Cuando todos los asistentes hayan terminado de escribir en sus hojas, se les pedirá que elijan que aspecto de la lista es el que en estos momentos les perturbe más. Posteriormente tendrán que levantarse de sus asientos y buscar una persona, preferentemente con la que no hayan trabajado anteriormente, con la que buscarán enfrentar de manera simbólica ese miedo que escogieron. Podrán hacerlo empleando la imaginación o de manera real, siempre y cuando la integridad física de los asistentes no se ponga en riesgo.

Se terminará la actividad cuando todos los participantes hayan terminado de llevar a cabo la última instrucción.

ANEXO 15

Temática: "Rompiendo los miedos"

Subtema: Relajación

Técnica grupal: Liberando el cuerpo

Recursos:

- Verbal

Los asistentes tendrán que sentarse o recostarse en una posición cómoda, con los ojos cerrados, pies sin cruzar y manos sobre las piernas. Se les pedirá que comiencen a concentrarse en su respiración, se dará tiempo a que lleven a cabo 5 respiraciones aproximadamente, para después decirles que se concentren únicamente en la voz del facilitador.

Se les indicará que comiencen a imaginar su cuerpo, se les comenzará a guiar que imaginen cada segmento de su cuerpo desde los pies hasta la cabeza. Con cada segmento de su cuerpo se les dará la instrucción de que tendrán que ir relajando cada músculo de esa parte de su cuerpo, y que conforme vaya avanzando la actividad ellos se sentirán "cada vez más y más relajados".

El orden será de partes del cuerpo que se vayan indicando será de abajo hacia arriba, cubriendo todo el cuerpo y empezando de los pies hasta terminar con la frente.

De nuevo se les pedirá que se concentren en su respiración, llevarán a cabo 5 respiraciones, el facilitador les irá pidiendo que ubiquen el lugar en el que se encuentran, y lentamente y cada quien a su propio ritmo abra sus ojos.

Se terminará la actividad cuando todos los asistentes se encuentren con los ojos abiertos.

ANEXO 16

Temática: “Desvaneciendo mis enojos”

Subtema: Expresión de enojo

Técnica grupal: Una carga llamada enojo

Recursos:

- Música
- Cojín

Se les pedirá a los asistentes que elijan una pareja con la cual trabajar, de preferencia una persona con la que no hayan trabajado. Tendrán que ser parejas de con miembros de físico proporcionado al de su pareja, en cuanto a altura. Se sentarán junto con la persona que eligieron, en una posición cómoda, con los ojos abiertos, pies sin cruzar y manos sobre las piernas. El facilitador les pedirá que sigan las instrucciones que va a ir proporcionándoles.

Les indicará que comiencen a darse cuenta que postura corporal tienen, si hay la presencia de un olor y sensación, cuales son los sonidos que se escuchan desde los cercanos hasta el mas lejano. Iniciará la música desde un nivel bajo hasta un nivel medio, donde se alcance a escuchar desde cualquier parte del espacio donde se realiza la actividad, pero sin distorsionarse el sonido.

Se les indicará que concentren su atención en la música que está presente, que se permitan sentir las sensaciones que pueden emerger al escucharla. Posteriormente se les pedirá que se levanten de su lugar, uno de los miembros se colocara detrás de otro con un cojín en sus manos. El miembro que está al frente colocara sus manos dobladas y comenzara a buscar golpear con sus codos el cojín que sostiene su compañero que esta a sus espaldas. El compañero que está detrás tendrá que buscar que el otro miembro solo roce con sus codos el cojín, nunca tendrá que tocarlo con profundidad, y buscara cuidar en todo momento la seguridad de ambos. La actividad se repetirá intercambiando lugares, cuando el primer miembro termine.

Cuando ambos hayan llevado acabo la actividad, tendrán que sentarse de nuevo.

Antes de terminar la melodía, el facilitador les indicara a los asistentes que la música esta por concluir, y de manera lenta el volumen ira bajando hasta que la melodía finalice. Junto con el descenso de volumen de la música, se les indicará a los asistentes que respiren lentamente, concentrándose únicamente en ello.

El facilitador dará la indicación de que poco a poco vayan dándose cuenta de que postura corporal tienen, si hay la presencia de un olor y sensación, cuales son los sonidos que se escuchan desde los cercanos hasta el más lejano.

Se pasará a la siguiente actividad hasta la música haya concluido y todos los asistentes se encuentren atentos de nuevo.

