



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES

ESPECIALIZACIÓN EN PSICOONCOLOGÍA

**EL ROL DEL PSICOONCÓLOGO EN EL
ACOMPañAMIENTO DEL PACIENTE QUE ATRAVIESA
LA ETAPA FINAL EN LA EVOLUCIÓN DE LA
ENFERMEDAD ONCOLÓGICA
“CASO RAMÓN”**

¿Cuál es el rol del psicooncólogo en el acompañamiento psicoterapéutico de un paciente que atraviesa la etapa final de la evolución de su enfermedad oncológica?

¿Qué beneficios tiene la atención psicooncológica en un paciente que atraviesa la etapa avanzada de su enfermedad oncológica?

AUTOR : Lic. Andrea Elina Ortiz Sanhueza.

TUTORES : Disciplinar de Contenidos Lic. Graciela Cuello.
Orientador Metodológico Lic. Esp. Carina Ponce.

DIRECTORA: Dra. Maria Bosnic.

AGOSTO – 2016 – CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES

Índice

Introducción.....	1
1. Capítulo I: Marco Teórico.....	3
1.1. Ansiedad y Temores Ante la Muerte.....	3
1.2. Las Necesidades Espirituales del Paciente Muriente	8
1.3. El Rol del Psicooncólogo al Final de la Vida.....	11
1.4. Acompañamiento Terapéutico al Final de la Vida.....	13
2. Capítulo II: Aspectos Metodológicos.....	16
2.1. Planteo de Problema.....	17
2.2. Objetivos: Generales y Específicos.....	17
3. Capítulo III: Presentación del Caso Ramón.....	19
3.1. Genograma.....	22
4. Capítulo IV: Descripción y Análisis del Caso Ramón.....	23
Conclusiones Generales.....	30
Referencias Bibliográficas.....	34

Introducción

El presente Trabajo Integrativo Final es requisito para la acreditación de la Especialización en PsicoOncología que se dicta en la Universidad de las Ciencias Empresariales y Sociales (UCES); y lleva como título: *El Rol del PsicoOncólogo en el Acompañamiento del Paciente que Atraviesa la Etapa Final en la Evolución de la Enfermedad Oncológica. Caso Ramón.*

El caso clínico que se describe y analiza es el de Ramón, de 79 años, oriundo de la región del Ñuble, séptima región, Chile, quien es diagnosticado de cáncer de páncreas con metástasis múltiples. Debido a que la enfermedad se encuentra en etapa avanzada el paciente es derivado a la unidad de cuidados paliativos de su localidad.

Cuando un paciente recibe el diagnóstico de cáncer lo asocia de inmediato con la muerte, situación que se acrecienta por la desinformación que puede tener por parte del equipo tratante, por el pronóstico, por experiencias previas, por cambios que debe afrontar producto de la enfermedad, además del silencio que muchas veces impera en el entorno familiar.

Esto trae aparejado necesidades psicológicas y espirituales que deberá afrontar, como la pérdida de control, de la independencia, de intereses, de expectativas futuras, de sueños y esperanzas, como también de roles y pérdidas relacionadas con la posición social. En definitiva, numerosas pérdidas que alteran el funcionamiento normal de la vida.

Y es ahí donde el acompañamiento terapéutico surge como un puente, como un acompañante de camino. Esta situación requiere del profesional de la salud ciertas características para dicho trabajo como, por ejemplo, escucha activa, comprensión, aceptación incondicional, generosidad, nobleza y respeto del silencio del otro. Ya lo decía Bejarano y Jaramillo (1992): Que el paciente al conocer o intuir la gravedad de su enfermedad observará la disposición o

conducta que presente el equipo tratante, el entorno familiar y el social. A partir de esto verá con quien puede expresar aquello que le aqueja, le angustia o le desconcierta. De esta manera, el paciente percibirá no solo aquellos cambios que afronta, producto del deterioro físico asociados a su enfermedad, sino también aquellas alteraciones que afronta su entorno más cercano, reafirmando sus temores, por lo cual tendrá la certeza de afrontar su propia muerte. (p. 44)

Resolver estas necesidades permite que el paciente aborde su propia muerte, elaboración que depende de su historia de vida, de los significados que le atribuye a la enfermedad, de su etapa evolutiva, y también de si habla, niega o reprime ésta circunstancia. Es por esto que el rol del psicooncólogo debe estar enfocado a atender las necesidades del paciente dando respuesta al sufrimiento, intentando con un abanico de herramientas promover su bienestar, y facilitando el proceso de adaptación en esta etapa final de la vida.

Para realizar dicho escrito se llevó a cabo una investigación documental no exhaustiva y se trabajó con material bibliográfico, tanto de fuentes primarias como secundarias. Con este fin se han utilizado libros, artículos de internet y apuntes aportados por los docentes de la Carrera. De este modo, la información recolectada y posteriormente seleccionada se utiliza para sustentar el caso clínico presentado.

A continuación se desarrollan los capítulos que componen el escrito. El primer capítulo corresponde al Marco Teórico, en el que se desarrolla la conciencia de muerte, la ansiedad y temores ante la muerte; luego se abordan las necesidades espirituales al final de la vida para, posteriormente, plantear los beneficios del rol del psicooncólogo en el acompañamiento terapéutico en el buen morir del paciente. A posteriori se presenta el marco metodológico, la presentación del caso clínico, y su descripción y análisis. Finalmente, se culmina el escrito con las conclusiones generales en las que se sintetizan los aportes obtenidos de la articulación entre lo teórico y lo práctico, y posteriormente se exponen las referencias bibliográficas.

Capítulo I: Marco Teórico

1.1 Ansiedad y Temores Ante la Muerte

La muerte no es sólo un hecho biológico. No lo es, al menos para el hombre, que siempre ha querido buscarle un significado. La historia de la humanidad trata de la vida del ser humano, pero también de su postura ante la muerte.

Según Gómez Sancho (2005), Oriol (1989) explica que el comportamiento del hombre ante la muerte a lo largo de la historia ha estado siempre impregnado de ambigüedad, entre la inevitabilidad de la muerte y su rechazo. La conciencia de la muerte es una característica fundamental del hombre. El animal envejece y muere. El hombre también envejece y muere. Sin embargo, hay tres diferencias fundamentales:

- El hombre es el único animal que sabe que envejece.
- El hombre es el único que sabe que ha de morir.
- El hombre es el único animal al que le duele la vejez y le teme a la muerte. (p.8)

Y, en palabras de Shopenhauer (1992): “El animal conoce la muerte tan solo cuando muere; el hombre se aproxima a su muerte con plena conciencia de ella en cada hora de su vida”. (Gómez Sancho, 2005, p. 8).

Aunque algunas especies no humanas lloran, al igual que los seres humanos, éstos parecen ser los únicos en advertir que tanto ellos como sus congéneres han de morir, como así también conocen que la muerte ha arrasado a múltiples generaciones anteriores. (Gómez Sancho, 2005, p. 7-12).

Aunque en los animales existen comportamientos para morir, éstos, a diferencia de las conductas y hábitos, no son aprendidos ni transmitidos

socialmente de una generación a otra; no son culturales sino innatos. Fuera de la conciencia innata o instinto de muerte, que el hombre aún conserva como legado de su origen animal, sus actitudes, creencias y comportamientos ante la muerte, son aprendidos culturalmente. (Gómez Sancho, 2005, p. 7-12)

A partir de esto se puede señalar que si bien todos los hombres mueren, no todos son semejantes en su manera de morir. Es decir, que de acuerdo a sus características, personales y socioculturales, la forma de afrontar la muerte para cada persona será distinta.

