



Departamento de postgrados

MAESTRÍA EN PSICOTERAPIA INTEGRATIVA

“ELABORACIÓN Y APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE DESARROLLO DE LA RESILIENCIA DESDE EL MODELO INTEGRATIVO ECUATORIANO DIRIGIDO A ENFERMOS TERMINALES DE LA FUNDACIÓN CASA DEL HOMBRE DOLIENTE DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL”

Trabajo de graduación previo a la obtención del título de MAGISTER EN PSICOTERAPIA INTEGRATIVA

Autor: DRA. MÓNICA DEL CARMEN TAMAYO PIEDRA

Directora: DRA. MARÍA DE LA CRUZ IZQUIERDO RIQUELME

**Cuenca Ecuador
2011**

DEDICATORIA

Este aporte va dedicado a mis padres quienes siempre han creído en mí, a su amor delicado casi inexpresivo pero inmenso.

A mis niños por ser inagotable fuente de superación.

A Jhon por representar el regalo de mi vida.

AGRADECIMIENTOS

A mi familia por permitirme compartir nuestro tiempo con mi vocación.

A mi maestra Dra. María de la Cruz Izquierdo por su paciente guía.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Dedicatoria.....	ii
Agradecimientos.....	iii
Índice de contenidos.....	iv
Índice de anexos.....	xi
Resumen.....	xii
Abstract.....	xiii
Introducción.....	1
Capítulo 1: Trastornos psicológicos en enfermos terminales: detectar cuáles son los trastornos más frecuentes que experimentan los pacientes hospitalizados que padecen una enfermedad terminal.....	3
1.1. Trastornos que se asocian a una enfermedad terminal.....	3
1.1.1. Depresión.....	7
1.1.2. Ansiedad.....	10
1.1.3. Insomnio.....	11
1.1.4. Ideas suicidas.....	13
1.2. Emociones frecuentes en los pacientes, aspectos psicológicos del hombre en la enfermedad.....	14
1.2.1. Aceptación de la enfermedad.....	16
1.2.2. El miedo y la ansiedad como emociones recurrentes.....	18
1.2.3. La tristeza y aflicción como emociones	22
1.3. Universo y muestra.....	25
1.3.1. Universo.....	25
1.3.2. Descripción de la muestra.....	26
1.4. Instrumentos de investigación.....	28
Capítulo 2: Enfoque desde el modelo integrativo ecuatoriano focalizado en la personalidad para el manejo de pacientes que padecen de una enfermedad terminal.....	29
2.1 La situación de la salud en el mundo.....	29

2.2	Conceptos de calidad de vida.....	35
2.3	La eficacia del modelo integrativo ante la necesidad de un abordaje completo.....	37
2.4	Bases epistemológicas y teóricas del modelo integrativo ecuatoriano focalizado en la personalidad.....	40
2.5	La personalidad del paciente y su respuesta a la enfermedad.....	42
2.6	Significado atribuido a la enfermedad desde paradigmas estructurados en el modelo integrativo.....	47
2.7	Enfermedades y paradigmas.....	51
2.7.1	Enfermedad y paradigma biológico.....	51
2.7.2	Enfermedad y paradigma ambiental-conductual.....	53
2.7.3	Enfermedad y paradigma cognitivo.....	54
2.7.4	Enfermedad y paradigma afectivo.....	55
2.7.5	Enfermedad y sistema self.....	55
2.7.6	Enfermedad y paradigma sistémico.....	56
2.7.7	Enfermedad y paradigma inconsciente.....	57

Capítulo 3:	La resiliencia en el paciente terminal consideraciones teóricas y generalidades.....	58
-------------	--	----

3.1	¿Qué entendemos por resiliencia?.....	58
3.2	Algunos conceptos que se relacionan con resiliencia.....	65
3.2.1	La competencia social	65
3.2.2	La ego-resiliencia	66
3.2.3	Personalidad resistente, dureza o hardiness	67
3.3	Recursos que potencian la resiliencia desde etapas tempranas	68
3.4	Recursos que potencian resiliencia en la vejez	71
3.5	Características del individuo resiliente	76
3.6	Características del individuo resiliente desde los paradigmas	82
3.6.1	Paradigma cognitivo.....	82
3.6.2	Paradigma biológico	83
3.6.3	Paradigma ambiental – conductual	84
3.6.4	Paradigma afectivo.....	85
3.6.5	Sistema self.....	86

