



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES

“ESPECIALIZACIÓN EN PSICOONCOLOGÍA”

TRABAJO INTEGRATIVO FINAL

**Abordaje PsicoOncológico en
Cuidados Paliativos: Asistencia Emocional al
Adulto Mayor y su Familia
Caso Ángelo**

¿Qué características adquiere el abordaje psicooncológico de un adulto mayor y su familia en cuidados paliativos?

AUTOR: Lic. Hugo Nelson Barbieri

TUTORA DISCIPLINAR DE CONTENIDOS: Lic. Graciela Cuello

TUTORA ORIENTADOR METODOLÓGICO: Lic. Esp. Carina Ponce

DIRECTORA: Dra. María Bosnic

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Noviembre, 2014

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	p. 1
CAPÍTULO 1: MARCO TEÓRICO	
1. CUIDADOS PALIATIVOS	
1.1 Cuidados Paliativos, un Soporte Integral para el Paciente y su Familia...	p. 5
2. CUIDADOS PALIATIVOS EN EL ADULTO MAYOR	
2.2 Aspectos Psicosociales del Adulto Mayor.....	p. 8
2.3 Cuidados Paliativos en la Tercera Edad.....	p.10
3. ASISTENCIA EMOCIONAL AL ADULTO MAYOR Y SU FAMILIA	
3.1. Abordaje PsicoOncológico del Adulto Mayor en Cuidados Paliativos....	p. 14
3.2 La Familia como Paciente.....	p. 16
3.3 El Duelo Familiar.....	p. 20
CAPÍTULO 2: ASPECTOS METODOLÓGICOS DEL ESTUDIO DE CASO	
2.1 Planteo del Problema.....	p. 23
2.2 Objetivos Generales.....	p. 24
2.3 Objetivos Específicos.....	p. 24
2.4 Tipo de Trabajo y Unidad de Análisis.....	p. 24
CAPÍTULO 3: PRESENTACIÓN DEL CASO ÁNGELO	p. 26
CAPÍTULO 4: RELATO DEL CASO ÁNGELO	p. 29
CAPÍTULO 5: ANÁLISIS DEL CASO ÁNGELO	p. 35
CONCLUSIONES GENERALES	p. 41
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	p. 46

INTRODUCCIÓN

*Antes de la vejez, procuré vivir bien;
en la vejez procuro un morir bien.*

Séneca

El presente trabajo es requisito para la acreditación de la Especialización en PsicoOncología que se dicta en la Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (UCES); y lleva como título: *“Abordaje PsicoOncológico en Cuidados Paliativos: Asistencia Emocional a un Adulto Mayor y su Familia. Caso Ángelo”*.

Tal como este título lo anticipa se desarrolla el tema del abordaje psicooncológico de un paciente de la tercera edad, que atraviesa la etapa terminal de su enfermedad oncológica, así como también la asistencia psicoterapéutica de su familia. Con este fin se describe y analiza la situación de Ángelo, paciente de 83 años de edad, viudo, con dos hijos: Carlos y Néstor.

Concretamente Ángelo recibe, tras varios estudios, el diagnóstico de cáncer rectal con compromiso ganglionar y hepático, estadio IV. Se advierte que al estar tan diseminado y sumado a la edad avanzada del paciente, estas son condiciones que colaboran en la complicación del cuadro clínico. Así es que se procede de inmediato al tratamiento con quimioterapia y radioterapia.

Además, Ángelo presenta déficits cognitivos e hipertensión, por lo cual, tanto esta situación como su pronóstico son en gran medida determinantes de la indicación de tratamiento paliativo, procedimiento atenuante y favorecedor, en razón del gran alivio que procura a su sintomatología.

Por otra parte, cabe aclarar que es derivado a tratamiento psicooncológico por problemas de resolución familiar ante la inminencia de su muerte.

Carlos es su cuidador principal, quien en determinado momento presenta síntomas de distrés, por la excesiva carga que le implica atender y acompañar a su padre, en esta instancia decisiva para su vida. Incluso manifiesta alteraciones emocionales debido a la anticipación de la pérdida.

Más adelante, al momento del relato del caso, se describe y destaca la labor interdisciplinaria y conjunta de los diferentes actores que acompañan al paciente en la búsqueda de una mejor calidad de vida, en su último tramo de

existencia: los profesionales tratantes, entre ellos el psicooncólogo, y también su familia.

Los adultos mayores constituyen una parte importante de la población que, además, va incrementándose con el transcurso del tiempo, como también las enfermedades que padecen, entre ellas el cáncer y los trastornos psicológicos que también son habituales en este tipo de cuadro patológico. Los síntomas que generan tales enfermedades merman la calidad de vida de estos pacientes, por ello se hace necesaria la implementación de técnicas de abordaje psicooncológico con el fin de optimizar su tránsito de vida llevando a un mejor estar y un mejor morir y, asimismo, posibilitar el apoyo a los seres queridos que acompañarán al paciente.

En el momento de asistir a adultos mayores con enfermedad terminal es necesario promover habilidades de afrontamiento que tanto el paciente como sus familiares han empleado en otros momentos de crisis en el pasado, y que han resultado eficaces para superar la situación. Asimismo, hay que suministrar el soporte anímico necesario para fortalecer las redes sociales secundarias del paciente que, en su etapa de vejez, de ordinario se hayan restringidas. Aunado a ello, al paciente se le debe otorgar la impresión de autocontrol de su propia situación y lograr que se sienta incluido y partícipe de las medidas significativas que obrarán para su vida, así como también es primordial tener en cuenta sus peticiones y deseos. (Alonso y Kiendl, 2003).

Se entiende así que la disposición y el atributo de la vida, momento en que se comprende que nada puede lograrse para revertir la inevitabilidad de la muerte, torna necesario promover la asistencia que atenúe el sufrimiento y el encarnizamiento terapéutico, otorgando un mejor estar, tanto al paciente como a los seres queridos que velan por su salud. Por esta razón el lugar físico donde se dé la expiración resulta de elección vital para el enfermo oncológico, lo mismo que el estar junto a sus objetos, vistas, olores y demás elementos que aporten familiaridad y comodidad, en esta circunstancia tan importante de su vida. A propósito Sastre Moyano (s.f.) expresa:

El objetivo prioritario durante este período es la “atención integral” del paciente para mejorar su calidad de vida y la de su familia, alcanzar una muerte digna y facilitar el proceso de duelo. La calidad de los cuidados y el

lugar de la muerte son dos de los aspectos más importantes para el paciente y su familia. (pág. 377).

La familia es un paciente de segundo orden y objeto de tratamiento en el contexto oncológico, donde las tensiones propias de atender una problemática como esta suelen provocar estrés en el cuidador principal. Es decir que los dolores emocionales y vinculares serán expresión de la tensión reinante en el sistema familiar. No sólo el enfermo sufre sino también su familia, quien se encuentra enfocada en la atención persistente a su problemática, lo cual muchas veces suele generar conflictos debido a la saturación de los esfuerzos en el acompañamiento al ser querido.

Por otra parte, la pérdida de un ser querido por cáncer hace que las familias hagan frente al duelo de distintas maneras. La mayoría de las personas que experimentan aflicción soportan bien la pérdida, siendo capaces de continuar normalmente con sus vidas, aunque les resulte difícil. Sin embargo, otras tienen un proceso dificultoso, y pueden necesitar tratamiento. Expresiones de apatía, negación, ansiedad, humor depresivo, llanto, insomnio, entre otros, son los síntomas esperables del duelo, pudiendo afectar la vida cotidiana.

El duelo es un proceso de transición que estipula la convicción de que la vida termina y que a su vez hay una continuación, un futuro. Esto depara una labor emocional, y también una reorganización familiar de roles, funciones, etc. (Pérez Trenado, s.f.). Se entiende así que se trata de una readaptación familiar ante la ausencia del ser querido, y en determinadas circunstancias, se requerirá del apoyo psicológico necesario en pos de ayudar a la elaboración e integración de la pérdida.

El soporte psicooncológico, ofrecido desde los cuidados paliativos, es una alternativa válida para otorgar una mejor calidad de vida ofreciendo contención y apoyo durante este proceso, y también constituye un soporte emocional en el trabajo de duelo. La enfermedad oncológica supone un desafío a las familias en un momento crítico de sus vidas, que resulta en una oportunidad única para recomponer los vínculos entre sus miembros y salir fortalecidos a partir de enseñanzas y aprendizajes; como también puede resultar un pasaje doloroso, lleno de riesgos y desunión. (Cortés-Funes Urquijo, 2003).

En referencia a las fuentes consultadas se han utilizado libros, páginas web, portales nacionales e internacionales, apuntes de clases presenciales de la Carrera, investigaciones y artículos de revistas científicas, todos referidos al tema abordado y en articulación con los trabajos realizados en el primer y segundo nivel de la Especialización.

A continuación se desarrolla el primer capítulo que constituye el Marco Teórico del trabajo integrador. Allí se explica todo lo concerniente a los cuidados paliativos en adultos mayores con enfermedad oncológica en etapa terminal, que para el caso particular que se analiza en este estudio, se trata de un cáncer rectal. Y además se exponen algunos conceptos teóricos referidos a la familia del paciente oncológico y a las técnicas de abordaje psicooncológicas empleadas.

En el segundo capítulo se describen los Aspectos Metodológicos del Estudio de Caso, donde se plantea el problema, los objetivos, el tipo de trabajo y unidad de análisis.

Con respecto al tercer capítulo, se realiza la Presentación del Caso Ángelo. Allí se efectúa una breve descripción introductoria que se acompaña del genograma correspondiente.

El cuarto capítulo corresponde al Relato del Caso que incluye la descripción de fragmentos de entrevista con el paciente y su familia. Para posteriormente, en el quinto capítulo efectuar el Análisis correspondiente, en el que se articula el marco teórico con la información descriptiva del caso clínico.

Finalmente, en lo relativo a la conclusión, se presentan algunas reflexiones, limitaciones y el punto de vista particular de quien suscribe, en referencia a los puntos más salientes de los capítulos desarrollados. Para luego, en la parte final del escrito, presentar las Referencias Bibliográficas de los autores consultados para el trabajo.

CAPÍTULO 1: MARCO TEÓRICO

1. CUIDADOS PALIATIVOS

1.1 Cuidados Paliativos: Un soporte Integral para el Paciente y su Familia

Desde tiempos antiguos las comunidades otorgan soporte y ayuda a los aquejados de enfermedad y también a los agonizantes. A mediados del siglo pasado han sucedido, en la ciencia médica y en el espacio de salubridad en general, modificaciones significativas como son el desarrollo de las especializaciones, el surgimiento de nuevos tratamientos y una mayor atención en la sanación.

A partir de estos sucesos es que se conforman los Cuidados Paliativos que se erigen como alternativa válida y necesaria para suspender o aminorar el sufrimiento, que lleva a una agonía intolerable. El cáncer causa muchos síntomas y los tratamientos destinados para esta enfermedad pueden también originar efectos adversos o secundarios. Una parte vital de la atención al paciente con cáncer es promover el alivio sintomático y de los efectos adversos, justamente a partir de estos cuidados. Por consiguiente los cuidados paliativos son un tipo de tratamiento que se dirige para aliviar síntomas del paciente, mejorar su calidad de vida y ofrecer apoyo para sus familiares.

Hay que señalar que los cuidados paliativos no sólo se indican para el paciente con enfermedad oncológica terminal sino también para cualquier otra patología que conduzca a similar destino y en cualquiera de sus etapas. Por su parte, Astudillo Alarcón y Salinas Martín (2011) explican que:

Los cuidados paliativos (C. P.) surgieron en la década de los 60' como parte de un movimiento destinado a mejorar la situación de los pacientes con cáncer y se aplican cada vez más desde el mismo momento del diagnóstico junto a tratamientos quirúrgicos, radioterapéuticos, o quimioterapéuticos, y con mayor intensidad en las fases avanzadas y progresivas, por falta de respuesta al tratamiento curativo. (pág. 4).