De esta manera, la muerte es vivenciada en forma muy distinta por los pacientes, lo cual depende de sus características personales y vivencias previas. Sin embargo, hoy en día, nadie cuestiona el hecho de que la mayoría de los pacientes en etapa avanzada de la enfermedad son conscientes de que su vida termina; a pesar que no todos hablan de ello y que algunos evaden cualquier comentario al respecto. Es por esto que para dar comienzo a este capítulo se toman algunos conceptos referidos a como vivencia el paciente el proceso de la muerte, y cuales son sus mayores ansiedades, temores y miedos.

Ya decía Publio Cyro (s.f.) en sus sentencias que: “el temor a la muerte es peor que la muerte misma. No es la muerte, en efecto, lo que inspira terror, sino la representación anticipada de la muerte”. (Gómez Sancho, 2002, p. 239).

Y según Epicuro, (s.f.) en su carta a Meneceo:

La muerte nada es para nosotros, porque todo bien y todo mal residen en la sensación y la muerte es privación de los sentidos. Por lo cual el recto conocimiento de que la muerte nada es para nosotros hace dichosa la mortalidad de la vida, no porque añade una temporalidad infinita, sino porque elimina el ansia de inmortalidad, nada terrible hay, en efecto, en el vivir para quien ha comprendido realmente que nada temible hay en el no vivir. De suerte que es necio quien dice temer la muerte, no porque cuando se presente haga sufrir, sino porque hace sufrir en su demora. En efecto, aquello que con su presencia no perturba, en vano aflige con su espera. Así pues, el más terrible de los males, la muerte nada es para nosotros, porque cuando nosotros somos, la muerte no está presente, y cuando la muerte está presente, entonces ya no somos nosotros. (Garrobo Reyes, 2011, p. 9-10)

Por otra parte, Gómez Sancho (2002) explica que durante el periodo de la crisis aguda la ansiedad crece hasta alcanzar el vértice de la tolerancia. Nadie puede soportar por mucho tiempo una ansiedad en grado máximo; por ello, el enfermo echará mano de no importa qué recurso psicológico para reducir su ansia. (p. 239-240)

Además, explica que, en términos generales, la consciencia de la muerte como causa de crisis puede ser analizada bajo cinco aspectos distintos: el acontecimiento estresante supone un problema, que por definición, no es posible de ser resuelto en el futuro inmediato; el problema pone a prueba recursos psicológicos, pues se encuentra más allá de los tradicionales métodos para resolver problemas; la crisis es una amenaza que pone en peligro el futuro de la vida, periodo que se caracteriza por una tensión que alcanza el punto máximo y después cae; la situación de crisis despierta el pasado, cercano y lejano, y problemas fundamentales no resueltos, que no necesariamente serán resueltos, puesto que durante el proceso de morir pueden surgir otros relacionados con la dependencia, la pasividad, el narcisismo o la identidad. (p. 239-240).

La ansiedad y el miedo son las respuestas que con más frecuencia se asocian a la muerte en nuestra cultura. Sin embargo, esto va a depender de si se trata de la muerte propia o la de otros, la de un familiar, amigo o allegado; pudiendo generar ansiedad tan sólo el hecho de imaginar, pensar, o hablar de ella. (Gatto, 2011, p. 1-5).

De esta manera, la ansiedad ante la muerte no es como otras ansiedades y, al mismo tiempo, forma parte de esas otras formas de ansiedad y de las reacciones ante la pérdida y el cambio. En definitiva, se trata de una ansiedad que engloba muchas otras, aunque permanece distinta. (Lonetto y Templer, 1988, p. 15-20).

Gómez Sancho (2002) refiere que Templer (s.f.) define la ansiedad ante la muerte como un estado emocional desagradable producido por la contemplación de la muerte propia. En este sentido, la ansiedad ante la muerte hace referencia a una amenaza general, y fundamentalmente difusa, que puede causar daño a la supervivencia personal. Entonces, la función de la ansiedad es alertar ante un peligro difuso, por lo cual tiene una función adaptativa. (p. 579- 597)

Por cierto, advierte el autor, que el temor a la muerte es universal, y señala que es muy conocido el criterio de Freud según el cual la muerte propia es inimaginable y, que en el intento de observarla, sólo se es un mero espectador de la muerte de otros. (p. 579- 597).

A continuación Gómez Sancho (2002) menciona que, según Burneell (1994), existen una serie de eventos que generan temor a la muerte y que pueden contribuir al síndrome de ansiedad ante dicha experiencia, los cuales son:

En primer término se teme la experiencia de morir, en sí misma. Además es muy frecuente que las personas gravemente enfermas manifiesten tener más miedo al dolor que a la muerte. También miedo a pasar las últimas semanas o meses de vida en una institución. Temor a sentirse avergonzado y a perder la dignidad. Temor a dejar de ser o el temor a la nada, es decir, el temor a la aniquilación. Temor a estar solo después de morir y separado de los seres queridos. Temor a pasar los últimos días o semanas de vida rodeado de máquinas, tubos y aparatos, para mantener las funciones corporales y controlar el cuerpo el tiempo que quede de vida. Y, finalmente, temor al fracaso. (p. 580-597).

Por otra parte, desde perspectivas teológicas, filosóficas y psicológicas, existe una visión de naturaleza multidimensional respecto a la ansiedad ante la muerte. Ésta ansiedad involucra la preocupación por el impacto cognoscitivo y emocional del morir y de la muerte; la anticipación y el miedo a alteraciones físicas que el morir y la muerte comportan; implica tomar conciencia de la limitación del tiempo entre el nacimiento y la muerte; la preocupación por el estrés

y el dolor que acompañan a la incapacidad; el temor a la enfermedad; y también el temor al morir en sí mismo. (Lonetto, 1988) (Gómez Sancho, 2002, p. 591).

Por consiguiente, el proceso de morir genera en el paciente estados de ansiedad, miedo y temor, que están asociados a los diversos cambios que presenta a lo largo del proceso de enfermedad, por lo cual la ansiedad debe ser considerada desde lo multidimensional; en tanto que su intensidad varía según el tipo de personalidad, el estilo de vida, el grado de emocionalidad del individuo, según las experiencias previas ante la muerte, y según la propia concepción de la muerte. Cabe señalar que la ausencia de solidaridad genera aislamiento y abandono, sensaciones que se incrementan en las personas que están próximas a partir.

De esta manera, en personas que transitan la etapa terminal de la enfermedad, se han analizado las actitudes ante la inminencia de la muerte en las que se observa que inciden distintos factores: personalidad, duración y tipo de enfermedad, interacción con los profesionales del equipo de salud, edad del paciente, lugar de la asistencia, entorno familiar, educación, creencias religiosas, y presencia o no de dolor. Estas actitudes, unidas al sufrimiento psíquico, se articulan en torno a dos procesos: la agonía y el acto de morir como tal. (Gatto, 2011, p. 5-10).

Grau y Chacón (s.f.) refieren que, según Rebolledo (1999), la muerte es la ausencia de relación cognitiva del individuo consigo mismo y con su entorno, que provoca una ausencia que se prolonga en la conciencia colectiva. Esto hace referencia a la desvinculación que tiene el paciente con su entorno, desconexión en que las preocupaciones dejan de existir, refugiándose en sí mismo y aislándose de su entorno familiar y social.

Además, los autores distinguen: *la muerte en sí misma*, como transición entre el estar vivo y el estar muerto, como experiencia nunca dolorosa que nadie

ha podido describir; *el proceso de morir*, que puede ser largo, doloroso y con sufrimiento; y *el proceso de duelo*, que es un proceso pleno de sufrimiento para el familiar o para quien experimenta la pérdida. De hecho, gran parte del temor reside en el proceso de agonía y no en el morir como tal.

Finalmente, explican que en la última etapa de la vida se identifican distintos tipos de miedo: miedo al proceso de agonía en sí mismo; miedo a perder el control de la situación; miedo a lo que acontecerá a los suyos tras su muerte; miedo al miedo de los demás; miedo al aislamiento y a la soledad; miedo a lo desconocido; y finalmente, miedo a la vida que se ha tenido y a que ésta no haya tenido significado. (Gatto, 2011, p. 5 -10).