3.6.6	Paradigma sistémico.....	88
3.6.7	Paradigma inconsciente	89
Capítulo 4: Análisis de datos.....		90
4.1	Análisis de datos de los principales trastornos encontrados en los pacientes enfermos terminales investigados en la Fundación Casa del Hombre Doliente de la ciudad de Guayaquil.....	90
4.1.1	Gráfico N° 1: Pacientes.....	92
4.1.2	Gráfico N° 2: Edad y sexo	93
4.1.3	Gráfico N° 3: Patología.....	94
4.1.4	Gráfico N° 4: Trastornos.....	95
4.1.5	Gráfico N° 5: Depresión.....	96
4.1.6	Gráfico N°6: Patología asociada.....	97
4.1.7	Gráfico N°7: Síntomas encontrados en pacientes con depresión.....	99
4.1.8	Gráfico N°8: Tipos de insomnio.....	100
4.1.9	Gráfico N°9: Ansiedad.....	102
4.1.10	Gráfico N°10: Ansiedad según patología asociada.....	103
4.2	Resumen y hallazgos.....	104
Capítulo 5: Aspectos metodológicos y prácticos de un programa de resiliencia desde el modelo integrativo ecuatoriano en pacientes enfermos terminales		108
5.1	Primera etapa.....	108
5.1.1	La demanda del paciente.....	108
5.1.2	Demanda de familiares e institucionales.....	109
5.1.3	Demanda de otros profesionales.....	109
5.2	Segunda etapa.....	111
5.2.1	Estrategias de la primera entrevista como inicio de proceso.....	111
5.2.2	Metodología de la segunda etapa.....	112
5.2.3	Pruebas psicológicas empleadas.....	113
5.3	Tercera etapa planificación del proceso.....	114
5.3.1	Formulación dinámica del trastorno o problema.....	114

5.3.1.1 Aspectos precipitantes.....	115
5.3.1.2 Aspectos determinantes.....	116
5.3.1.3 Aspectos predisponentes.....	117
5.3.1.4 Aspectos mantenedores.....	118
5.3.2 Descripción de la personalidad.....	119
5.3.3 Señalamiento de objetivos.....	120
5.3.3.1 Objetivos de asesoramiento.....	121
5.3.3.2 Objetivos sintomáticos.....	121
5.3.3.2.1 Apoyo emocional.....	125
5.3.3.2.1.1 Fase I Creación del vínculo.....	126
5.3.3.2.1.2 Fase II Evocar y explorar.....	129
5.3.3.2.1.3 Fase III Reestructuración emocional.....	130
5.3.3.2.2 Disminuir o eliminar síntomas específicos asociados a la depresión y ansiedad.....	131
5.3.3.2.3 Técnicas de control de síntomas y su aplicación.....	133
5.3.3.2.4 Técnicas sintomáticas en el control del dolor.....	139
5.3.3.2.5 Técnicas de control del dolor.....	142
5.3.3.2.6 Control psicológico de vómitos y náuseas.....	144
5.3.3.2.7 Hipnosis.....	144
5.3.3.2.7.1 Técnicas sugestivas en vigilia.....	146
5.3.3.2.8 Visualización.....	147
5.3.3.2.9 Procedimientos conductuales.....	147
5.3.3.2.9.1 Desensibilización sistemática.....	148
5.3.3.2.9.2 Entrenamiento asertivo.....	148
5.3.3.2.9.3 Técnica de biofeedback.....	149
5.3.3.2.9.4 Modelamiento.....	149
5.3.3.2.9.5 Aporte de otras corrientes.....	150
5.3.3.2.9.5.1 Síntomas afectivos.....	152
5.3.3.2.9.5.2 Síntomas cognitivos.....	154
5.3.3.2.9.5.3 Síntomas conductuales.....	154
5.3.3.2.9.6 Terapia racional emotiva conductual.....	155
5.3.3.3 Objetivos de la personalidad.....	156
5.3.3.3.1 Los procedimientos constructivistas.....	156
5.3.3.3.2 Tratamientos constructivistas.....	157