Según la Real Academia Española (2001) el vocablo *paliativo* deviene del latín *palliatius*, el cual significa: palio, capa, manto. En los cuidados paliativos el punto principal es ofrecer métodos y formas dirigidos a paliar los síntomas

físicos-psicológicos-sociales-espirituales, de forma tal de ayudar al paciente con enfermedad terminal, a fallecer en tranquilidad y armonía, como también a vivir lo más activo posible hasta su partida final.

Freyre (1994) sostiene que a través de los cuidados paliativos se intenta atenuar la dolencia, en vista de la ausencia real de curación y con el fin de suspender el padecimiento agonizante, aportando el máximo confort de vida viable al paciente y ofreciendo apoyo continuo a su familia. Con estos cuidados se trata de evitar un sufrimiento innecesario, el cual podría llegar a ejercerse a través del encarnizamiento terapéutico. A propósito Vivanco Martínez (s.f.) explica que el encarnizamiento consiste en medidas terapéuticas con fines curativos, pero que resultan exageradas y no indicadas para la etapa de la enfermedad que atraviesa el paciente. En definitiva, se trata de invasiones médicas innecesarias que terminan prolongando la agonía de la persona.

En consecuencia, a través de los cuidados paliativos se puede lograr en el enfermo un tiempo de paz, tranquilidad y calma; con acompañamiento familiar, dentro de un contexto conocido y personal; y también con lucidez y soporte medicinal que suspenda o aminore el dolor y el sufrimiento.

De lo anteriormente mencionado se desprende que los componentes básicos de los cuidados paliativos son: control de síntomas, apoyo psico-socio-espiritual y labor en equipo/comunicación (profesionales-familia-paciente).

De este modo, la finalidad de los cuidados paliativos es mejorar la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados a enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento, por medio de la identificación temprana, correcta evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicológicos, sociales y espirituales. Este enfoque no debe limitarse a los últimos días de vida, sino aplicarse progresivamente a medida que avanza la enfermedad (Peralta y Díaz Albo, 2011)

En definitiva estos cuidados ofrecen una mirada interdisciplinaria total, más allá del paciente y de su familia en tanto entidades individuales de asistencia. Una prioridad es avalar, dentro de las posibilidades reales, la autonomía y la calidad de vida del paciente a través de una valoración constante y sensata que garantice la detección y el tratamiento de los diferentes eventos que se presenten, y en el instante justo. Por supuesto pueden implementarse al

paciente, tanto en su hogar como en la institución donde se encuentre internado, y en cualquier fase de la evolución de su enfermedad. Incluso estos cuidados se ofrecen a través de un equipo interdisciplinario que responde a las diversas necesidades del paciente. Entre los profesionales que integran un servicio de cuidados paliativos se cuentan: médico paliativista, enfermera, asistente social, terapeuta ocupacional, psicooncólogo, etc.

Respecto al trabajo psicooncológico mejora la comunicación de contenidos ligados con el proceso de la enfermedad, posibilita que el paciente hable sobre la muerte y exprese sus miedos, e incorpora la asistencia emocional de la familia y el trabajo con el equipo tratante; incluso hasta el momento de la elaboración del duelo. (Cuello, 2013)

2. CUIDADOS PALIATIVOS EN EL ADULTO MAYOR

2.1 Aspectos Psicosociales Del Adulto Mayor

El envejecimiento es un proceso inexorable e irreversible definido por el impacto que el tiempo realiza sobre la biología. Pese a su inevitabilidad el ritmo de estos fenómenos es modificable y está ligado a la autonomía, a la plenitud y a la salud, no obstante, también se asocia, en algunas circunstancias, con la dependencia y la discapacidad.

Las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 viejas o ancianas, y las que sobrepasan los 90 se les denomina grandes viejos o grandes longevos. A toda persona mayor de 60 años se le llama de forma indistinta persona de la tercera edad (Organización Mundial de la Salud, s.f., pág. 2)

En la vida cotidiana se suelen utilizar indistintamente los términos adulto mayor, anciano y tercera edad, sin embargo, en lo que respecta al presente trabajo, se recurre al término adulto mayor por tener este una connotación más favorable y menos prejuiciosa que las demás.

Adulto mayor es aquel individuo que se encuentra en la última etapa de la vida, la que sigue tras la adultez y que antecede al fallecimiento de la persona, porque es precisamente durante esta fase que el cuerpo y las facultades cognitivas de las personas se van deteriorando. (Muchnik, 1984, pág. 12).

La edad es un factor de riesgo para padecer cáncer. Si bien la mayoría de los síntomas de la vejez no están necesariamente relacionados con esta enfermedad, los adultos mayores que no comunican a sus médicos cambios inusuales en su organismo corren riesgo de que no se detecte la enfermedad desde sus inicios.

Los problemas funcionales originados por padecimientos biológicos y enfermedades neurológicas van en aumento con el avance de la senectud, lo cual puede impedir el logro de actividades de la vida cotidiana y el ejercicio de la autonomía. Al respecto Alonso y Kiendl (2003) explican: “los pacientes gerontes suelen presentar limitaciones físicas además de significativas alteraciones psiquiátricas. La incidencia de suicidio, depresión, estados paranoides y trastornos orgánicos se incrementa con la edad”. (pág. 120). Incluso estos trastornos se asocian a enfermedades físicas comunes de la

vejez tales como demencias, acv, parkinson, cáncer, diabetes, artritis, obesidad, entre otras.

En los adultos mayores la comunicación puede presentar problemas no sólo por la prevalencia de alteraciones auditivas, visuales o del lenguaje, sino también porque sus creencias y actitudes son diferentes. Por ejemplo pueden manifestar una desesperada necesidad de ser escuchados aunque presenten dificultades de expresión. Por esta razón, todas aquellas conductas que faciliten la escucha y la empatía constituyen intervenciones útiles para aportar este tipo de consuelo.

Según Romeo (2013) los ancianos presentan diversos temores ante el diagnóstico y el avance de la enfermedad oncológica. Por ejemplo, miedo al dolor severo e incontrolable, a la asfixia, a la dependencia, a sentirse una carga para los familiares, a la desolación, a dejar cosas incompletas y temor a morir solos, entre otros. A esto se suma que el adulto mayor tiende a pensar la muerte como algo cercano y aceptable, en contraposición al joven, debido a las múltiples pérdidas por las que ha pasado a lo largo de su vida.

A propósito de las pérdidas, los duelos particulares que procesan estas personas son por la disminución de la movilidad (debilitamiento muscular, fragilidad ósea, dolor), por el deterioro de las funciones sensorio-perceptivas (audición, visión), por el debilitamiento cognitivo (trastornos amnésicos, disminución de la concentración), por la pérdida de roles (a nivel laboral, familiar y social), por la pérdida de seres significativos (pareja, amigos, hijos, otros seres queridos), por la pérdida de la salud (diagnóstico de neoplasia) y por la dependencia y la pérdida de la autonomía. (Romeo, 2013)

Por último y, en relación a la personalidad, Gómez Ortiz (2003) explican que: "los que tienen una postura activa y participativa envejecen mejor, ya que se interesan por el entorno, por la realidad externa. Por el contrario, los ancianos pasivos, poco participativos y que muestran desinterés por su entorno, envejecen peor, en general. (pág. 76).

Incluso menciona que las características de personalidad pueden variar de acuerdo a la postura que se tenga frente a la vida, sea esta participativa o en

su defecto indiferente y con tendencia al aislamiento, que determina en cierta medida, un buen o mal envejecimiento.

Si bien hay personas a las que el envejecer las puede motivar a buscar nuevas estrategias para mantenerse en forma con diferentes roles y sin perder la posición y el sentido de ser parte del contexto social, existen otras que tienen una actitud sumamente negativa y de protesta, que puede influir en su conducta condicionando su forma de adaptación.

2.2 Cuidados Paliativos en la Tercera Edad

Un argumento que justifica la implementación de los cuidados paliativos es el progresivo aumento de la población añosa con el concomitante incremento de la expectativa de vida. Ahora bien, en los cuidados paliativos el objetivo principal es ofrecer tratamientos tendientes a paliar los síntomas físicos-psicológicos-sociales-espirituales, para facilitar al paciente no sólo el morir en paz sino también el vivir tan activamente como sea posible hasta el momento final. De esto se desprende que uno de sus pilares es el control de síntomas, tanto en adultos mayores como en pacientes jóvenes, aunque se debe recordar que los primeros tienen una menor reserva fisiológica. Por cierto, Romeo (2013) destaca que las reacciones medicamentosas adversas son más frecuentes y comunes en adultos mayores que en pacientes jóvenes, observándose la polifarmacia como un elemento muy común en aquellos casos.

Con respecto al dolor, los adultos mayores tienden a responder de forma diferente, razón por la cual puede ser a menudo mal definido o subdiagnosticado, por lo cual se debe escuchar e indagar con paciencia este aspecto a pesar de las posibles dificultades de comunicación por sordera o problemas del habla que puedan existir.

El dolor crónico en los ancianos se expresa frecuentemente a través de síntomas no sólo de dolor, sino también de infelicidad, agotamiento y cansancio, por lo cual es necesario examinar lo que para ellos significa este síntoma y sus componentes, de lo contrario pueden indicarse tratamientos innecesarios, escasos e ineficientes, complicando aún más su cuadro clínico.

El respeto por la autonomía del paciente es también un tema crucial en la tercera edad. Legalmente una persona no está obligada a aceptar el tratamiento indicado, aun cuando rechazarlo condujera a una muerte anticipada.

Por ello resulta vital dar al adulto mayor y a su familia una completa información, sin la cual no se podría argumentar el principio de autonomía con el objetivo final de preservar la calidad de vida.

El consentimiento informado¹ es requisito indispensable para conducir los tratamientos, pero también puede suceder, con este tipo de pacientes, que no sea tomado en cuenta, como si pertenecer a la tercera edad determinase una insuficiencia e incapacidad para obrar autónomamente. Incluso en determinadas circunstancias son menos escuchados que un niño. Todas estas situaciones finalmente generan en los equipos de profesionales problemas que perturban las decisiones en salud.

El riesgo de obstinación y su consecuencia, el abandono terapéutico, puede manifestarse en un momento u otro del cuidado de una persona en edad avanzada. Es a menudo no tomado en cuenta el consentimiento, como si la edad avanzada siempre incluyese un límite en la capacidad personal. (Gastrón, 2001, pág. 160).

La familia del adulto mayor es otro aspecto primordial a tratar; según Romeo (2013) en un anciano psíquicamente sano, el diagnóstico y el tratamiento oncológico produce un desequilibrio familiar que necesita de un reajuste de roles. De esto se desprende que una situación de crisis familiar en la vida cotidiana, trae aparejado cambios en todo el grupo familiar.

También hay que señalar que cuando en la familia uno de sus miembros presenta una enfermedad con evolución hacia la terminalidad pueden manifestarse sentimientos de angustia, ansiedad, culpa, desesperación, incredulidad, confusión, etc. Es decir que si bien la muerte de personas en

¹ Fernández-Cañadas, Gómez, Landete y López-Andújar (s.f.) entienden por consentimiento informado, la conformidad expresa del paciente, manifestada por escrito, previa la obtención de la información adecuada con tiempo suficiente, claramente comprensible para él, ante una intervención quirúrgica, procedimiento diagnóstico o terapéutico invasivo y en general siempre que se lleven a cabo procedimientos que conlleven riesgos relevantes para la salud. (pág. 10).

edad avanzada es esperable, la repercusión en la familia no deja de ser significativa:

El avance de la enfermedad va produciendo cambios: dolores varios, amputación de una parte del cuerpo, discapacitación en ciertas áreas de funcionamiento (trabajo, vida sexual, autonomía, etc.). Los familiares y el propio paciente deben realizar el duelo de la irreversibilidad de la situación. (Alizade, 1996, pág. 55).