1.2 Necesidades Espirituales del Paciente Muriente

La espiritualidad para Puchalski y Romer (s.f.) según lo señala Bayés (2006), “es lo que permite a una persona la experiencia trascendente del significado de la vida”. (p. 15). En este sentido, “se expresa a menudo como una relación con Dios pero esta relación también puede darse con la naturaleza, la música, la familia, la comunidad, en la medida en que tales valores dan a una persona sentido, significado y propósito a su vida”. (p. 233).

Es así que la esfera espiritual es una característica específica del ser humano. Ahora bien, existen una serie de necesidades que el hombre debe cubrir al final de su vida, justamente Alba Payás (2002) señala que, “en la última etapa de la vida, la persona afronta diversas necesidades espirituales fundamentales que, si son elaboradas de forma efectiva, le ayudaran a encontrar significado a su vida y a mantener la esperanza y aceptación delante de la muerte”. (p 36)

A partir de esto, Gómez Sancho (2002) plantea que los pacientes en etapa avanzada de la enfermedad presentan una serie de necesidades espirituales,

entre las que enumera: la necesidad de revisión y de contar cosas de su vida, de expresar sentimientos de culpa, de perdonar y ser perdonados, de reconciliación, de terminar proyectos inacabados, de hacer algo que debería haber sido hecho en el pasado.

A todo esto agrega que las personas pueden presentar ira contra el destino, contra Dios, la medicina y la familia; como también la necesidad de encontrar sentido al sufrimiento y de lograr crecimiento personal y espiritual a través de la enfermedad (relacionadas con el presente).

Y, finalmente, si la persona es religiosa puede tener conflictos con Dios, aunque también puede expresar la esperanza de amar y ser amado, de encontrar significado a la vida, de encontrar el misterio de la muerte y de otra vida, y también la esperanza de recorrer el camino confortablemente y de no ser abandonado (relacionadas con el futuro). (p. 235- 249).

Por su parte, Rufino (2015) señala que el Grupo de Trabajo de Espiritualidad en Cuidados Paliativos de la SECPAL (s.f.) propone una clasificación que responde a una revisión de de diferentes autores respecto al tema:

- *Necesidades de ser reconocido como persona*: el paciente puede verse reducido a la enfermedad, identificado con su tumor, la sensación de aislamiento, soledad, pérdida de control e inutilidad.
- *Necesidad de encontrar sentido a la existencia y al devenir* (la búsqueda de sentido): la consciencia de la propia muerte despierta la necesidad de encontrar significado y propósito a su existencia, coloca a la persona frente a lo esencial.

- *Necesidad de liberarse de la culpabilidad, de perdonarse*: en esa relectura de la vida a la que se ha hecho referencia sucede en ocasiones la emergencia de culpa que, si no es bien elaborada, puede generar un gran malestar psicológico y dificultar una muerte en paz.
- *Necesidad de reconciliación, de sentirse perdonado*: como consecuencia de la proximidad de la muerte se plantea, en algunas personas, la necesidad de reconciliarse, de resolver esos asuntos pendientes, de cerrar el círculo de su existencia y vencer el resentimiento.
- *Necesidad de establecer su vida más allá de sí mismo*: es una apertura a la trascendencia. Se trata de alargar la vida individual a las dimensiones de la humanidad entera o de la divinidad.
- *Necesidad de continuidad, de un más allá*: la necesidad de sentido no es solo una mirada hacia atrás, sino también hacia delante. Existe con frecuencia el deseo de continuidad después de la muerte, acompañado de dudas en cuanto a la realidad de esta vida en el más allá.
- *Necesidad de auténtica esperanza*: Thieffey (1992) explica que la situación de crisis que representa la enfermedad grave coloca al sujeto en una nueva relación en el tiempo: respecto al pasado, la necesidad de volver a releer su vida; respecto al futuro, el tiempo que queda puede ser vivido como una frustración, una angustia, pero también puede ser una la apertura a la trascendencia de la muerte.
- *Necesidad de expresar sentimientos y vivencias religiosos*: necesidad que aparece en todas las culturas. Muchas personas, independientemente de su orientación religiosa, tienen una forma específica de expresar sus sentimientos religiosos cuando se acercan a la muerte.

- *Necesidad de amar y ser amado*: esta necesidad se considera implícita en cada una de las necesidades anteriores. Aquel paciente que ama y se siente amado hasta el final, puede morir en paz. (p. 38-39).

Por consiguiente, es necesario propiciar espacios de resolución de necesidades espirituales del paciente para favorecer el afrontamiento de la propia muerte; y también es necesario aceptar que acompañar al que sufre no implica un cese de su dolor, en realidad ésta es la forma de humanizar el proceso.

1.3 Rol del PsicoOncólogo

Dada a la vulnerabilidad emocional que afronta el paciente y grupo familiar que acompaña el proceso de evolución de una enfermedad oncológica avanzada, se hace necesario abordar de forma holística no solo al paciente sino que también a su entorno familiar, dada la complejidad de necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales del paciente. De esta manera, el hecho de morir hace que emerjan un abanico de emociones y sentimientos, que podrían generar dificultades, provocando estrés psicológico, desestructuración emocional y sufrimiento, tanto en el paciente como en su entorno. Esta posible crisis hace que se evalúe la necesidad de contar con un profesional idóneo, y con herramientas terapéuticas que permitan acompañar al paciente y grupo familiar, ayudando al buen morir.

Es por esto que según los desarrollos de Manríquez de Lara, del Río, Fisman y del Rincón Fernández (2002) en la etapa final de una enfermedad oncológica tanto el paciente como grupo familiar se encuentran ante una situación difícil, cambiante y que amenaza diferentes dimensiones de su vida: social, emocional, física y espiritual. (p. 38-39).

Por ejemplo afirman, en cuanto al enfermo al final de la vida, que la labor del psicooncólogo se centra en una intervención psicológica preventiva con el

paciente y/o la familia directa; o se focaliza en la crisis, cuando las alteraciones emocionales o la presencia de problemas psicopatológicos se prolongan en el tiempo, sean estos desmedidos o incapacitantes, con el fin de aliviar su sufrimiento y facilitar a adaptación a esta difícil situación. (p. 38-39).

Estos autores explican que el psicólogo realiza en el contexto de una entrevista semiestructurada el diagnóstico situacional del estado emocional del paciente mediante evaluación de datos personales, del estado cognitivo, de antecedentes o historia psicopatológica previa, del nivel de información del diagnóstico y pronóstico que maneja, de la estructura de la dinámica familiar, principales preocupaciones y necesidades o problemas, presencia de síntomas de depresión y/o ansiedad relacionados con aspectos físicos, sociales, económicos o espirituales, estrategias de afrontamiento, como también evalúa la identificación de redes de apoyo personales, familiares y sociales, y la percepción de bienestar general. (p. 38-39).

De esta manera formulan que las intervenciones están dirigidas a paliar el impacto emocional ante la situación de enfermedad no curable, aumentar la percepción de control sobre el entorno y su autonomía, reducir la percepción de amenaza aumentando los recursos y la percepción de autoeficacia, y con ello paliar el sufrimiento, potenciar la autonomía, la disminución de la soledad y el aislamiento, facilitar la expresión emocional, fomentar los recursos propios del paciente, identificar y manejar las reacciones emocionales desadaptativas reactivas a la enfermedad y su evolución, fomentar la comunicación asertiva entre el enfermo y su familia, motivar la realización de actividades gratificantes, y proporcionar esperanza. (p. 38-39).