ANEXO 17

Temática: “Desvaneciendo mis enojos”

Subtema: Tranquilidad

Técnica grupal: Tomando un poco de tranquilidad de la tierra

Recursos:

- Espacio al aire libre y limpio

Después de la actividad anterior (ver sesión 17) es importante que los asistentes logren descargar la tensión corporal que puedan conservar. Para ello se les pedirá que caminen en un espacio al aire libre, si es posible con los pies descalzos. Se les indicará que caminen primero en círculo siguiendo el ritmo que el grupo vaya indicando. Cuando el ritmo sea uniforme y lento, el facilitador indicará al grupo que comience a caminar libremente y que comience a mover su cuerpo, cada uno de sus miembros de manera que al hacerlo sienta como los músculos se extienden y liberan de las contracciones, principalmente sus brazos.

La actividad finalizará cuando el facilitador observe que todos los integrantes se encuentren caminando lentamente y que su postura corporal no sea rígida.

ANEXO 18

Temática: "Amando y compartiendo"

Subtema: Análisis de sesiones anteriores

Técnica grupal: El costal de las emociones

Recursos:

- Verbal

Se les pedirá a los asistentes que formen grupos de manera equitativa al número de integrantes del grupo, de preferencia que los integrantes sean diferentes a los que han trabajado anteriormente.

En cada grupo todos los integrantes tendrán que comentar cual han sido sus experiencias hasta ese momento, principalmente como se siente con respecto al inicio del taller en cuanto a sus emociones.

Se terminará la actividad cuando todos los integrantes hayan compartido sus experiencias con los demás.

ANEXO 19

Temática: "Amando y compartiendo"
Subtema: Expresión de afecto

Técnica grupal: Llenando el costal de amor

Recursos:

- Corporal

Se les pedirá a los asistentes que se levanten y formen un círculo, tendrán que observar a todos sus compañeros. Después se les indicará la importancia de demostrar afecto y se les pedirá que demuestren el afecto que sienten hacia algún miembro del grupo de manera no verbal. Se les recalcara que deberán hacerlo de manera respetuosa.

Se dará por terminada la actividad cuando todos los asistentes estén sentados de nuevo en sus lugares, después de haber realizado la última instrucción.

ANEXO 20

Temática: “Ingreso un nuevo integrante en mi familia... su nombre es cáncer”
Subtema: Significado de cuidador y cáncer

Técnica grupal: ¿Qué es para mí...?

Recursos:

- Hojas blancas
- Plumas

Se les proporcionará a los asistentes una hoja en blanco y se les pedirá que escriban en ella lo que significa el cáncer para ellos en estos momentos. Después se les pedirá que escriban cual es el significado para ellos de cuidador. También tendrán que escribir cuales son las actividades que ellos realizan como cuidadores primarios y las responsabilidades nuevas que han adquirido desde que se convirtieron en cuidadores del enfermo oncológico.

Se dará por terminada la actividad cuando todos los asistentes hayan escrito lo indicado anteriormente.

ANEXO 21

Temática: "Ingreso un nuevo integrante en mi familia... su nombre es cáncer"

Subtema: Cambios en la vida personal

Técnica grupal: Compartiendo mi vida con el cáncer

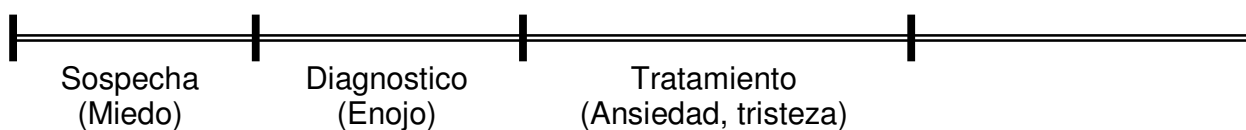
Recursos:

- Hojas blancas
- Plumas

Se les proporcionará a los asistentes una hoja en blanco y se les pedirá que dibujen en ella una línea recta horizontal. La cual dividirán con marcas, en las cuales irán indicando con palabras clave, cuales han sido los momentos más difíciles desde que el cáncer formo parte de sus vidas. Se les pedirá que conforme vayan colocando cada marca también piensen que cambios en sus vidas se suscitaron, principalmente emocionales.

Se dará por concluida la actividad cuando todos los integrantes hayan concluido de dibujar y escribir lo indicado.

Ejemplo:



ANEXO 22

Temática: "Puedo valorar la presencia del cáncer en mi vida"

Subtema: Los logros

Técnica grupal: ¿Puedo encontrar algo valioso de mi experiencia oncológica?

Recursos:

- Hojas blancas
- Plumas

Se les proporcionará a los asistentes una hoja en blanco y se les pedirá que escriban una lista de logros que creen haber obtenido hasta ese momento en su experiencia con el cáncer. Se les indicara que busquen ser lo mas analíticos posibles.

Se dará por concluida la actividad cuando los asistentes hayan escrito al menos 5 logros en la hoja proporcionada.