Respecto al concepto de enfermedad terminal la Organización Mundial de la Salud (2013) publica la siguiente definición:

Enfermedad terminal es aquella que no tiene tratamiento específico curativo o con capacidad para retrasar la evolución, y que por ello conlleva a la muerte en un tiempo variable (generalmente inferior a seis meses); es progresiva; provoca síntomas intensos, multifactoriales, cambiantes y conlleva un gran sufrimiento (físico, psicológico) en la familia y el paciente (pág. 6).

Esta dolorosa circunstancia enfrenta a la familia a una situación que no puede ser revertida y que le exige transformaciones en las que se ponen en juego estructuras y modalidades previas. Además de procesar este hecho traumático, la familia debe seguir con la continuidad vital y el cuidado de todos sus miembros.

Es evidente que el padecimiento de una enfermedad en la fase final de la vida por algún miembro de la familia supone una fuente de estrés importante, ya que suele implicar tanto alteraciones emocionales como funcionales. Se establece un reto de adaptación a una situación cambiante y muy aversiva. (Arranz, Barbero, Barreto y Bayés, 2003, pág. 91).

Por otra parte, el adulto mayor oncológico presenta cambios psicológicos usuales (depresión, déficit sensorial-memoria-atención-concentración-otros) que pueden obstaculizar el tratamiento indicado. Incluso el contexto social y familiar puede ser desfavorable. Pueden influir la polifarmacia, los problemas metabólicos y de excreción, que llevan a una mayor toxicidad de las drogas antitumorales; y respecto al desarrollo y propagación del tumor, puede ser más lenta su evolución y estar disimulada por la comorbilidad y la abundante medicación que recibe. Por ello es pertinente la realización de una evaluación integral y global en las áreas mental, funcional, cognitiva y socio-económica. (Franco, Suárez y García, s. f.).

En relación a este tema Ferrell y Ferrell (s.f.) sostienen que: “los adultos mayores tienen un porcentaje mayor de enfermedades psiquiátricas, estrés de conducta y problemas de adaptación que los adultos jóvenes. La incidencia de suicidio, depresión y estados paranoides y de enfermedad orgánica cerebral aumenta con la edad.” (p. 2).

3. ASISTENCIA EMOCIONAL AL ADULTO MAYOR Y SU FAMILIA

3.1 Abordaje PsicoOncológico del Adulto Mayor en Cuidados Paliativos

Los adultos mayores son una parte importante de la población que va incrementándose con el transcurso del tiempo, como también las enfermedades que padecen, entre ellas el cáncer y los trastornos psicológicos que les son habituales. Los síntomas que generan tales enfermedades merman la calidad de vida de estas personas, circunstancia que hace necesaria la implementación de técnicas de abordaje psicooncológico con el fin de optimizar su tránsito de vida llevando a un mejor estar y un mejor morir.

Desde el tratamiento psicooncológico se intenta aliviar el dolor, por ejemplo con el uso de técnicas de relajación, promover a que esté acompañado por sus seres queridos, motivar a que esté activo, en la medida que sea posible, a que pueda expresar sus deseos finales, y a favorecer a la resolución de problemas del pasado.

Muchos enfermos dicen que quisieran amar plenamente antes de morir; muchos reconocen que esta enfermedad les hace tomar conciencia de lo que es esencial en la vida: el amor, la generosidad, la ternura, la aceptación del prójimo. (Hennezel, 1994, p. 106).

Por esta razón la psicoterapia en cuidados paliativos debe cumplir varios objetivos que, según lo menciona Cuello (2013), deben radicar en la presencia y el no abandono. Es decir, hacer un seguimiento del paciente durante todo el proceso de evolución de la enfermedad hasta su defunción. También dar apoyo y, por último, alcanzar algo más ambicioso como es el resignificar la vida y dar un sentido de trascendencia.

En relación a los cuidados paliativos ofrecidos a adultos mayores Romeo (2013) propone los siguientes objetivos en el tratamiento de estos pacientes:

- Comprender, analizar, reflexionar y aceptar los acontecimientos que lo aquejan.
- Esclarecer conflictos o malos entendidos en sus relaciones vinculares.
- Compartir las tristezas (lágrimas y el dolor por lo perdido).
- Aceptar las equivocaciones y perdonar las heridas.

- Interesarse por su vida pasada, por los eventos más importantes y recalcar todo lo bueno que ha hecho, como también enfatizar los intentos que ha realizado para conseguirlo.
- Permitir las expresiones de afecto y contacto humano.
- Favorecer al planteo de interrogantes sobre el dolor, la muerte y el sentido de la vida.
- Indagar acerca de los sentimientos respecto a la situación que está experimentando.
- Reconocer preocupaciones relacionadas con síntomas molestos y trabajar para aliviarlos y/o resolverlos.

Por otra parte, el factor tiempo es una variable fundamental en el abordaje de estos pacientes, por consiguiente el terapeuta debe tener presente que cada encuentro puede ser el último. La apertura, la flexibilidad y la empatía del profesional con la situación resultan esenciales, sumado al aliento y al auxilio que se le pueda ofrecer tanto al paciente como a su familia.

A la hora de intervenir con pacientes ancianos en situación terminal, resulta útil fomentar las estrategias de afrontamiento que el enfermo y la familia han utilizado en situaciones difíciles anteriores con éxito. También hay que facilitar el apoyo emocional, reforzando las relaciones sociales del paciente, que, en el caso de los ancianos, muchas veces se encuentran limitadas. Asimismo, se debe dotar al paciente de sensación de control de su propio estado y hacerle partícipe en las decisiones importantes, así como atender sus demandas y necesidades. (Alonso y Kiendl, 2003, pág. 122).

Desde el punto de vista social hay que instar a sus seres queridos a fortalecer la valía que tienen ayudando a promover ocasiones de acercamiento mutuo, si así lo desean. También es importante indagar sus miedos, ya que estos promueven malestar y ansiedades por la falta de resolución y, eventualmente, pueden ocasionar una tendencia al aislamiento. En palabras de Montigny (1994): “el psicólogo facilita la ex(presión) del dolor psíquico explorando los sentimientos del paciente en su experiencia de confrontación con la enfermedad y de la preparación para la muerte inminente”. (p. 125).

Un hecho cargado de importancia es el referido al sentido de la vida y de la muerte, es decir aquello relacionado con la trascendencia del ser. Su abordaje

es una oportunidad invaluable para el psicooncólogo para trabajar con el paciente con el propósito de ayudarlo a la expresión espiritual, para lograr intimidad y propiciar un encuentro reconciliatorio. En este sentido: “El psicólogo centra su escucha en la percepción y el significado de la experiencia viviente del moribundo, que oscila entre la asunción y la negación de su propio morir” (Montigny, 1994, pág. 125).

En definitiva se trata de explorar su vida y recuerdos animando a exponer sus emociones, anhelos y temores. Finalmente y en relación al trabajo psicoterapéutico con la familia: “el familiar experimenta una sobrecarga en sus responsabilidades, por lo que es importante dedicarle un tiempo de escucha, permitiendo desahogos emocionales, a la vez que valorando su apoyo al enfermo y resaltando la importancia de su atención”. (Alonso y Kiendl, 2003, pág. 122).

3.2. La Familia como Paciente

Minuchin y Fishman (1985) describen a la familia como el grupo natural que elabora pautas de interacción en el tiempo y que tiende a la conservación y la evolución. El compromiso de atender a un paciente oncológico implica también la atención a su familia, considerando a ambos como pacientes y entendiendo que las vicisitudes emocionales de uno se trasladan al otro y viceversa. Es así que muchas veces se torna necesario tratar particularmente a la familia bajo un encuadre de terapia familiar, cuando la situación así lo requiera, en pos de acompañar a un mejor estar del paciente. En palabras de Fonnegra de Jaramillo (2001): “la terapia familiar se centrará en la relación entre el proceso psicológico individual y el campo de interacciones donde se manifiestan las conductas y las emociones”. (p. 556).

El tratamiento de la enfermedad oncológica no sólo se da en el plano orgánico, sino también en lo emocional y social. Las repercusiones en la familia no se hacen esperar, desde el momento del diagnóstico, surgen distintas emociones que pueden tomar distintas características, según la persona y familia que se trate. Así se establece un desafío a una situación cambiante y que requiere de una dinámica variable y compleja

Nos planteamos que algo que le ocurre a uno de los miembros del sistema afecta inevitablemente a los demás miembros del dicho sistema. Por lo tanto, cuando el cáncer surge en un miembro de una familia, esta situación afectará a los demás: la familia pasa a ser considerada paciente de segundo orden. (Cortés-Funes Urquijo, 2003, p. 555)

La terapia psicooncológica en este momento crucial de la vida de la familia puede ser de gran ayuda, considerando que se le está ofreciendo optimizar su calidad de vida y una consideración especial a las necesidades que puedan surgir en esta etapa. Es esperable que los integrantes de una familia devengan en cuidadores del enfermo, y también es habitual que este nuevo rol conlleve esfuerzo y buena voluntad, aunque también genere ciertas alteraciones emocionales, en momentos específicos del cuidado.

Tanto el paciente como su familia (paciente de segundo orden) pueden tener la expectativa de ser escuchados en sus necesidades psicológicas y sociales, ya que estas toman primacía dentro de un encuadre médico. En este sentido la participación del psicooncólogo resulta de gran utilidad. Si bien la tarea de comunicación puede no ser fácil, resulta ser una necesidad intrínseca del ser humano, donde la escucha, el silencio y el respeto por sus valores cobran cabal importancia. En otras palabras, el aporte del trabajo psicooncológico supone un apoyo que propicia a que la sensación de estar solo y a merced de la enfermedad, se diluyan paulatinamente:

El aporte psicológico debe tender a lograr una disminución de la tensión y ansiedades del grupo familiar, para permitirles la elaboración de nuevos patrones de adaptación que faciliten su desempeño en esta nueva circunstancia vital que les toca vivir: contar en su seno con un enfermo grave, con riesgo de muerte. Se tratará de reforzar el yo de sus integrantes y la cohesión grupal, proporcionándoles un ámbito de libre discusión y elaboración de sus sentimientos y actitudes. (Fisman, s.f., p. 4).

De esto se desprende que la familia y sus cuidadores también sufren, tanto o más que el propio paciente, y que según presenten factores resilientes devendrá su forma de readaptación al contexto y elaboración de lo vivenciado.

De ordinario sucede lo que se podría denominar un cambio de tareas: quienes cuidaron y velaron por sus hijos pequeños ahora pasan a ser cuidados por aquellos a quienes atendieron y asistieron largo tiempo atrás. Esto supone un gran desafío y una carga importante para los hijos. En el mejor de los casos se

reparten de forma igual el peso del cuidado entre todos los integrantes familiares, aunque también sucede todo lo contrario, sobre una o dos personas recae toda la responsabilidad. (Fonnegra de Jaramillo, 2001).

El progreso insidioso de una enfermedad oncológica lleva a la familia a mostrar sus competencias y virtudes vinculares, que suelen permanecer latentes en otras circunstancias. Por ejemplo la resiliencia puede manifestarse en estas situaciones de crisis y demostrar la competencia y dinámica de una familia para sortear obstáculos de la vida, como es la circunstancia de transitar el acompañamiento de un familiar con enfermedad oncológica terminal. Al respecto, Pereira (2007) define la resiliencia como: “la capacidad de un individuo -o de una familia- para enfrentarse a circunstancias adversas, condiciones de vida difíciles, a situaciones potencialmente traumáticas y recuperarse saliendo fortalecido y con más recursos” (p. 1).