Respecto a la familia advierten que el psicólogo realiza el diagnóstico situacional mediante la evaluación de la dinámica vincular familiar, la identificación de los líderes en la toma de decisiones, de las personas responsables con capacidad actual para cuidar, de los miembros más susceptibles de desajuste emocional, de los sentimientos prevalentes ante la

situación y con relación al paciente, así como también indagan sobre los mitos familiares, las creencias, conocimientos y actitudes acerca de la enfermedad, los tratamientos, la salud y la muerte y evalúan las pautas de comunicación entre la familia y el paciente. (p. 38-39).

Por último, explican que la intervención con la familia esta dirigida a fomentar la comunicación con el paciente permitiéndole expresar sus sentimientos, ayudándole a tomar decisiones y a recuperar y mantener la autoestima y la percepción de control sobre su vida, animándole a realizar actividades gratificantes, facilitar la expresión emocional y proporcionar soporte para el afrontamiento de la situación actual y la pérdida, además de aportar asesoramiento informativo sobre los recursos que pueden disponer, e instruir en la prevención de complicaciones emocionales tras la pérdida.

Por consiguiente, el psicooncólogo debe contar con una variedad de herramientas no solo terapéuticas sino que también personales que permitan la resolución de necesidades espirituales del paciente y del grupo familiar, y es aquí donde debe ser un facilitador de los procesos del paciente, acompañando terapéuticamente, lo cual favorecerá el buen morir.

1.4 Acompañamiento Terapéutico al Final de la Vida

A partir de la bibliografía consultada, y también de la propia experiencia profesional, se observa que el conocimiento de un pronóstico desalentador genera, tanto en el paciente como en el grupo familiar, un impacto psicológico que altera todas las áreas del individuo, por lo cual es necesario un acompañamiento terapéutico con la finalidad de ayudar a asimilar los cambios y pérdidas que deben afrontar, producto de la enfermedad, como también acompañar en el proceso del morir.

Si bien el término acompañamiento terapéutico se comienza a emplear con pacientes que presentan algún componente psiquiátrico, hoy en día se aplica en distintas áreas de la praxis de los profesionales de la salud. Específicamente con éste término se hace referencia a:

Un dispositivo de baja exigencia, no directivo, que desde una perspectiva clínica y socio –comunitaria brinda atención y apoyo a familiares y usuarios ambulatorios, en espacios públicos o privados, individual o grupal promoviendo la participación y la autonomía del usuario en la toma de decisiones acerca de su tratamiento, sea éste en el ámbito de la prevención, la asistencia o la inserción social. (Galdós & Mandelstein, 2009) (Segui, 2013, p. 13).

Entre las funciones del acompañante terapéutico Segui (2013) adopta las enumeradas por Mauer y Resnizky (2004), quienes identifican: contener al paciente en su cotidianidad, ofrecerse como referente, ayudar a regularse como organizador psíquico, registrar y ayudar a desplegar la capacidad creativa, orientar un espacio social, y crear un puente al mundo que lo rodea. (p.13).

Desde la visión de la Medicina Paliativa, “el acompañamiento es la actitud del que no abandona sino que busca alternativas para paliar y emplear medios proporcionados a la situación y al pronóstico del paciente, algo que, de alguna manera, refleje los principios de la Medicina Paliativa”. (Espinar, 2006, p. 173).

Es por esto que acompañar al que sufre supone, en el profesional, una serie de actitudes con las que debe contar al momento de otorgar lo necesario al paciente. Por ésta razón Montigny (1991) señala que el “acompañar significa seguir al enfermo, estar a su lado, donde sea que se encuentre”. (p. 15)

Es así que el profesional que ejerza el acompañamiento debe ser conciente de sus motivaciones, pues solo en ese momento puede asumir el trabajo con toda responsabilidad.

Incluso, el ser conciente de las propias significaciones, en cuanto al proceso de la muerte, permite evaluar e identificar preocupaciones y necesidades

espirituales del paciente, siendo un canal para que puedan transpasar ese proceso de la mejor forma posible, acompañándolo en el silencio, a través de una mirada, con una sonrisa, con un gesto o una palabra, que puedan aliviar, paliar o disminuir, aquellas angustias que surgen al final de la vida.

Capítulo II: Aspectos Metodológicos

El presente trabajo consiste en un estudio de caso único cuya unidad de análisis trata de un adulto mayor de 79 años, con cáncer de páncreas con metástasis múltiples, en estadio avanzado de su enfermedad, paciente que es informado tanto del diagnóstico como del pronóstico de su enfermedad. Si bien el paciente afronta adecuadamente su pronóstico, presenta al final de su vida necesidades espirituales que lo angustian, por lo cual requiere del apoyo psicooncológico.

El trabajo se desarrolla a partir de un enfoque metodológico cualitativo, puesto que se parte de la observación y registro de un caso clínico, por lo cual las conclusiones serán válidas solo para el caso analizado. El alcance es descriptivo por lo cual se caracteriza la unidad de análisis y su contexto. Por último, presenta un diseño no experimental pues no se efectúa ningún tipo de manipulación en la variable.

El caso es elegido en tanto se dispone de material clínico suficiente, incluso desde que el paciente inicia tratamiento en la unidad de cuidados paliativos, momento a partir del cual se lo asiste psicoterapéuticamente hasta sus últimos días de vida, siendo ejemplificador respecto a la variable que se ha de analizar: *el rol del psicooncólogo en el acompañamiento del paciente que atraviesa la etapa Final de la enfermedad.*

Respecto a las técnicas de recolección de datos se utiliza el análisis de contenido de fragmentos de entrevistas con el paciente y su familia. Las entrevistas son libres, concretamente se trata de sesiones de psicoterapia domiciliaria semanales, de 1 hora de duración, aproximadamente.

2.1 Planteo de Problema

El afrontar una enfermedad oncológica avanzada genera en el paciente un impacto a nivel emocional que genera reestructuraciones a nivel familiar. Además, promueve en el paciente la expresión de necesidades espirituales, y es aquí donde el rol del psicooncólogo es necesario, para trabajar con aquellos temores, miedos y ansiedades que manifiesta el paciente. Este apoyo favorece no solo el afrontar los cambios que surgen producto de la enfermedad, sino que también permite la resolución de aquellas necesidades espirituales del paciente. Por consiguiente, es fundamental formular las siguientes preguntas que constituyen el problema a responder en el presente escrito:

- ¿Cuál es el rol del psicooncólogo en el acompañamiento psicoterapéutico de un paciente que atraviesa la etapa final de la evolución de su enfermedad oncológica?
- ¿Qué beneficios tiene la atención psicooncológica en un paciente que atraviesa la etapa avanzada de su enfermedad oncológica?

2.2 Objetivos: Generales y Específicos

A partir de lo expuesto se plantean los siguientes objetivos a alcanzar en el trabajo. Como Objetivos Generales:

- Describir el rol del psicooncólogo en la etapa final de la evolución de la enfermedad oncológica.
- Describir los beneficios de la atención psicooncológica de un paciente que atraviesa el final de la vida.

Asimismo, se plantean como Objetivos Específicos:

- Enumerar tareas y actividades propias del ejercicio del rol del psicooncólogo.
- Describir e identificar las necesidades psicológicas y espirituales que afronta el paciente al final de la vida.
- Reflexionar sobre la importancia de la asistencia emocional de un paciente muriente.

Capítulo III: Presentación del Caso Ramón

Ramón tiene 79 años, es carabinero jubilado desde hace 30 años, y trabaja desde entonces en Ferias Car como asesor de seguridad para evitar el robo de ganado, en la localidad de Ñuble, XVIII región de Chile. En el mes de febrero del año 2015 deja éste trabajo por sentirse decaído.

Hace 56 años esta casado con Rosa, una mujer 11 años mayor que él, con quien convive. Ramón tiene 6 hijos de su matrimonio, cuyas edades oscilan entre los 46 y 57 años. Rosa es ama de casa y tiene 6 hijos de un matrimonio anterior. Sus hijos menores fueron criados por Ramón. Ambos pertenecen a un nivel socio económico medio alto.