ANEXO 23

Temática: "Puedo valorar la presencia del cáncer en mi vida"

Subtema: Valorando

Técnica grupal: Lo difícil implica un cierto valor

Recursos:

- Hojas blancas
- Plumas

Se les proporcionará a los asistentes una hoja en blanco, en ella tendrán que escribir una historia donde relaten si ha cambiado de alguna manera la forma en como viven, principalmente si en algo ha cambiado aspectos de su vida en relación a como los valoran actualmente, ya sean personas, cosas, etc.

Se dará por concluida la actividad cuando todos los asistentes hayan terminado de escribir su relato.

ANEXO 24

Temática: “¿Qué necesito ahora?”

Subtema: Identificación y análisis de necesidades

Técnica grupal: ¿Necesito algo...?

Recursos:

- Hojas blancas
- Plumas

Se les proporcionará a los asistentes una hoja en blanco y se les pedirá que escriban en las necesidades que creen tener en diferentes aspectos de su vida en este momento, pero principalmente aquellas que surgieron a raíz de la enfermedad oncológica. Se les indicará que estos aspectos pueden ser familiares, laborales, económicos, sociales, de salud, etc. Pero se les dirá que el aspecto más importante es en relación a ellos mismos, como necesidades afectivas.

Se dará por concluida la actividad cuando todos los integrantes al menos hayan escrito 15 necesidades.

ANEXO 25

Temática: “¿Hasta pronto?”
Subtema: Recibiendo elogios

Técnica grupal: La flor de los elogios

Recursos:

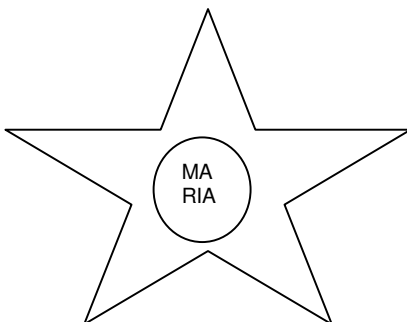
- Flores de papel de colores
- Plumas

Se les proporcionará a los asistentes unas hojas con forma de flor, las cuales tendrán el número de pétalos correspondiente al número de integrantes del grupo. Se les indicara que anoten en el centro de la flor su nombre, cuando todos los integrantes lo hayan hecho tendrán que pasar su hoja al compañero del lado derecho. En la hoja de su compañero escribirán únicamente en un pétalo un elogio o cualidad que hayan visto en el, al terminar de escribir doblaran únicamente el pétalo donde escribieron y pasaran la hoja al compañero que este a su derecha. Se continuará de la misma manera hasta que cada hoja llegue a la persona que corresponda según el nombre escrito.

Cuando todos los integrantes tengan su hoja, abrirán los pétalos uno por uno, y los leerán.

Se dará por finalizada la actividad cuando todos los integrantes hayan abierto todos los pétalos de las flores y los hayan leído.

Ejemplo de formato de hoja:



ANEXO 26

Temática: "Hasta pronto..."
Subtema: Cuestionario de salida

Técnica grupal: ¿Cómo me siento?

Recursos:

- Cuestionarios con el formato predeterminado

El facilitador explicara a los asistentes el proposito del cuestionario que se les proporcionara, el cual tendrán que responder con toda sinceridad. Se les pedirá que respondan todas las preguntas sin excepción.

Se continuara con la siguiente actividad hasta que todos los asistentes hayan entregado sus cuestionarios respondidos al facilitador.

Formato cuestionario de salida:

Nombre: _____

Edad: _____

Ocupación: _____

Lugar de residencia: _____

- ¿Que tratamientos esta recibiendo actualmente el enfermo oncológico que cuidas y en que hospital esta recibiendo la atención?
- ¿Qué significa para ti cuidador primario?
- ¿Qué actividades llevas acabo para apoyar a tu familiar?
- ¿Qué habilidades crees tener para afrontar la enfermedad y para cuidar a la persona que cuidas?

- ¿Qué cambios has vivido a partir del diagnóstico hasta este momento?
- ¿Con qué apoyos cuentas para afrontar los cambios que has vivido?
- ¿Qué emociones has tenido a partir de que comenzó el tratamiento oncológico?
- ¿Cómo te sientes emocional y físicamente en este momento?
- ¿Qué has intentado para mejorar tu estado anímico y físico?
- ¿Te es fácil expresar tus emociones? ¿Por qué?
- ¿Qué emoción te es más fácil expresar?
- ¿Cómo era la relación con la persona que cuidas antes del diagnóstico?
- ¿Ha cambiado esta relación? Si es así ¿en qué consistieron los cambios?
- ¿Qué obtuviste de este taller?
- ¿Crees volver a reunirte con alguno de los integrantes del grupo? ¿Por qué?
- ¿Qué te pareció este taller?
- ¿Asistirías a otro? SI NO
¿Por qué?

GRACIAS