El psicooncólogo deberá crear un espacio de escucha y expresión cordial y respetuosa, y, en vista a una reorganización familiar, habilitar a reconocer emociones, dar significado a lo que va aconteciendo, para favorecer una adecuada adaptación.

También es importante expresar que muchas familias suelen salir enriquecidas por el aprendizaje que realizan al transitar por un momento de extrema complejidad como es el acompañamiento a un familiar con enfermedad oncológica terminal:

La enfermedad, y la oncológica especialmente, como otras crisis de la vida suponen también una oportunidad para el fortalecimiento de las relaciones familiares frente al riesgo de deterioro y desconexión. Mientras la enfermedad sea vista como un reto y una oportunidad, ésta podrá ser aprovechada por el sistema familiar para su beneficio.” (Fonnegra de Jaramillo, 2001, p. 556).

La enfermedad en general y la enfermedad oncológica en particular impactan en el armado vincular de la familia, en sus roles, funciones, relaciones, en la economía, en proyectos, etc. En otras palabras:

El efecto de la enfermedad sobre la familia dependerá del tipo de enfermedad que se trate; de la evolución, tipo de desenlace y tipo de incapacitación (física, psicológica y social) que va produciendo en el paciente; del significado que la familia atribuye a la enfermedad y de si existe o no experiencia previa. Será diferente también según el momento del ciclo

vital en el que aparezca, y todo esto se encontrará inmerso inevitablemente en un sistema de creencias y una cultura que marcará el significado de las situaciones.” (Fonnegra de Jaramillo, 2001, p. 556)

En consecuencia, y especialmente en el cuidador principal, el nivel de estrés, constante y por tiempo prolongado, puede ser muy importante y puede derivar en un estado de mayor vulnerabilidad psicosocial. Las fuertes presiones sostenidas en el tiempo, sin un claro apoyo, o la carencia de herramientas para dar respuestas al contexto que se considera disfuncional, pueden generar una sobrecarga anímica con implicancias orgánicas. En tal circunstancia la reducción de las demandas y metas de los integrantes de la familia ayuda a mejorar la situación, tornando más llevadero este momento de extrema tensión.

Cuando el profesional se expone a un paciente que se encuentra en instancia decisiva de su vida y en proximidad de la muerte, debe saber que la meta del apoyo no es solo el paciente oncológico, sino también, su familia. La asistencia al paciente es una parte importante del tratamiento, no obstante, sólo representa la mitad de la intervención, la otra, resulta de la atención familiar. Hay que tener presente que en numerosas ocasiones son las familias las que más requieren el apoyo, por no saber cómo afrontar la situación y resolver inconvenientes propios del proceso de la enfermedad. De esto se desprende que detrás de cada paciente con enfermedad terminal también hay una familia que va decayendo (Liaño, 2013).

Las posibilidades de readaptación al contexto resultan variables según las características particulares de los implicados y de acuerdo a la dinámica del conjunto familiar. Las variaciones sintomatológicas y el desarrollo de la enfermedad solicitan continuas modificaciones y cambios en los miembros de la familia:

Resulta interesante señalar además, que a medida que evoluciona la enfermedad, progresa la dependencia y el apego con la familia, o con quien se identifica en la figura del cuidador. Esto es un punto muy angustiante y difícil para la familia, que puede llegar a dificultar la despedida o separación definitiva” (Ponce, 2013, p. 5)

Por ende, si bien el portador de la enfermedad es el principal receptor de los procedimientos médicos también se producen repercusiones en la familia pudiendo requerir orientación psicológica. En este sentido Fonnegra de

Jaramillo (2001) expresa: “cuando la familia pierde sus habilidades claramente para realizar las funciones básicas o cuando uno de sus miembros desarrolla problemas psiquiátricos, será cuando nos planteemos la intervención psicoterapéutica”. (p. 562).

Los integrantes de la familia pueden tener problemas en aceptar el diagnóstico develando mecanismos defensivos que agravan la situación del paciente y lo llevan a sostener la expectativa o la ilusión de una mejoría o hasta la creencia en la ausencia de enfermedad: “Las investigaciones han demostrado que la familia se encuentra muy afectada por el diagnóstico de cáncer en uno de sus miembros y, además, puede influir y realmente influye en la adaptación del paciente a la enfermedad.” (Ferrell y Ferrell, s.f., p. 8).

En definitiva el hecho de padecer una enfermedad oncológica terminal ocasiona, en cualquier caso, cambios o inseguridades claramente importantes, que se añaden al sufrimiento propio de la enfermedad y a intensidades muy diversas de estrés psicológico. A partir de aquí, todo puede ser sentido como amenazador. Por todas estas situaciones el apoyo psicooncológico resulta vital.

3.3. El Duelo Familiar

La irreversibilidad de una enfermedad y el deterioro de quien la padece pueden ocasionar que la familia comience a expresar estados anímicos con una importante carga angustiosa que indica a las claras el convencimiento de la proximidad de la muerte del ser querido. Esto puede ser el comienzo de un proceso de duelo anticipatorio y crear una atmósfera particular, al ser conscientes de lo irreversible de la situación. (Ponce, 2013)

Con el fallecimiento del ser querido enfermo la familia entra en un proceso normal de reacción anímica que marca la pérdida de la persona, reacciones que son particulares según los valores y la cultura dominante. Proceso necesario de despedida que implica un desligue afectivo paulatino, con desazón y tristeza, expresiones del ánimo que intentan curar heridas por el desasimiento vincular. Claramente cambia el curso normal de la vida de una persona y de una familia, pero también es un proceso normal. Así comienza el duelo tras la muerte real:

El duelo puede considerarse como una reacción emocional normal en la que se elabora el sentimiento de pérdida de un ser querido y que tiende a la reconstrucción de un nuevo equilibrio familiar, así como su readaptación al medio social” (Liaño, 2013, p. 30).

Las expresiones anímicas suelen variar según diferentes aspectos, circunstancias y formas de apego. Variadas son las manifestaciones emocionales cuando parte un padre o una madre, ninguna igual a la otra, todas distintas en sus cualidades, ya que el vínculo con aquellos resulta diferente al forjado con hermanos e hijos propios: “La reacción de cada persona ante la muerte de un padre es única y no se parece a ninguna otra. Y es que nadie nos conoce ni conoce nuestro pasado y nuestra infancia como nuestros padres.” (Fonnegra de Jaramillo, 2001, p. 198).

La muerte moviliza muchas emociones y en función de cómo se las elabore y dirija, será la movilización del dolor vinculado al golpe sentimental, como también la adaptación de los familiares a la realidad que tienen que enfrentar.

Bowlby (1994) diferencia una serie de fases sucesivas, no rígidas, las cuales muchas veces se solapan o presentan retrocesos, como también avances, a saber:

1era. Fase de entumecimiento o shock. Dura algunas horas a una semana, caracterizándose por sentimientos de negación, incomprensión de lo sucedido y preocupación por la pérdida.

2da. Fase de anhelo y búsqueda. Dura meses o años. Se alterna la vivencia de irrealidad de lo acontecido con impulsos de recuperar la persona perdida.

3era. Fase de desorganización y desesperanza. La persona tiene un comienzo de aceptación de la pérdida como definitiva que se conduce con emociones depresivas.

4ta. Fase de reorganización. Resulta totalmente asumida la pérdida. La persona asume una nueva identidad.

Ahora bien, no todos los duelos se desarrollan de modo normal, es decir, que en algunos casos puede existir algún tipo de complicación, originando un duelo patológico.

El problema psicopatológico se plantea cuando la persona experimenta un sufrimiento insufrible, cuando se encuentra clínicamente deprimida y cuando no cuenta con recursos psicológicos suficientes o sus estrategias de afrontamiento son erróneas. En esos casos, el superviviente muestra una incapacidad para adaptarse a la nueva situación planteada tras la pérdida. Es entonces cuando la persona muestra un duelo patológico y necesita ayuda externa para salir adelante y readaptarse a la vida cotidiana. (Echeburúa y Boix, 2007, p. 34).

Las reacciones de una familia ante la pérdida de un ser querido suelen desencadenar una serie de comportamientos, que lleva tiempo superar, y en los que muchas veces resulta complicado hallar respuestas. De aquí se desprende la posibilidad de aparición de un cambio anímico, con inclinación a un estado depresivo, como también la aparición de sintomatología somática.

La importancia de compartir el estrés y los cuidados mutuos entre los integrantes de la familia suele ser el modo común de evitar complicaciones en el proceso de elaboración del duelo. La muerte de una persona amada es una experiencia de pérdida y soledad crítica para la salud psíquica, muchas veces de adaptación difícil porque involucra una nueva posición de la familia y en la sociedad. Aquella muerte introduce en la familia un desequilibrio que requiere de un reajuste de roles, que de no lograrse con suficiencia, puede llevar a un duelo familiar patológico.

La labor del duelo no sólo comprende a la persona fallecida sino también a las esperanzas e ilusiones proyectadas sobre esa figura, por lo tanto, la pérdida no sólo abarca el presente tiempo sino también aquello que nunca sucederá.

La partida de un ser querido viene a cerrar un capítulo importante en la vida de cualquier persona. A veces se requiere de ayuda para sortear esta situación, por lo cual es importante saber que encontrar atención y apoyo influirá en el devenir anímico de quien esté en proceso de duelo. El hecho de hablar acerca de la situación, de los miedos o inquietudes a personas que han pasado por lo mismo o manifestarlo a un psicólogo, ayuda a tramitar sensaciones y sentimientos constituyéndose en una rueda de auxilio de gran ayuda que puede facilitar el crecimiento, y ser una oportunidad para llegar a un estado de mayor desarrollo personal y familiar.

CAPÍTULO 2: ASPECTOS METODOLÓGICOS DEL ESTUDIO

2.1 Planteo del Problema

La población de adultos mayores constituye un espectro amplio de la sociedad actual; y el cáncer una enfermedad con prevalencia en personas de esta franja etaria. De todas formas en la tercera edad se diagnostican de forma continua diversas enfermedades crónicas, como cardiopatías, problemas sensoriales y déficit cognitivos, diabetes, hipertensión, trastornos psicológicos, entre otros, influenciando negativamente sobre la calidad de vida. El apoyo psicooncológico puede generar un estado de bienestar en el paciente adulto mayor y en su familia, mejorando su calidad de vida y facilitando la adaptación a los cambios asociados a la enfermedad.

Cuando se interviene con adultos mayores en situación terminal resulta importante recurrir a los modos de afrontamiento que el paciente y sus seres queridos han usado con buenos resultados en otras situaciones críticas de su vida. Asimismo es importante ofrecer apoyo emocional haciendo hincapié en las redes sociales secundarias del enfermo, que de ordinario se encuentran sumamente restringidas. Además, resulta inevitable conferir al paciente de una impresión de autonomía que lo lleve a realizar aportes y sentirse incluido en la toma de decisiones vitales, como también tener en cuenta sus peticiones y molestias. (Alonso y Kiendl, 2003).

Cabe destacar el apoyo familiar para el cuidado del paciente con enfermedad oncológica terminal, punto importante, dado el cambio de roles y funciones que depara tal tarea. Por cierto también son significativas las preocupaciones comunes que devienen de su asistencia y la necesidad de contar con apoyo específico para aliviar tal proceso.

Respecto al fallecimiento del ser querido lleva a referirse al duelo familiar del que se desprenden cambios importantes en el concepto que tienen de sí mismos y del mundo que los rodea. El tratamiento psicológico va desde la atención al paciente con cáncer y su familia, y continúa en el proceso de duelo de los deudos tras la pérdida.