Ramón se muestra como un hombre muy correcto y preocupado por su actual estado de salud. Refiere querer saber lo que tiene, pues ningún estudio realizado ha arrojado un diagnóstico. No muestra indicadores de resistencia al proceso psicoterapéutico.

Es una persona de contextura media, delgado, de cabello castaño oscuro, ojos grandes de color verdes penetrantes, y su timbre de voz es profundo. Su apariencia, en general, es la de un hombre misterioso, observador, intelectual y culto. Tiene una red social bastante amplia, y es muy querido y respetado por su entorno laboral y demás conocidos, debido a su trayectoria laboral y a su corazón bondadoso.

La relación con Rosa es distante, al igual que con sus hijos. Refiere que su rol en la casa esta más asociado al proveedor económico, que al afectivo. Ahora que se siente decaído, señala que no ha pedido ayuda, pues no quiere preocupar ni molestar a su esposa ni a sus hijos; aunque menciona tener personas de confianza, como sus nietas y su hermana, quienes lo ayudan y guían con los estudios médicos, especialmente su nieta mayor que trabaja en una unidad de cuidados paliativos.

Ramón comenta ser un amante de la lectura, pasión que comienza cuando se postula a la escuela de suboficiales de carabineros en los años 60'. Ahí es cuando lee su primer libro que versa sobre los límites fronterizos con Bolivia. Incluso él atribuye su incorporación a la escuela a partir de haber comentado este libro. Desde entonces ha puesto en cada una de las áreas de su casa libros; el amor por la lectura también se refleja en sus 6 hijos y en sus 2 nietos.

En cuanto a su historia familiar comenta que fue muy sacrificada. Su madre fallece dando a luz cuando él tenía 8 años, y respecto a su padre lo describe como un hombre mujeriego y con problemas con el alcohol. Desde la muerte de su madre es contenido afectivamente por una de sus hermanas, la única con la que actualmente tiene muy buena relación; con el resto su relación no es mala, pero es distante.

Realiza diferentes actividades físicas (caminar, encender el fuego de la chimenea, conducir, etc.) es autovalente, aunque refiere no tener fuerza para trabajar en la huerta, actividad que le resulta placentera. Dice creer en Dios, es católico, y si bien no practica activamente la religión, lee la Biblia.

Su primera consulta psicoterapéutica es en mayo de 2015, y es derivado por la unidad de cuidados paliativos. Todas las consultas se realizan en su domicilio, principalmente, por la comodidad que le ocasiona. Su diagnóstico es cáncer pancreático con metástasis múltiples (pelvis, cavidad peritoneal, hueso y pulmón), sin posibilidad de tratamiento curativo, por lo cual se le ofrece control de síntomas en la unidad de cuidados paliativos.

Al momento de conocer su diagnóstico manifiesta: "*Y yo que pensé que era gástrico*". (con piernas y brazos entrecruzados, y mirada profunda).

Señala que desde febrero se sentía decaído motivo por el cual deja de trabajar. El paciente a pesar del conocimiento del diagnóstico se percibe

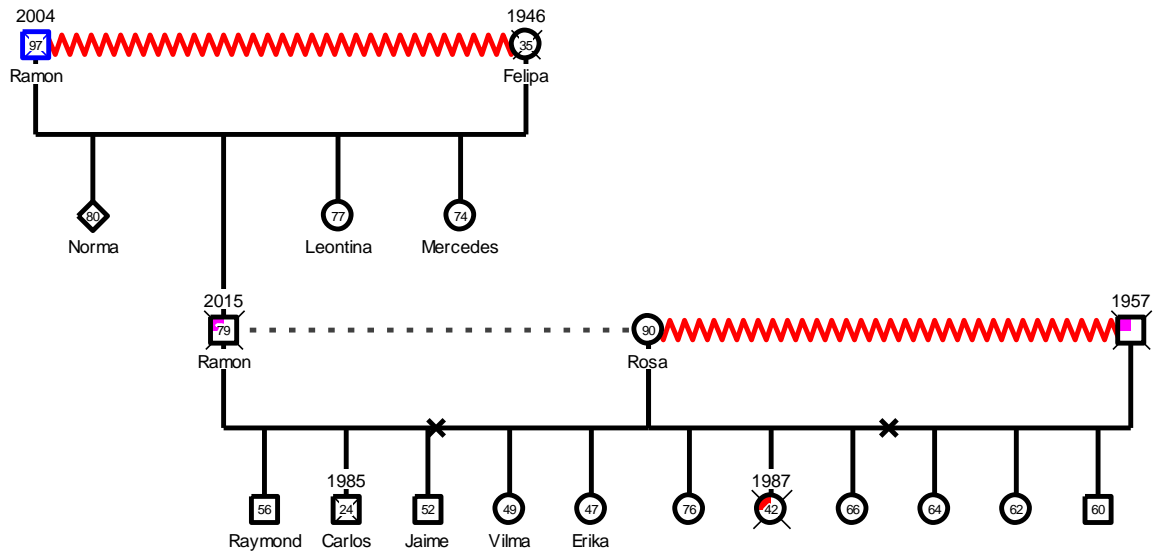
tranquilo, aliviado posterior al conocimiento, con algunas molestias físicas leves, siendo controladas con analgésicos de primera línea. Según la doctora, que es quien realiza el ingreso, el paciente se encuentra en buenas condiciones a pesar del pronóstico. Falta agregar que también es derivado al nutricionista para orientarlo en lo alimentario, con el propósito de prevenir la disminución del peso.

De esta manera, se trabaja con el paciente ahondando sobre la significación que le atribuye a la enfermedad, además de conocer sus preocupaciones y necesidades espirituales. Como marco de referencia se emplea la terapia humanista transpersonal, focalizando en el aquí y el ahora, con la finalidad de favorecer la resolución de necesidades espirituales del paciente, para lograr un adecuado afrontamiento de la enfermedad.

Las sesiones con Ramón duran aproximadamente una hora y media. Los encuentros son una vez por semana, a petición del paciente, en tanto que en la última semana de vida se aumenta la frecuencia. Si bien habla en sesión de sus emociones, preocupaciones y temores de forma abierta, solo en algunas ocasiones manifiesta estar angustiado. Es un hombre muy reservado y racional, incluso refiere haber llorado poco en su vida, más de enojo que de pena.

Actualmente expresa estar tranquilo, aunque existen algunas cosas que le preocupan. Reitera en cada una de las visitas que no quiere molestar. Se ve que es un hombre que vaya a solicitar ayuda frecuentemente. Por último, es importante mencionar que ha leído enciclopedias de salud en cuanto a su enfermedad, por lo cual señala tener claridad respecto a lo que le espera.

3.1 Genograma



Capítulo IV: Descripción y Análisis del Caso Ramón

En la primera sesión Ramón aun desconoce su diagnóstico: *“Desde febrero me siento decaído. Si bien he ido a la capital a realizarme exámenes, no arrojan ningún resultado. Me siento preocupado. Además, he bajado mucho de peso durante el último año...los médicos me dicen que puede ser diabetes... pero me siento decaído”*.

Comenta que quiere que su nieta lo acompañe a la primera consulta con el oncólogo, porque le tiene confianza y es más despierta: *“Quiero ir con ella, pues conoce del tema, quiero salir de la incertidumbre”*, además expresa que cree que no debe ser bueno lo que tiene.

A la semana siguiente le confirman el diagnóstico de cáncer de páncreas con metástasis múltiples: *“Me siento tranquilo ahora que se. No quiero hacerme nada, si me dieran la posibilidad de algún tratamiento. Es lo que me toca vivir y lo tomo como corresponde. He vivido mi vida a concho¹. Confieso que he vivido”*. (Refiriéndose a un poema de Pablo Neruda).