De esto se desprende el siguiente interrogante con el propósito de responderlo a lo largo del desarrollo del presente escrito:

¿Qué características adquiere el abordaje psicooncológico de un adulto mayor y su familia en cuidados paliativos?

2.2 Objetivos Generales

- 1) Describir el abordaje psicooncológico de un adulto mayor que realiza cuidados paliativos.
- 2) Describir el abordaje psicooncológico de la familia de un adulto mayor que atraviesa la etapa final de su enfermedad.

2.3 Objetivos Específicos

- 1) Describir los cuidados paliativos ofrecidos al adulto mayor.
- 2) Caracterizar los aspectos emocionales y sociales del adulto mayor.
- 3) Indagar sobre las distintas técnicas psicooncológicas utilizadas en cuidados paliativos.
- 4) Describir el estado emocional de la familia que acompaña al adulto mayor con enfermedad oncológica terminal.
- 5) Caracterizar las expresiones emocionales y conductuales de la familia durante el proceso de elaboración del duelo.

2.4 Tipo de Trabajo y Unidad de Análisis

Este escrito consiste en un estudio de caso único cuya unidad de análisis es elegida en forma intencional en tanto resulta representativa y ejemplificadora del tema propuesto en el trabajo integrador. Es más, surge de un exclusivo interés personal, respecto a lo significativo que resulta el estudio de estos casos tan particulares.

El alcance del estudio es descriptivo, en tanto y en cuanto se observa, registra y describe la variable, *abordaje psicooncológico en cuidados paliativos*, en el caso elegido. Debido a que el enfoque metodológico utilizado es el cualitativo,

esto favorece al estudio de la unidad de análisis y su contexto, familiar y social. Por consiguiente se emplea el razonamiento inductivo, que va de lo particular a lo general, para el análisis y comprensión profunda de la variable estudiada.

Por último su diseño es no experimental, ya que sólo se describe y observa la variable en la unidad de análisis en su contexto, sin existir ningún tipo de manipulación ni control.

Por todo lo expuesto, en relación a las características metodológicas del estudio, las conclusiones serán válidas sólo para este estudio de caso sin poder ser generalizadas a otros.

Finalmente como instrumentos de recolección de datos se aplica el análisis de contenido de fragmentos de entrevistas con el paciente, con el grupo familiar y con el equipo médico tratante; como así también se emplean datos de la historia clínica del paciente.

CAPÍTULO 3: PRESENTACIÓN DEL CASO ÁNGELO

Ángelo tiene 83 años. En su aspecto físico es de tez blanca con barba candado, de estatura media, delgado, con cabello blanco (poca cantidad) y con un par de penetrantes ojos celestes. Aunque en su trato resulta agradable, por lo cual es atento y servicial, se nota también que es directivo. Su voz resulta grave, algo apagado y cansino, con un acento que delata su origen extranjero.

Suele hablar bastante sobre su pasado con un aire de nostalgia por todo lo vivenciado, especialmente luego del fallecimiento de su esposa, por causas naturales. Es así que describe en detalle sus vivencias a través de sus distintos viajes y radicaciones, y de su trabajo en general.

Es viudo y tiene dos hijos: Carlos de 60 años que convive con su esposa Noelia, de la misma edad, y dos de sus tres hijos: Renzo, de 22 años (estudia abogacía) y Pablo de 24 años (estudia diseño gráfico). Su hijo mayor, Juan de 27 años (ingeniero industrial) convive con su pareja desde hace dos años.

Néstor de 58 años, es el otro hijo de Ángelo. Es viudo y reside con su única hija, Clara de 20 años, en la ciudad de Río Gallegos, Santa Cruz, desde hace 20 años. Estuvo casado con Zara de 53 años, fallecida dos años atrás luego de un cáncer de mama.

Ángelo es carpintero, único en su profesión y muy vinculado a la venta y compra de madera, pues posee un gran aserradero. Su nivel socio-económico es medio-alto. Posee estudios primarios completos. Cree en Dios y en la Iglesia Católica, aunque nunca ha sido un asiduo practicante.

Es nativo de Génova, Italia, pero radicado y criado en la provincia de Santa Cruz, y a partir de su adolescencia en la provincia de Tierra del Fuego. Por tal ascendencia la gente lo conoce con el mote de "Tano".

Debido a su fuerte personalidad, posición económica y aspecto físico (en su pasado solía tener muy buena fisonomía) es muy conocido en la zona. Siempre vivió para su trabajo y su familia.

No posee amigos íntimos (sus dos únicos amigos fallecieron años atrás), aunque sí compañeros de juego en institución local; asimismo, resulta muy estimado por sus vecinos y empleados de su empresa. Antes de recibir el diagnóstico de su enfermedad, sus actividades recreativas eran el juego de bochas y de naipes, ambos llevados a cabo en un centro de jubilados de la zona.

Estuvo casado con María, de ascendencia italiana, fallecida cinco años atrás a la edad de 73 años de un paro cardio-respiratorio mientras dormía. Ángelo siempre la ha tenido presente en sus pensamientos, la recuerda a través de múltiples fotos en las que están juntos. Aún la extraña.

Su hijo Carlos tiene estudios secundarios completos y se encuentra al frente del aserradero. Es un hombre alto, algo canoso, de ojos celestes y de buena presencia. Exhibe una actitud extrovertida, es de carácter colérico y sentimental. Suele caracterizarse por sus exabruptos y su ruborización. Al estar su casa ubicada junto a la de su padre se presenta como su cuidador principal, no obstante, lo ayuda una cuidadora contratada.

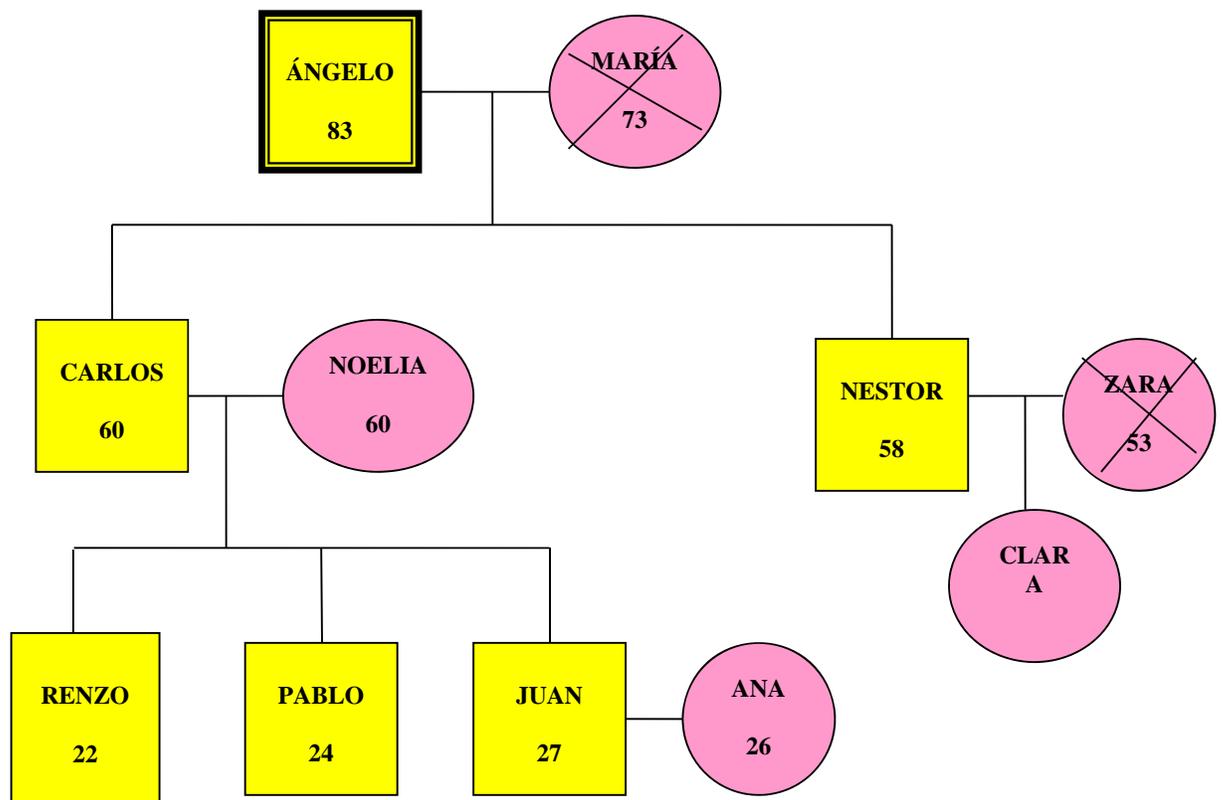
Carlos tiene necesidad de ser escuchado, por ello, se pone muy nervioso y algo verborrágico en las entrevistas. Es muy querido por su mujer e hijos, quienes presentan cierta distancia afectiva con Ángelo por causa que estiman fruto del carácter fuerte y dominante de aquel. Sin embargo lo reconocen como un hombre noble que siempre los ha recompensado con apoyos económicos y materiales.

Néstor también posee estudios secundarios completos, es comerciante y posee varias tiendas deportivas. Presenta estatura media, es robusto y calvo. En su caso es más bien introvertido, aunque ameno para el diálogo. Aún adolece de la ausencia de su esposa a la cual amaba y estimaba en demasía.

Néstor tiene temor al cáncer debido al deterioro físico que ejerce en las personas que lo padecen, por lo que lo denomina: *“el azote del diablo”*. Su hija viaja de continuo a Río Grande para visitar a sus primos (hijos de Carlos) a los cuales quiere mucho. Ella estima a su abuelo Ángelo que la colma de regalos, aunque también reconoce su duro carácter de *“tano”*.

Ángelo siempre fue amable y cordial en las sesiones, intentando ofrecer comodidad en el lugar y disculpándose por sus limitaciones físicas para los encuentros. Los hermanos, Carlos y Néstor, se han presentado muy nerviosos y angustiados por la situación general de su padre, aunque también se muestran muy interesados en la consulta psicológica, en especial Carlos, al cual se lo observa muy apremiado por las funciones de cuidador de su padre y, en especial, por el irremediable desenlace final.

GENOGRAMA:



CAPÍTULO 4: RELATO DEL CASO ÁNGELO

Ángelo realiza una consulta médica en Noviembre de 2012 por incontinencia anal y proctorragia. En ese momento se le diagnostica cáncer de recto con compromiso ganglionar y hepático, tras los análisis clínicos, TC (tomografía computada), EER (ecografía endorrectal) y colonoscopia. Se le indica, como tratamiento oncológico específico, quimioterapia y radioterapia, efectuados en el Hospital Italiano de la Ciudad Autónoma.

En Julio de 2013 un comité de tumores decide continuar con seguimiento por consultorios externos de cuidados paliativos, por falta de respuesta favorable al tratamiento instituido, realizándose su monitoreo en la ciudad de Río Grande. Allí se lo trata con sedación leve (benzodiazepinas) y analgesia (morfina). Evolucionan con progresivo y rápido deterioro clínico, con déficit cognitivo, trastornos de la memoria y desorientación, también sufre de hipertensión y refiere dolor rectal al momento de evacuar. Todos estos argumentos le impiden trasladarse a la Clínica Privada para la cual posee cobertura médica, por lo cual los profesionales lo atienden en su domicilio.

La derivación la realiza el Servicio de Oncología de la Clínica en la que se trata para que sea acompañado en la última etapa de su enfermedad. Incluso el oncólogo sugiere la contención familiar, fundamentalmente de su hijo Carlos al que se lo observa muy angustiado como consecuencia del avance de la enfermedad de su padre.