En estos párrafos se observa que la actitud que presenta Ramón al desconocer su diagnóstico es un hecho que le genera intranquilidad y lo angustia, actitudes comunes que suelen presentar los pacientes previos al conocimiento. Luego, al ser informado en forma clara y empática sobre su diagnóstico y pronóstico, disminuye su ansiedad y preocupación, lo cual favorece a un adecuado afrontamiento de su enfermedad y al proceso de aceptación. Por otra parte, el hecho de conocer su diagnóstico le ha permitido atender a preocupaciones o necesidades espirituales.

¹ Término que se utiliza en Chile para señalar que se ha vivido al máximo.

Es así que Ramón a largo de las entrevistas dice estar preocupado por el futuro de su familia, principalmente por su esposa. Quiere dejar todo en orden, para evitar problemas entre los hijos de su matrimonio, y los de Rosa.

Además es posible señalar que presenta un estilo de afrontamiento centrado en el problema, puesto que desde el conocimiento del diagnóstico Ramón comienza a evaluar sus actuales condiciones y competencia, a dejar trabajo forzoso, y se centra en actividades que tiene la capacidad de desempeñar, además de querer organizar todo, ahora que esta lúcido.

Por otra parte, desde el conocimiento del diagnóstico, se interioriza en su enfermedad, quiere saber todo, y pregunta frecuentemente si tiene alguna duda: *“Quiero comentarle que he leído enciclopedias de salud en cuanto a mi enfermedad, por lo que tengo clara la película”*.

En la segunda entrevista, ante la pregunta sobre: ¿qué necesita de la terapia?, responde: *“Solo quiero amor... que me llenen de amor”*. Esta situación actualmente parece preocuparle, a pesar de la relación distante con su grupo familiar. Por ejemplo, comenta que con sus hijas menores, de 47 y 46 años, se distancian de él a partir de la adolescencia de ambas, circunstancia que se profundiza a partir de decisiones equivocadas que tomaron: *“Esas chicuelas, no han sabido elegir bien, ¡imagínate!, traen puras preocupaciones a su madre. De estas chicuelas no hago una. Además, si no se han preocupado antes de nosotros, menos los harán ahora”*.

Si bien el paciente se muestra sereno, alude en sus dichos a diversas necesidades espirituales, entendiendo estas necesidades como una búsqueda personal de sentido, de significado de la vida o la muerte, del valor del sí mismo, no satisfechas, que pueden influir negativamente en el afrontamiento de su enfermedad. Por ésta razón es indispensable abordar al paciente de una forma integral abarcando cada una de las dimensiones de su persona, es decir, considerando aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales. Sabiendo

que aquellas necesidades del final de la vida pueden acrecentar sentimientos de angustia, temores y miedos, pudiendo influir negativamente.

En definitiva, se observan en el discurso del paciente necesidades no satisfechas como la de amar y ser amado, y la de reconciliación y ser perdonado, a las que alude en la petición que hace a la terapeuta, como también en el requerimiento de dejar arreglado cosas inconclusas.

Por otra parte, Ramón comenta que no es la primera vez que enferma, y que en tales circunstancias ha sido ayudado por su hermana. Sin embargo, reitera que no quiere molestar.

Esta actitud de no querer molestar ha generado en el paciente falta de adherencia al tratamiento, por ejemplo, al comienzo no duerme y se muestra inapetente, se aguanta el dolor, y no pide nada por temor a ser una carga para los demás.

Si bien en alguna oportunidad se entrevista a su esposa, para evaluar estado emocional posterior al conocimiento del diagnóstico, esta quiere que las atenciones estén focalizadas en Ramón. Dice que a partir del conocimiento de la enfermedad de su esposo la relación entre ellos ha sido distante. Respecto a su persona dice que no quiere verlo así, le da mucha pena, y no quiere llorar delante de él.

En consecuencia, Ramón presenta ciertas dificultades para aceptar los cambios que han surgido producto de su enfermedad; además, el verse reducido por la enfermedad a generado sentimientos de pérdida de control e inutilidad, como también temor a la dependencia, lo que puede estar asociado a la necesidad espiritual de ser reconocido como persona, a pesar de las limitaciones que puede estar afrontando debido al momento que le toca transitar.

No obstante, desde el conocimiento de su enfermedad Ramón se muestra muy receptivo a escuchar los distintos puntos de vista de los profesionales de la unidad, que favorece, luego, a la adherencia al tratamiento: *“escucho y obedezco porque son ustedes los que conocen mejor todo esto... confió en su palabra”*.

Uno de los temas que se aborda en sesión es la importancia de trabajar los temas no resueltos: *“Ramón, se que está más tranquilo desde que conoce su diagnóstico, y sabe que puede contar con nosotros. También entiendo que no quiera molestar, pero debe saber que estamos para ayudarlo. Si en algún momento ve que los medicamentos no le están haciendo el efecto esperado, o existe algún otro síntoma que no había sentido anteriormente, debe avisarle a la enfermera de la unidad. También es importante poder trabajar aquellas cosas que usted le preocupan, muchas veces esas cosas pesan más que la propia enfermedad, y esto puede influir negativamente en su afrontamiento”*.

Ramón: *“Y, a partir de su experiencia ¿qué opina de dejar las cosas arregladas?”*

Terapeuta: *“He visto de todo, sin embargo, debemos hacer lo que a usted le de tranquilidad. Ahora, respondiendo a su pregunta, a lo largo de los años en que he acompañado a pacientes a resolver sus necesidades espirituales, he visto que están más tranquilos una vez resueltas... y si ahora le preocupan tanto o le quitan el sueño, ¿porque debemos esperar?”*

Ramón reflexiona y señala que quiere arreglar algunas cosas que le preocupan. Ahora que esta lúcido y autovalente ha conversado con su esposa sobre el tema de la herencia. Quiere dejarle a los hijos que tiene con Rosa sus bienes, sin embargo, está le pide no informar a sus hijos del primer matrimonio para no generar problemas.

Se advierte que a medida que transcurre el proceso psicoterapéutico el paciente se muestra cada vez más dispuesto a expresar sus emociones, sus

temores, miedos y preocupaciones. Justamente, como se expuso en el marco teórico, es importante que el paciente observe una buena disposición del terapeuta, que le ofrezca un espacio para expresar libremente su emocionalidad, y que actúe como contenedor, pues éste proceder abre su corazón y motiva a que exprese sus preocupaciones y temores más íntimos.

Si bien Ramón no llora en sesión, muestra gratitud ante sus nietas (sus cuidadoras): *“antes pensaba que no existían los ángeles, pero aquí tengo dos, son un siete (haciendo alusión que han sido muy buenas con él). Jamás pensé en recibir tanto amor y dedicación de ellas”*.

Ambas nietas son parte importante del proceso de adaptación y resolución de sus necesidades, y pasan a ser el mundo de Ramón. Seguramente ellas han satisfecho, con sus cuidados, su compañía y su compasión, la necesidad de amar y sentirse amado de su abuelo, de ahí la gratitud que siente hacia ellas.

En las primeras sesiones Ramón dice: *“Antes de estar enfermo, jamás me sentí un viejo, a pesar de mis 79 años. Esta enfermedad me ha hecho dejar de hacer cosas que me gustaban, como sembrar y cosechar. Esto es lo que más me ha dolido, dejar de hacer cosas que antes podía hacer sin ningún problema”*.

A partir de estas expresiones el trabajo psicoterapéutico se centra en potenciar la autonomía del paciente, fomentando aquellas actividades que pueda desarrollar según sus capacidades físicas, con la finalidad de disminuir sentimientos de inutilidad.

Por otra parte, se incorporaron técnicas que favorecen la expresión emocional, con la finalidad de satisfacer su necesidad de afecto. Por ejemplo, se le pide a las nietas que verbalicen lo importante que es su abuelo para ellas, expresiones como te quiero, eres importante para nosotros, te vamos a cuidar, etc. También se utilizan lecturas de textos significativos para él, el propósito es focalizar y trabajar sus cuestionamientos existenciales, desde el aquí y ahora, y

según sus tiempos de elaboración, desde una escucha activa y desde la aceptación incondicional. De esta manera, el rol del psicooncólogo es favorecer aquellas instancias de comunicación asertiva y empática entre el enfermo y la familia.