Los encuentros psicoterapéuticos consisten en dos entrevistas semanales en su domicilio, de 30 minutos aproximadamente, donde se trabaja en primer término con la familia y posteriormente con el paciente. Las reuniones con Ángel siempre se llevan a cabo en su amplio dormitorio, debidamente decorado y amoblado, mientras que con su familia se realiza, en primer término en la sala de estar del lugar, y subsiguientemente, en el consultorio clínico.

Ángelo conoce su diagnóstico y pronóstico, habla sobre la muerte y su final, y considera no tener nada pendiente: *“saber que uno va a morir es como estar condenado a muerte, siendo inocente”*. Ante la pregunta de cómo poder ayudarlo, dice: *“todo se debe experimentar”*.

También tiene necesidad de hablar acerca de la muerte y dice: *“mira, soy católico pero no fui mucho a la iglesia. Creo en la vida después de la muerte. Allí me reuniré con mi finada esposa...Jesús esta ahora conmigo.”* (se lo observa reflexivo).

Refiere temor a quedarse solo en su casa. Desea estar acompañado durante todo el día por sus seres queridos, principalmente en estos últimos momentos de su vida. Posteriormente, con el propósito de obtener un relato de su vida, expresa la siguiente reflexión: *“hice lo que pude y lo que creí correcto. Aunque me quedó una deuda pendiente... conocer Italia...Quiero que mis hijos lo hagan por mi cuando me vaya de aquí...”* (se lo observa muy emocionado y conmovido al hablar).

En el segundo encuentro con Ángelo plantea sus temores relacionados a ser una carga para su familia, que además siente desde hace un año: *“desde que comencé con esta enfermedad no he sido más que una carga...”* (se lo observa irritado y apenado de sí mismo).

En el tercer encuentro y en relación a sus hijos, dice querer dejar en claro la división de los bienes y motivarlos a seguir adelante con sus vidas, más allá de todas las diferencias que han tenido: *“sé que tengo carácter duro... viene de los italianos. No se... Mi esposa se encargaba de apoyar. Yo sólo se trabajar...Espero de una vez mis hijos me entiendan...”* (se lo nota cansado y débil).

A partir de estas expresiones el compromiso es cumplir con sus deseos y asegurar que su familia escuche lo que tiene para decirles.

Cabe aclarar que al momento de concurrir a la próxima entrevista Ángelo no se encuentra en su domicilio, ya que ha sido internado en la clínica médica, por lo cual la entrevista no pudo realizarse.

El encuentro con la familia, en primera instancia, se realiza con Carlos y su mujer. Para acompañar y cuidar a su padre Carlos debe dejar de lado sus funciones laborales relegándolas a su esposa, quien siempre lo ha acompañado en la administración del aserradero, lo mismo que sus hijos que le ayudan realizando todo tipo de diligencias.

Carlos quiere que sus hijos estén presentes en el acompañamiento a su padre. Aunque participan lo hacen con ciertos miramientos, ya que su abuelo ha sido muy poco expresivo con ellos, desde siempre: *“sabes, estoy muy cansado... Es muy difícil esto... El cáncer es una enfermedad de mierda que te lleva puesto a vos y tu familia”* (se lo nota desesperanzado e irritado).

En la entrevista también refiere que su padre desea estar en su casa y no volver a ser internado. Si bien se presenta como su único cuidador reconoce los límites de la relación afectiva con él: siempre distante y con escaso contacto emocional: *“quiero acompañarlo. Estar con él. Sé que no tiene cura, pero creo que es humanamente importante el hacerse cargo de los familiares cuando aparece una enfermedad terminal... Con mi madre no pude. Ella murió instantáneamente en su cama sin decir adiós...”* (Llora).

Noelia y sus hijos están dispuestos a apoyar a Carlos pero sin involucrarse activamente en su cuidado, ya que sienten que los distancia una historia de escaso contacto afectivo.

Cabe aclarar que Néstor y su hija viajan de continuo los fines de semana a la ciudad de Río Grande para acompañar a Ángelo en este último tramo de la enfermedad. Según Carlos: *“Néstor ama a papá, pero también a él le cuesta expresar sus emociones... Papá siempre fue parco en ese sentido, sin embargo, lo ha intentado compensar con el apoyo económico y material.”* (se observa desanimado y cabizbajo).

Para el segundo encuentro se propone una entrevista con los dos hermanos en el consultorio del terapeuta en vista de la proximidad del desenlace y la necesidad urgente de conocer las instrucciones póstumas de Ángelo. Ambos hermanos se encuentran muy compungidos. Aceptan el compromiso, a pesar de las diferencias que han tenido con su padre durante toda su vida. En este encuentro Néstor dice: *“siempre fue un tipo duro, un cabeza dura. Muy dictador. No dejaba que nadie le diga nada. Él mandaba y nosotros simplemente obedecíamos.”* (demuestra enojo y golpea el escritorio con la mano).

A partir de estos dichos se les señala la necesidad de comprender y tolerar, como también aprender a perdonar errores, instando a un acercamiento

emocional y de comunicación con su padre con el fin de que puedan organizarse para la despedida.

El tercer encuentro familiar se realiza con Carlos y su mujer. Carlos se muestra muy angustiado por el deterioro de su padre: *“está muy mal...se desorienta... ¡Que se yo!...Hay que vivir esto...Es terrible...Hay veces que estoy bien, otras mal...No se qué pensar”* (solloza).

Aquí se trabaja en relación al duelo anticipado en la proximidad de la pérdida definitiva de su padre. Y con este fin se ofrece, desde la psicoeducación, orientación y explicación respecto a los sentimientos vivenciados durante el proceso normal de separación de un ser querido.

Ángelo fallece en la clínica privada a comienzos de Octubre de 2012.

Luego del sepelio y pasado cierto tiempo, Carlos y Néstor solicitan el espacio psicológico a los fines de elaborar ciertas vivencias habidas junto a su padre, durante todo el proceso de la enfermedad. Se realizan tres encuentros.

En la primera sesión se observa a los hermanos con mayor serenidad y cierta paz; no obstante, también exhiben perplejidad y tristeza por el fallecimiento de su padre. Carlos expresa: *“es de no creer. Mi papá murió. Era tan fuerte... una persona con tanta vitalidad... y ya no está. No es posible. Lo acepto pero me cuesta ver que ya no está. ¿Cómo seguir ahora? ¿Es normal la depresión en uno cuando alguien muere?”*

Néstor añade: *“se terminó. Ya paró y paramos de sufrir, créeme, esta enfermedad acabó hasta con nuestra salud... me siento algo desconcertado. Ahora nos toca remar a nosotros...”*

Sobre lo escuchado se le señala que esto que sienten es razonable, en tanto están en proceso de duelo, entendido como una reacción emocional esperable ante la ausencia del ser querido. Se los invita a aceptar la realidad de lo acontecido y a no reprimir estos sentimientos, permitiéndoles tomar el tiempo que sea necesario para restablecerse.

En la segunda sesión Carlos llega puntual a la consulta mientras que Néstor lo hace más tarde explicando su retraso por problemas laborales. Carlos critica al hermano por su tardanza al consultorio: *“lo único que hace es pensar todo el*

día en el trabajo sin darse respiro alguno. Noto como que nada le hubiera pasado, hasta lo veo sonriente" (se observa con cierto resentimiento); y añade: *"sin embargo yo no dejo de pensar en mi padre. Sé que ya no está y que se encuentra bien allá arriba... pero no se...la casa está tan vacía... me vienen tantos recuerdos, tanta vida pasada...Estoy muy preocupado"* (suspira y sus ojos se llenan de lágrimas).

Se le manifiesta que cada persona es particular en la forma de expresar su duelo, por lo cual no siempre el que llora siente más que el que calla. También se le señala que los sentimientos y pensamientos referidos a la figura paterna irán perdiendo este lugar de importancia, y que Carlos se irá reintegrando paulatinamente al circuito laboral, familiar y social, otrora dejado de lado al desempeñar el rol de cuidador principal. Esto implica aceptar que la vida continúa y mirar al futuro con optimismo; en alguna forma se lo invita a dar un nuevo significado a su realidad.

Néstor expresa sus excusas y dice: *"la verdad es que tiro para adelante. Mi hija me necesita y tengo que continuar con mis cosas, aún con el dolor de la ausencia de mi padre, pero es la ley de vida. Los hijos entierran a sus padres."* Y acota: *"Ya está. Hasta acá llego. El duelo lo debo proseguir solo. Seguiré con mi hermano, cuñada y sobrinos. Volveré pronto"*. Este fue el último encuentro psicoterapéutico con él.

Se le señala la importancia de proseguir con su vida habitual y mantener el contacto con sus seres queridos. Reorganizar su vida luego de la instancia acaecida no es fácil; sin embargo, es necesario recuperar espacios, hábitos y actividades. Se le manifiesta la correspondencia entre la tristeza y la pérdida del padre, además de señalarle que no es la meta olvidarlo, sino que elabore su duelo y pueda re-vincularse y ligarse afectivamente a sus anteriores relaciones sociales.

Para el último encuentro Carlos viene solo. Se lo nota reflexivo y pausado en diferentes momentos del diálogo. Explica la necesidad de tomarse un tiempo libre, un descanso, lejos de las actividades cotidianas para luego retomar una orientación psicológica particular. Agrega: *"sabes, tengo la conciencia tranquila de haber hecho todo lo posible, de haberme entregado a su ayuda (padre) con*

todas mis fuerzas...No sé si otros hubieran hecho lo mismo a mi edad... que se yo. Siendo hombre lo ayudaba a higienizarse, eso es fuerte...Estoy tranquilo conmigo mismo” (se muestra autocompasivo).

Se le señala que el reconocimiento por el cuidado efectuado y su consecuente acompañamiento afectivo es un elemento sanador y de ayuda en el proceso de duelo.

En otro momento del encuentro expresa: *“hoy entiendo que si no comparto mis obligaciones, si no delego algunas funciones, ya sea en el cuidado a una persona o en otras cuestiones, me hundiré.”* (muestra seguridad y aplomo en su discurso).

Se observa que da cuenta de su posición actual para poder tener una vida más plena, libre de tensiones, como consecuencia del aprendizaje a modo de cuidador principal. Esto define su capacidad de reflexión y su mirada hacia el futuro, con un mayor optimismo. En definitiva la reelaboración de las experiencias críticas de vida permite acrecentar la conciencia de sí, su valor como persona, y mostrar una mirada más esperanzadora de la vida.

Carlos presenta la necesidad de trabajar, bajo psicoterapia individual, aspectos de su vida a partir de advertir síntomas de distrés originados en su rol pasado de cuidador principal. Si bien esto constituyó un cuestionamiento importante de su valía personal, al mismo tiempo le permitió entender que fue competente al afrontar esta situación tan crítica.

Aquí comienza el aprecio de sí mismo y la recomposición de una herida narcisista que promueve un mejor ser y estar. Cabe aclarar que Carlos realiza tratamiento individual durante todo el año 2013.

CAPÍTULO 5: ANÁLISIS DEL CASO ÁNGELO

En primer término se observa que Ángelo acepta y comprende su diagnóstico, como así también que su enfermedad ha avanzado y se encuentra en una etapa irreversible. Asimismo intenta apaciguar ciertos temores como por ejemplo a la desolación y a morir solo. Se advierte que siente angustia al no haber dialogado aún con sus hijos para solucionar conflictos y también con el fin de dejar instrucciones póstumas.

En la primera entrevista se destacan la preocupación por la trascendencia de su ser, por la cercanía de la muerte y también las dificultades en el diálogo que tiene con su familia.

El hecho de hablar sobre la muerte lo hace sentirse escuchado y aceptado, ya que observa que su familia omite esta conversación, esperando su recuperación y creando esperanzas vanas de curación.

Se advierte que posee mucha fe y se apoya en el culto católico, lo cual le aporta cierta tranquilidad y sentido de trascendencia al creerse acompañado por Jesús en su último respiro de vida.

La propuesta de hacer un relato de su vida pasada es con el propósito de lograr un recorrido y balance de su vida, también con la intención de motivar a un cierre, sobre los eventos del pasado y, además, para motivarlo a aceptar y revalorizar su situación vincular familiar.

Se observa a partir del relato de sus recuerdos que Ángelo se encuentra satisfecho con lo vivido, recuerda a sus padres y ancestros italianos como también revive pensamientos de la familia que logró conformar, del trabajo emprendido y de los logros obtenidos. Se conmueve al hablar de sus logros y se siente orgulloso de todo lo obtenido en esta vida.

Se advierte que en esta primera entrevista el foco de atención se localiza en permitir la expresión afectiva, muy ligada a los recuerdos del pasado, y también se trabaja psicoterapéuticamente con el propósito de lograr una apertura hacia la trascendencia del ser, ante la inminencia de la muerte.

En la segunda entrevista, a propósito de sentirse una carga para su familia, es claro el sentimiento de inutilidad que lo aflige. Sin embargo la realidad es que su familia presenta una buena posición económica y recursos y, además, tienen la firme intención de compartir la labor de acompañamiento y cuidados, rotándose en la vigilancia permanente de Ángelo. Dicha realidad es la que el paciente asume y finalmente acepta.

Durante el tercer encuentro plantea la necesidad de dejar instrucciones a sus hijos, repartir sus bienes y también desea pedir perdón por no haber podido acompañarlos de una mejor manera. Respecto a la relación con sus hijos la siente como una situación pendiente en su vida, una deuda con ellos. En este sentido el trabajo terapéutico se focaliza en apaciguar la angustia y el pesar por esta situación.

En la entrevista con su hijo se observa como la enfermedad de Ángelo provoca cierta inestabilidad familiar, aunque, posteriormente, se empiezan a reordenar los roles y funciones en beneficio del enfermo, a pesar de algunos desencuentros.

Se les explica a los hijos que una situación así siempre genera controversias y pone en evidencia conflictos internos al vínculo. De un modo u otro la familia comienza a afrontar un camino de nuevos retos, ya que al hacerse cargo del cuidado de uno de sus integrantes saben que lo perderán, pero también saben que estos momentos finales son la última oportunidad para compartir cariño y afecto.

Se le indica que es una tarea difícil aceptar los síntomas del padre y su progresiva debilidad y dependencia, y que tendrán que repartirse las responsabilidades del cuidado como otras tareas del funcionamiento familiar. En tanto que deben continuar con sus obligaciones laborales o estudios es de esperar que se pongan en riesgo su correcta ejecución.

De aquí se desprende que el reordenamiento de funciones lleva una carga de estrés a veces difícil de soportar, no obstante, cuando se logra cierta rotación en los roles de acompañamiento se genera un gran alivio y una más saludable relación entre todos.

A partir de estas palabras toma mayor relevancia la cuidadora contratada, como también, los hijos de Carlos y su propio hermano, venido de Río Gallegos, lo que genera alivio físico y mental a Carlos, quien empieza a correrse y a delegar funciones en su familia.

También se les explica que cuidar al padre genera no sólo múltiples dudas respecto a cómo atenderlo, sino también referidas a determinadas actitudes, como por ejemplo, llorar delante de él o elegir tomar distancia afectiva.

El dolor por una crianza rígida y los vínculos tensos entre Carlos, Néstor y su padre, a lo largo de la historia familiar, es lo que se expresa durante el segundo encuentro. Es importante considerar desde un principio al grupo familiar, que en este caso expresan crueles reproches y autoreproches, sentimientos de castigo y de culpa, vivencias de haber sido disciplinados severamente y todas las demás manifestaciones descriptas.

Intentar comprender la vida de su padre y aprender a soportar y a perdonar sus errores es el tema con que se da cierre a la sesión procurando dejar de lado los pormenores del asunto en favor de satisfacer los últimos deseos de Ángelo.

El deterioro progresivo de Ángelo y su posterior internación en la clínica promueven sentimientos de dolor y desamparo en Carlos y Néstor.

La inclusión de los familiares en el tratamiento, en especial los dos hermanos, les brinda la posibilidad de saber que se está haciendo algo por su padre, que no se lo abandona, que se procura su alivio final, permitiéndose la intimidad en el contacto físico y emocional. Es importante para la familia poder despedirse y expresar sus sentimientos a través de gestos y emotivas palabras.

A partir de aquí se realiza una orientación psicoterapéutica respecto al duelo anticipatorio, explicando y aclarando las emociones propias de esta etapa y la necesidad de aceptar la inminente partida de su padre.

Todo lo acontecido en el círculo familiar demuestra que más allá de los inconvenientes acaecidos finalmente todos se adaptaron a los cambios impuestos a partir de la enfermedad de Ángelo. Es más, respecto a la comunicación con su padre, si bien en su momento fue algo rígido con ellos, se logró flexibilizarlo y animarlo al diálogo sincero y comprensivo con sus hijos. Por consiguiente, esta familia logra, en la última etapa de la enfermedad del

paciente, reacomodarse y reinventarse a sí misma, sacando lo mejor de sí y reconfigurando pasajes de la vida que han estado marcados por la distancia afectiva entre sus miembros.

La unión entre los hermanos, Carlos y Néstor, es un factor determinante para lograr que todos se ocupen del cuidado de Ángelo y del manejo de la administración del aserradero, dando lugar a cambio de funciones, delegación de responsabilidades y toma de decisiones cruciales.

Cabe destacar la aceptación y disposición de la familia al equipo sanitario (médico, enfermera, psicólogo) permitiendo el acceso a las visitas domiciliarias y la facilitación de las consultas en la clínica privada, en pos de su asistencia y organización.

Las expresiones anímicas de los integrantes de la familia son variadas y van cambiando según el momento de la enfermedad de Ángelo, oscilando entre el bienestar y malestar, y el marcado distrés del cuidador principal, Carlos.

El cáncer es una enfermedad que trasciende la situación orgánica del paciente y hace mella en los vínculos familiares del enfermo, trastocando sus roles y funciones. En consecuencia, conmociona no sólo al paciente sino también a la unidad familiar.

Luego de la muerte de Ángelo la familia, en especial los hermanos, sufren emocionalmente la ausencia de su padre, por lo cual se los orienta psicoterapéuticamente en la elaboración del proceso de duelo. Recapitulando, la intervención psicooncológica se inicia con los familiares durante el proceso de la enfermedad y se extiende, una vez fallecido Ángelo, con el tratamiento de Carlos y Néstor.

En este sentido en el primer encuentro con los hermanos se observa que expresan sentimientos de irrealidad (“no es posible”), así también, de inseguridad y bronca. El proceso de duelo normal comprende en sus comienzos sentimientos difusos de ansiedad, baja autoestima y tristeza, tal como se expresan en Carlos y Néstor, que son representativos de las dos primeras fases de un duelo normal.

La participación activa de los hermanos en el cuidado del paciente promovió un gran desgaste físico y psicológico, sentido aún luego de varios días tras fallecimiento del padre, hallándose en ello una correlación de tristeza con la conciencia de pérdida. La pérdida se hace fáctica y los sentimientos son normalizadores de la situación en una evolución normal hacia la superación.

La segunda sesión está determinada por la discrepancia en cómo se expresan las emociones en cada uno y lo que harán de allí en adelante con sus vidas: uno anclado al presente con mirada al pasado, el otro, desde el presente mirando al futuro. Se observa que el proceso de elaboración del duelo familiar es distinto en cada uno de los integrantes.

El dolor emocional puede suponer un gran sufrimiento y parálisis afectiva para uno, mientras que para otros deviene en mejora del sentido común y hasta una evolución personal.

Finalmente, esto último resulta en los dos hermanos, es la semilla que germinará la adecuada y oportuna recuperación, en el tiempo venidero, y con la cual se culmina la orientación del duelo familiar.

En este proceso se han tolerado tanto los sentimientos positivos como los negativos. Además, el compartir finalmente la carga de estrés por el cuidado del padre y los consuelos mutuos, resultaron en ganancia en cada miembro y a cada momento, patrocinando un grado elevado de cohesión familiar ante una situación de crisis vital.

En definitiva y para concluir este capítulo, se advierte que se ha trabajado sobre dos ejes importantes: el enfermo oncológico y su familia:

En primer término se focaliza la acción psicoterapéutica en el proceso individual de Ángelo y en las vicisitudes interactivas de los miembros de la familia. Se trabaja en el sentido de permitir el despliegue emocional y un cierre de la vida de Ángelo; en posibilitar el destierro de sus temores; se ayuda a Ángelo a dejar en orden sus cosas, y también, a que pueda despedirse de sus seres queridos.

Respecto a la familia se trabaja en la comprensión y la reorganización de roles y funciones; en que puedan realizar el acompañamiento al adulto mayor en estas circunstancias tan dolorosas de la vida; asimismo, se los insta a

comenzar a entender y a aceptar el duelo anticipatorio. Y, finalmente, se los acompaña en el proceso de duelo tras la defunción de su padre con el propósito que sus hijos puedan transitar y aceptar la ausencia del ser querido.

CONCLUSIONES GENERALES

En la sociedad actual provoca mayor preocupación la enfermedad que amenaza la vida de un niño o adolescente, promoviendo mayores recursos para su contención en desmedro del anciano, quien presenta más riesgo de abandono, obstinación terapéutica, desatención en la toma de decisiones o en la consideración de los procesos de duelo.

Por esta razón el tema abordado resulta relevante, ya que el conjunto de los adultos mayores es el que presenta más prevalencia en la cercanía a la muerte. Si a ello se le suma la enfermedad oncológica terminal resulta mucho más significativo que el padecer otras enfermedades. Quizás por esta razón también sea uno de los grupos etáreos más desprotegidos y vulnerables.

Se entiende por lo expuesto que el trabajo psicológico realizado fue sumamente movilizante. Por ejemplo en el caso descrito y analizado se observa en el paciente emociones distintas, tales como: miedo, congoja, enfado, disgusto, indefensión, entre otras; y como resultado del abordaje psicoterapéutico se produce un cambio hacia sensaciones más alentadoras como: serenidad, armonía, tranquilidad, menor temor a la reclusión y retiro, hacia el fin de la vida.

Sin duda la familia también tiene un lugar preponderante en el abordaje psicooncológico. Es así que a través del relato se logra remitir al recuerdo de aquellos seres queridos que tanto tuvieron que ver con la organización de la propia biografía, terreno óptimo para la mediación de la asistencia psicooncológica en la búsqueda de salvar las relaciones conflictivas o resolver problemas del pasado; si es que así lo desean sus protagonistas, con el fin de llevar a un mejor tránsito en este último tramo de vida del paciente.

La familia fue un medio y un entorno esencial en el trabajo con el paciente. La necesidad de interesarse y trabajar con ellos es sumamente importante. Por cierto, siempre se debe tener en cuenta la posibilidad de incluirlos para no descontextualizar la situación del paciente omitiendo un elemento vital en el encuadre de apoyo.

Aquellos psicólogos que eligen trabajar con adultos mayores con enfermedades crónicas y terminales deben formarse bajo los ordenamientos teóricos que se dictan en Cuidados Paliativos, en PsicoOncología y en el conocimiento de las características de la franja etárea del geronte, su cosmovisión y sus frecuentes trastornos físicos, cognitivos, anímicos y psicosociales.