En cuanto a los síntomas asociados a su enfermedad están controlados, aunque durante la última semana de vida comienza con vómitos reiterados, situación que lo angustia: *“¡Esto ya no es vida! No quiero molestar”*. Profesionales del equipo tratante lo tranquilizan diciéndole que no molesta, que están para ayudarlo, y que cambiarán el tratamiento para que se sienta mejor.

En los últimos encuentros Ramón mantiene tomada la mano de la terapeuta, y le pide que le lea partes de la Biblia, principalmente los Salmos, pues escucharlos, lo tranquilizan: *“Estoy tranquilo, ¿cuanto tiempo faltara? Ya he resuelto todo, ¿puede orar por mi?”*.

Esto refleja otra necesidad del paciente, la de expresar sentimientos y vivencias religiosas. Por cierto, esta necesidad es independiente de una orientación religiosa, es una forma específica de expresar sentimientos religiosos ante la cercanía de la muerte. En tal oportunidad se utiliza material proporcionado por el propio paciente, y se advierte que al escuchar los Salmos disminuye su estado de angustia.

En consecuencia, es indispensable como terapeutas contar con un abanico de recursos con la finalidad de tener puntos de encuentro con el paciente. Si bien Ramón no es practicante activo de la religión, en las últimas semanas de vida tiene un acercamiento a lo religioso. Acercamiento que es fortalecido por sus nietas y su familia, quienes son parte, al igual que la terapeuta, en las lecturas y oraciones. Por cierto, esta disposición presentada por la terapeuta favorece no solo la tranquilidad del paciente, sino también la del grupo familiar.

Respecto a los preparativos de su sepelio Ramón pide que todo sea sencillo, sin discursos, pues las cosas para él se dicen en vida. Da algunas indicaciones respecto a su urna, su ropa y otros detalles, con gran entereza: *“Quiero que esto les sirva de experiencia”*.

En sus últimos días se le administra morfina, debido al dolor, además de suero subcutáneo para hidratarlo. *“Estoy cansado... ¿puede decirles que estoy durmiendo? (al saber de alguna visita). La verdad que no creía que uno podría cansarse tanto al estar enfermo. Cuando me tocaba visitar a mis amigos enfermos y me decían que se cansaban, no les creía, ahora me doy cuenta que era verdad”*.

Cuando Ramón entra en proceso de agonía recibe la visita de los profesionales del equipo tratante, quienes contienen a una de sus nietas y a las hijas de Ramón que allí se encontraban.

Terapeuta: *“Entiendo el dolor que sienten, pero en este momento Ramón necesita sentir que estarán bien. A él le tranquiliza la lectura de Salmos y Cánticos. Les sugiero restringir las visitas por el estado de salud de Ramón”*.

Así es que las presentes leen en voz alta algunos Salmos y Cánticos (los latidos del corazón de Ramón bajan su intensidad). Luego se suman los hijos de Ramón.

Ramón fallece pasados unos minutos.

Conclusiones Generales

*“Dígame ¿Qué puedo hacer por Ud.
Llenarme de amor...”
Ramón, Mayo 2015.*

A partir de la elaboración del Trabajo Integrativo Final de la Especialidad se ha logrado alcanzar la consecución de los objetivos propuestos, lo que permite llegar a las conclusiones que a continuación se detallan.

Indudablemente, conocer que se está enfermo de cáncer genera, tanto en el paciente como en su entorno familiar, una crisis emocional. Concretamente se inician replanteos, análisis y evaluaciones respecto a como se ha vivido, por lo cual surgen al final de la vida, necesidades espirituales que necesitan ser abordadas, puesto que pueden influir en el proceso de enfermedad de forma negativa o positiva. Por ésta razón es bueno que el paciente exprese, si así lo desea, este tipo de cuestionamientos.

Hay que tener en cuenta que el paciente sabe u observa quién puede recibir y empatizar con su tristeza, con su angustia y su incertidumbre, y quién no. Es así que diferentes miembros de una misma familia pueden tener visiones muy distintas respecto a la realidad que vive su ser querido.

Al iniciar la elaboración de éste trabajo, y dada la importancia de contar con profesionales idóneos para abordar aquellas problemáticas en el paciente y grupo familiar, surgió la necesidad de conocer el rol del psicooncólogo en el acompañamiento psicoterapéutico de un paciente que atraviesa la etapa final de la evolución de su enfermedad oncológica, y la necesidad de indagar sobre cuales son los beneficios que tiene la atención psicooncológica en un paciente que atraviesa la etapa avanzada de su enfermedad.

A partir de este contexto es necesario que el psicooncologo sea un acompañante terapéutico, siendo un puente entre el mundo interno del paciente y

lo social, como un acompañante de camino, un profesional dispuesto a ayudar, a escuchar y a contener.

Que el paciente al conocer o intuir la gravedad de su enfermedad, observará la disposición o conducta que presente el equipo tratante, entorno familiar y social. A partir de esto el verá con quien podrá expresar aquello que le aqueja, angustia o desconcierta. De esta manera, el paciente percibirá no solo aquellos cambios que afronta producto del deterioro físico asociados a su enfermedad, sino que también aquellos cambios que afronta su entorno más cercano, lo que reafirmara aquello que teme y tendrá la certeza que se afrontará a su propia muerte. (Bejarano y Jaramillo, 1992, p. 44).

En consecuencia, dar acogida al sufrimiento del paciente evaluando sus preocupaciones y temores permite que pueda expresar libremente lo que le ocurre, situación que favorece el afrontamiento de su enfermedad, como también propicia a una muerte digna.

En definitiva, contar con un profesional especializado en Psicooncología en instancias tan trascendentales como el proceso de la muerte, permite disminuir el sufrimiento que genera la conciencia de la muerte, no solo en el paciente sino que también a quienes lo rodean.

Por otra parte, vivenciar una enfermedad como es el cáncer no solo posibilita evaluar las significaciones que el paciente le atribuye, además, permite conocer aquellos constructos socioculturales que influyen en el afrontamiento de la enfermedad. A todo esto se suman los replanteos, cuestionamientos existenciales, como también necesidades espirituales de la persona como un punto importante a tratar, sabiendo que pueden generar sufrimiento en el paciente.

En Ramón se puede apreciar una historia de vida marcada por sufrimientos y carencias afectivas, emergiendo al final de su vida la necesidad espiritual de ser amado y amar, algo que en otras instancias no se plantea. El escucharlo y validar esta necesidad le permite verbalizarlas a sus seres queridos más cercanos, especialmente a sus nietas, con quienes se permite muestras de

cariño.

El haber trabajado éstas necesidades en Ramón permite que el proceso de la muerte sea vivido en forma tranquila y solemne, y con una importante carga de emocionalidad. Seguramente la entereza y fortaleza sostenida a lo largo de todo el proceso posibilitó que pueda hablar libremente de la muerte, sin tapujos. Incluso se observa que expresa su agradecimiento con la vida vivida, y se muestra satisfecho con sus logros. Todo esto hace del proceso psicoterapéutico un proceso enriquecedor no solo para el paciente, sino también para el terapeuta en su rol de acompañante.

Por todas estas razones el presente trabajo es un aporte en lo teórico y en lo práctico para la PsicoOncología, tomando en cuenta la carencia de desarrollo teórico y práctico sobre el rol del psicooncólogo al final de la vida, especialmente en Chile. Desde ya, es de gran relevancia en lo personal poder ampliar este trabajo, con el fin de conocer otras vivencias y formas de afrontar las dificultades cotidianas en las cuales se ve enfrentado el psicooncólogo en las unidades de cuidados paliativos, lo cual favorecerá la formación en dicha disciplina.

Por otra parte, el acompañar a pacientes en el proceso final de su vida es una experiencia profesional enriquecedora y llena de aprendizajes. Y en éste contexto es necesario que el terapeuta observe constantemente sus propias vivencias, resignificando la muerte y evaluando las motivaciones que lo llevan acompañar a sus pacientes. Hace diez años que, quien suscribe, acompaña a sus pacientes en esta etapa tan trascendental de la vida, como es la muerte, por lo cual da fe del enriquecimiento personal y profesional.

Es importante mencionar que Ramón y su familia dieron su permiso para narrar su proceso hasta al final, así es que en uno de los encuentros, el paciente dice: *“...quiero que escribas un libro, y que narres tu experiencia para que puedas ayudar a otros...”*.

Como se deja sentado, el psicooncólogo debe ser un acompañante terapéutico, que actúe como un mediador, un puente, como un acompañante de camino. Situación que requiere del profesional de la salud, ciertas características como, por ejemplo, escucha activa, comprensión, aceptación incondicional, generosidad, nobleza y respeto del silencio del otro. Cualidades que se pueden encontrar desde el ejercicio de una visión humanista transpersonal.

A propósito de esto, Méndez López (2014) hace referencia a las actitudes que Carl Roger (1957) señala que debería contar el profesional, como la aceptación incondicional, la congruencia y la empatía, que permiten el vínculo terapéutico. Entonces, en el proceso que vivencia el paciente hay que centrarse en aquello que le preocupa, respetando sus tiempos y sus espacios. De esta forma, el profesional debe contar con una diversidad de herramientas terapéuticas con el fin de favorecer la resolución de necesidades espirituales que presente el paciente, focalizando en el aquí y el ahora.

En definitiva, resolver estas necesidades permite que el paciente aborde su propia muerte, elaboración que depende de su historia de vida, de los significados que le atribuye a la enfermedad, de su etapa evolutiva, y también de si habla, niega o reprime ésta circunstancia.

Referencias Bibliográficas

- Aguiar Morales, J, Aguiar Bujanda, D. y Bohn Sarmiento, U. (s. f.). *Epidemiología y etiología del cáncer*. En M., Gómez Sancho. (pp. 205-210). Avances en Cuidados Paliativos. España: Gafos
- Aguiar Morales, J, Aguiar Bujanda, D. y Bohn Sarmiento, U. (s. f.). *Historia natural del cáncer, oncogenes, crecimiento y progresión tumoral*. En M., Gómez Sancho. (pp. 211- 218). Avances en Cuidados Paliativos. España: Gafos.
- Alizade, A. (2012). *Clínica con la muerte*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Bayés, R. (2001). *Psicología del sufrimiento y la muerte*. Barcelona: Martinez de Roca.
- Bayés, R. (2006). *Afrontando la vida, esperando la muerte*. Madrid: Alianza.
- Bejarano, P. y Jaramillo, I. (1992). *Morir con dignidad: fundamentos del cuidado paliativo*. Bogotá: Amazonas.
- Benito, E.; Barbero, J. y Payás, A. (2008). *El acompañamiento espiritual en cuidados paliativos, una instrucción y una propuesta*. Recuperado de: file:///Users/apple/Desktop/guia_espiritualidad_secpal_2008_116.pdf
- Berger, P. & Luckman, T. (2003). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Bobadilla Merizalbe, J. (2011). *El Afrontamiento de la muerte del paciente terminal en el Servicio de Oncología y Hematología del Hospital de*

- Especialidades Eugenio Espejo.* (Tesis de Maestría en Bioética).
Universidad Libre Internacional de las Américas. Ecuador.
- Bruner, J. (1998). *Actos de significado: más allá de la revolución cognitiva.* Madrid: Alianza.
 - Espinar, V. (2012). *Los Cuidados Paliativos: Acompañando a las Personas al Final de la Vida.* Cuadernos de Bioética, XXIII. Recuperado de: <http://www.aebioetica.org/revistas/2012/23/77/169.pdf>
 - Flores-Guerrero, R. (2004, mayo). *Salud, enfermedad y muerte: Lecturas desde la antropología sociocultural.* Revista Mad. Nº 10. Recuperado <http://www.revistamad.uchile.cl/index.php/RMAD/article/viewFile/14783/1512>
[2](#)
 - Fonnegra de Jaramillo, I. (2001). *De cara a la muerte.* Santiago, Chile: Andrés Bello.
 - Garrobo y Robles. R. (2011). *Epicuro y el fenómeno de la indiferencia del mundo.* Eikasia revista de filosofía. Recuperado de: <http://www.revistadefilosofia.com/41-05.pdf>
 - Gatto, E. (2011). *El hombre ante la muerte. Una perspectiva actual.* (Apunte curso de formación continua). Campus virtual psicooncología. CABA.
 - Gómez Sancho, M. (2002). *Morir con dignidad I: La muerte social, psicológica, biológica y fisiológica. La conciencia de la muerte.* En M., Gómez Sancho. (pp. 235- 249). Avances en Cuidados Paliativos. España: Gafos.

- Gómez Sancho, M. (2002). *La ansiedad ante la muerte, decir o no decir la verdad, las malas noticias*. En M., Gómez Sancho. (pp. 579- 597). Avances en Cuidados Paliativos. España: Gafos.
- Gómez Sancho, M. (2002). *La muerte familiar. Ars Moriendi. El problema de la muerte en la sociedad actual*. En M., Gómez Sancho. (pp. 3- 29). Avances en Cuidados Paliativos. España: Gafos.
- Grau Abalo, J. y Chacón Roger, M. (s.f.). *Preparación para la muerte en el paciente, familia y equipo de salud: principios y técnicas de intervención*. En M. Gómez Sancho. (pp. 207-234). Avances en Cuidados Paliativos. España: Gafos.
- Hennezel, M. y Montigny, J. (1994). *El Amor Ultimo: Acompañamiento de enfermos terminales*. Buenos Aires: de la Flor.
- Kübler -Ross, E. (1975). *Sobre la muerte y los moribundos*. Barcelona: Gribaljo.
- 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.
- Lonetto, R. y Templer (1988). *La ansiedad ante la muerte*. Barcelona: Ancora.
- Luxardo, N. (2011). *Morir en Casa: El cuidado en el hogar en el final de la vida*. Buenos Aires: Biblos.
- Manríquez de Lara y del Río. B., Fisman, N. y Rincón Fernández, C. (2002). *Las Necesidades Psicológicas y el Rol del Psicólogo al Final de la*

- Vida. En M., Gómez Sancho. (p. 191- 203). *Avances en Cuidados Paliativos*. España: Gafos.
- Méndez López, M. (2014). Carl Rogers y Martin Buber: las actitudes del terapeuta centrado en la persona y la relación “yo-tú” en psicoterapia. *Revista Apuntes de Psicología*. N° 32. Recuperado <file:///C:/Users/ahermosilla/Downloads/509-1158-1-SM.pdf>
 - Ortiz, A. y Quiroz, C. (2008). *Construcción del duelo en funcionarios a cargo de niños con enfermedades oncológicas de alto riesgo vital* (Tesis de licenciatura). Universidad Diego Portales, Temuco, Chile.
 - Rossi, G. (2013). *Acompañamiento Terapéutico: Lo cotidiano, las redes y sus interlocutores*. Buenos Aires: Polemos.
 - Rufino, M. (2015). *Las necesidades espirituales como elemento de bienestar del paciente paliativo* (Tesis de Doctorado). Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona.
 - Segui, G. (2013). *Acompañamiento Terapéutico: Historia, teoría y clínica*. (Tesis de pregrado). Universidad de Chile, Santiago.
 - Yalom, I.D. (2010). *Mirar al sol: la superación del miedo a la muerte*. Buenos Aires: Booket.