Las características psicosociales del adulto mayor son diferentes a la de los jóvenes, lo que obliga al profesional al estudio psicogerontológico del caso para su mejor desempeño. A partir de aquí se toma plena conciencia de la utilidad de las intervenciones psicooncológicas que resultan de sumo provecho y de amplio beneficio. Es más, el estudio del presente caso ha reforzado la convicción en mantener las metas anteriormente propuestas, y la continuidad en el compromiso profesional, de quien escribe, en el acompañamiento en la evolución de la enfermedad y el duelo.

Sin lugar a dudas la promoción de los cuidados paliativos ha modificado la manera de fallecer, y, junto a ello, la visión de la medicina sobre la enfermedad de aquellos pacientes sobre los que ya no hay nada más por hacer, en términos de curación.

La prioridad no es la de continuar con tratamientos invasivos que provoquen mayor malestar al sujeto y más angustia e ilusiones de supervivencia, por el contrario y tal como se lo ejemplifica en este caso, tras la decisión del comité de tumores, la prioridad es la promoción de una mejor calidad de vida, y en consecuencia, una mejor muerte a través de la implementación de cuidados paliativos. Justamente, al aceptar Ángelo su diagnóstico y pronóstico, le supuso superar el temor a la muerte, apoyado en sus creencias religiosas, en su familia y también en el equipo tratante.

Por esta razón negar o desconocer la posibilidad de la finitud de la vida en la creencia de que pueda evitarse indefinidamente le hubiera provocado un malestar que, eventualmente, lo hubiera llevado a la decisión de profundizar los tratamientos curativos llegando, quizás, al encarnizamiento terapéutico.

Los tratamientos invasivos tienen un límite: no se puede anular la conciencia del paciente, la decisión autónoma y su consentimiento, por el contrario, estos deben prevalecer en la elección y decisión de un tratamiento para su enfermedad oncológica.

Debe quedar en claro que actualmente el tratamiento de un proceso oncológico no se circunscribe solamente al paciente, sino que también incluye a su familia. Los distintos tratamientos médicos se complementan con las aproximaciones psicológicas de vanguardia que dan cuenta de la importancia del área anímica, ya que atendiendo las necesidades emocionales y psicológicas de una familia se logra mayor calidad de vida y un mayor bienestar psicosocial, facilitando el proceso de adaptación y reordenamiento del sistema.

Como se advierte en el caso, el rol del psicooncólogo y la implementación de diferentes recursos varían de acuerdo al momento en que se encuentre el paciente, respecto a la evolución de su enfermedad, y también cambian según las características particulares de aquel y su grupo familiar, entendido este como un paciente de segundo orden.

Atravesar la etapa terminal de la enfermedad oncológica tiene el poder de desequilibrar y desmoronar cualquier organización familiar, y muchas veces supone la necesidad de contar con apoyo psicológico para los pacientes con el fin de enfrentar los cambios que se avecinan en esta experiencia compartida por todos.

De esto último se desprende también la importancia de abordar el tratamiento de la aflicción en el duelo familiar, lo que supone continuar con el apoyo psicológico una vez desaparecido el ser querido. Si bien no es común que las familias prosigan con la orientación psicológica tras la muerte del paciente, también ocurre que resulta importante para muchas otras hablar sobre la pérdida, hacer planes para el futuro, conversar sobre los sentimientos experimentados, trazando metas de recuperación.

Entonces, y de acuerdo al trabajo realizado, se pudo responder claramente al problema planteado en la introducción y, además, se han alcanzado los objetivos propuestos consistentes en dar cuenta del abordaje psicooncológico

en cuidados paliativos de un paciente adulto mayor con cáncer rectal y su familia.

Respecto a las técnicas de abordaje implementadas se describen la psicoeducación; el acompañamiento en el proceso de duelo anticipatorio; el apuntalamiento en la comprensión de circunstancias y vivencias diversas; la ayuda para poner en palabras los deseos finales; la resignificación de la vida y de su sentido; el trabajo psicoterapéutico sobre los miedos; y el apoyo en la reorganización de roles y de funciones familiares.

En definitiva el empleo de estos recursos explica cabalmente las características y el fundamento del abordaje psicooncológico y muestra la necesidad de otorgar una mayor calidad de vida y de muerte, en el enfermo que atraviesa la última etapa de su enfermedad.

En términos generales el trabajo psicooncológico en cuidados paliativos, ejemplificado en el caso analizado, puede ser empleado también en otras patologías que llevan al enfermo irremediablemente al sufrimiento, al desconsuelo, a la pesadumbre y a la terminalidad de su vida, siempre atendiendo al paciente junto a su grupo familiar o red social de importancia.

De acuerdo a lo experimentado durante los encuentros descritos quedan algunos interrogantes por resolver, que por supuesto motivan a la reflexión:

¿Qué hubiera sucedido de haber Ángelo aceptado la derivación de su médico oncólogo al servicio de salud mental, largo tiempo atrás, es decir, al momento en que se diagnostica su enfermedad? ¿Qué hubiera pasado de proseguir el acompañamiento psicooncológico al paciente, de no mediar tan rápidamente su muerte? Si se valoran como positivos los resultados del abordaje psicooncológico sobre el grupo familiar: ¿Qué beneficios se hubieran esperado para esta familia de haber tenido a disposición apoyo psicológico al momento en que Carlos comienza a presentar signos de distrés, propios del cuidador principal?

Por último, y para dar por terminada esta conclusión, se acentúa la significación que adquiere el encuentro del psicooncólogo frente al paciente agonizante y su familia que, mediado muchas veces por tiempos apremiantes, fue siempre y en

primer lugar un encuentro humano, de dos o más subjetividades-biografías-emociones.

En definitiva se trata de un contacto compasivo, piadoso, caritativo y humanitario, comprendiendo que es el enfermo y su familia los que establecen en último término el camino a seguir.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Alizade, A. (1995). *Clínica con la muerte*. Buenos Aires: Amorrortu.
2. Arranz, P., Barbero, J., Barreto, P. y Bayés, R. (2003). *Intervención emocional en cuidados paliativos. Modelo y protocolos*. Madrid: Ariel Ciencias Médicas.
3. Astudillo Alarcón, W., y Salinas Martín, A. (2011). *Bases para mejorar la intervención de los cuidadores en paliativos*. Recuperado de: <http://bit.ly/1rXiBgQ>
4. Béjar Alonso, E. y Beliera Kiendl, A. (2003). *El paciente geriátrico con cáncer*. En M., Die Trill. (p. 115-123). *Psicooncología*. Barcelona: Ades.
5. Bowlby, J. (1993). *La pérdida afectiva*. Barcelona: Paidós.
6. Cortés-Funes Urquijo, F. (2003). *Psicoterapia de familia*. En M., Die Trill. (p. 555-557). *Psicooncología*. Barcelona: Ades.
7. Cuello, G. (2013). *Psico-Socio-Oncología*. (Apunte de cátedra). Universidad de Ciencias Sociales y Empresariales. Buenos Aires.
8. Die Trill, M. (2003). *Psicooncología*. Barcelona: Ades.
9. Echeburúa, E. y Bolx, A. (2007). *¿Cuándo el duelo es patológico y cómo hay que tratarlo?*. Recuperado de: <http://bit.ly/1wOhe2w>
10. Fernández-Cañadas, J., Gómez, R., Landete, I. y López-Andújar, L. (s. f.). *Proceso asistencial en urgencias al paciente terminal*. Recuperado de: <http://bit.ly/1uCq2bb>
11. Ferrell, B. y Ferrell, B. (s. f.). *El paciente anciano*. Barcelona: Seix Barral.
12. Fisman, N. (1985). *Psico-Socio-Oncología*. (Apunte de cátedra). Universidad de Ciencias Sociales y Empresariales. Buenos Aires.
13. Fonnegra de Jaramillo, I. (2001). *De cara a la muerte*. Barcelona: Andrés Bello.
14. Freyre, E. (1994). *El problema de ayudar a morir*. La Habana: Ciencias Sociales.

15. Gastrón, A. (2001). *Imágenes y estereotipos del envejecimiento y la vejez*. Buenos Aires: Belgrano.
16. Gómez Ortiz, M. (2003). *Manual básico para gerocultores y auxiliares geriátricos*. Madrid: Caritas.
17. Hennezel, M. (1994). La buena muerte. En M., Hennezel y J., Montigny. *El amor último*. (p. 100-113) Buenos Aires: De La Flor
18. Instituto Nacional del Cáncer (2013). *Cáncer de recto: Tratamiento*. Recuperado de: [_http://1.usa.gov/1rXiUs0](http://1.usa.gov/1rXiUs0)
19. Liaño, E. (2013). *Introducción a los cuidados paliativos. Manejo del paciente con enfermedad terminal y su familia* (Apunte de cátedra). Universidad de Ciencias Sociales y Empresariales. Buenos Aires.
20. Minuchin, S. y Fishman, C. (1997). *Técnicas de terapia familiar*. Barcelona: Paidós Terapia Familiar.
21. Montesinos, M. (2013). *Conceptos sobre oncología II*. (Apunte de cátedra). Universidad de Ciencias Sociales y Empresariales. Buenos Aires.
22. Montigny, J. (1994). La relación asistente / asistido en fase terminal: desafíos e impactos psicológicos. En M., Hennezel y J., Montigny. *El amor último*. (p. 115-130). Buenos Aires: De La Flor.
23. Muchinik, E. (1984). *Hacia una nueva imagen de la vejez*. Buenos Aires: Belgrano.
24. Napolitano, A. (2013). *Conceptos sobre oncología II*. (Apunte de cátedra). Universidad de Ciencias Sociales y Empresariales. Buenos Aires.
25. Organización Mundial de la Salud. (2013). *Edad promedio que define la vejez*. Recuperado de: <http://bit.ly/1Btw4hp>
26. Organización Mundial de la Salud. (s. f.). *Definición de paciente terminal*. Recuperado de: <http://bit.ly/YyCBK0>
27. Peralta, V. y Díaz-Albó, B. (2011). *El psicólogo en los equipos de cuidados paliativos*. Recuperado de: <http://bit.ly/1rKb5zZ>

28. Pereira, R. (2007). *Resiliencia individual, familiar y social*. (Apunte de cátedra). Universidad de Ciencias Sociales y Empresariales. Buenos Aires.
29. Pérez Trenado, M. (s.f.). *El proceso de duelo y la familia*. Recuperado de: <http://bit.ly/lwPCmW1>
30. Ponce, C. (2013). *Abordaje psicooncológico en cuidados paliativos*. (Apunte de cátedra). Universidad de Ciencias Sociales y Empresariales. Buenos Aires.
31. Real Academia Española (2001). *Diccionario de la lengua española*. Buenos Aires: Planeta.
32. Romeo, A. (2013). *Cuidados paliativos pediátricos-oncología pediátrica-adultos mayores*. (Apunte de cátedra). Universidad de Ciencias Sociales y Empresariales. Buenos Aires.
33. Salvarezza, L. (2001). El dolor en la tercera edad. En R. D'Alvia (comp.). *El dolor. Un enfoque interdisciplinario*. (p. 45-52) Buenos Aires: Paidós.
34. Sastre y Moyano, P. (s.f.). *Cuidados paliativos*. (Apunte de cátedra). Universidad de Ciencias Sociales y Empresariales. Buenos Aires.
35. Soriano García, J., Carrillo Franco, G., Arrebola Suárez, J. y Martín García, A. (s. f.). *El cáncer en la tercera edad*. Recuperado de: <http://bit.ly/1ku94J2>
36. Vivanco Martínez, A. (s. f.). *La eutanasia ante el derecho*. Recuperado de: <http://bit.ly/1rXjciw>
37. Scharf, B. (2005). *Psicooncología: abordaje emocional en oncología*. Recuperado de: <http://bit.ly/1so8yzs>