5.3.3.3.2.1	La terapia de los constructos personales de Kelly.....	157
5.3.3.3.2.1.1	Técnica del rol fijo.....	158
5.3.3.3.2.2	La Terapia cognitiva postracionalista.....	158
5.3.3.3.2.2.1	Técnica de la moviola.....	158
5.3.3.3.2.2.2	El enfoque de los procesos de cambio Mahoney.....	159
5.3.3.3.2.3	Terapia cognitiva narrativa.....	159
5.3.3.3.2.4	Enfoque constructivista sistémico.....	159
5.3.3.3.2.5	Las técnicas retrospectivas.....	160
5.3.3.3.2.6	Terapia de reminiscencia.....	160
5.3.3.3.2.7	Análisis de los significados.....	161
5.4	Cuarta etapa.....	163
5.4.1	Ejecución y aplicación técnica.....	163
5.4.2	Los objetivos de la intervención.....	167
5.4.3	Aspectos metodológicos.....	168
5.4.4	Criterios de exclusión para la terapia grupal.....	169
5.4.5	Procedimiento.....	170
5.4.5.1	Primera fase.....	171
5.4.5.2	Segunda fase.....	171
5.4.5.3	Tercera fase.....	171
5.4.5.4	Cuarta fase.....	171
5.4.6	Ejecución y aplicación técnicas.....	172
5.4.6.1	Sesión 1: Objetivos.....	173
5.4.6.2	Sesión 2: Similitudes y diferencias entre vivencias y acciones relacionadas con la enfermedad.....	174
5.4.6.3	Sesión 3: Aprendiendo a reconocer mis pensamientos y emociones frente a mi enfermedad.....	176
5.4.6.4	Sesión 4: Los pensamientos automáticos y las distorsiones cognitivas.....	178
5.4.6.5	Sesión 5: Reconocer la diferencia entre emociones y sentimientos.....	180
5.4.6.6	Sesión 6: La resiliencia.....	182
5.4.6.7	Sesión 7: Creando una historia personal de resiliencia.....	184
5.4.6.8	Sesión 8: Como participar en el control de los síntomas.....	185
5.4.6.9	Sesión 9: Técnicas de respiración.....	187

5.4.6.10 Sesión 10: Técnica de respiración para el insomnio.....	189
5.4.6.11 Sesión 11: Técnicas de relajación para el control de la ansiedad.....	190
5.4.6.12 Sesión 12: Expresiones de personas con características resilientes.....	193
5.4.6.13 Sesión 13: Cierre.....	195
 Capítulo 6: Quinta etapa evaluación de los procesos y resultados de la aplicación del programa.....	197
 6.1 Con relación a la problemática.....	197
6.2 En relación con la sintomatología.....	203
6.3 En relación al conocimiento de la resiliencia y la generación de cambios.....	207
6.4 En cuanto a los objetivos relacionados con la personalidad.....	209
 Conclusiones.....	216
 Recomendaciones.....	222
 Bibliografía.....	224
 Anexos.....	228
Anexo 1.....	228
Anexo 2.....	230
Anexo 3.....	233
Anexo 4.....	242
Anexo 5.....	244
Anexo 6.....	246
Anexo 7.....	248
Anexo 8.....	249
Anexo 9.....	251
Anexo 10.....	255
Anexo 11.....	256

Anexo 12.....	258
Anexo 13.....	259

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1: Escala de Hamilton para la depresión.

ANEXO 2: Escala de Hamilton para ansiedad (HARS) (Versión adaptada al castellano por Carrobles y cols.).

ANEXO 3: Entrevista estructurada para la aplicación de la escala de Hamilton para depresión.

ANEXO 4: GUÍA No 1: Ficha integrativa de evaluación psicológica (FIEPS).

ANEXO 5: GUÍA No 2: Análisis de demanda, expectativas y motivaciones previas al inicio del proceso.

ANEXO 6: GUÍA No 3: Tipos de primera entrevista.

ANEXO 7: GUÍA No 5: Planificación del proceso.

ANEXO 8: Instrumentos de evaluación para los trastornos mentales orgánicos.

ANEXO 9: Asesoramiento y psicoterapia integrativa.

ANEXO 10: GUÍA No 6: Evolución.

ANEXO 11: La taza de té.

ANEXO 12: La vasija rota.

ANEXO 13: El caballo que cayó en el pozo.

RESUMEN

La investigación se desarrolló en pacientes con enfermedades progresivas e irreversibles situadas en la etapa terminal, caracterizado por un marco cultural cuyas costumbres, creencias, mitos y nivel social eran propios de una historia de indigencia, con desconocimiento absoluto del concepto terapia, psicólogo, salud mental. Encontramos una población descuidada en el aspecto psicológico, recibían una excesiva dosis de positivismo, elemento deliberadamente aplicado a todo momento y estado de ánimo; esta actitud tiende a deformar la atención desestimando los enunciados y demandas que buscaban escucha y alivio.

Luego de algunas entrevistas se integró un grupo de 15 pacientes con diferentes patologías a quienes se aplicó baterías psicológicas determinando entre los hallazgos y conclusiones más relevantes: depresión en un 53,33% asociándose como síntomas principales la ansiedad psíquica moderada, sentimientos de culpa e insomnio. Los objetivos se perfilaron precisos y alcanzables en una perspectiva realista y autocrítica, se planteó: asesoramiento a través de la psicoeducación, buscando la asunción de responsabilidad, re-administrar aspectos positivos de la personalidad, reconstrucción y re-significación.

El modelo admite rediseñar en el transcurso de los procedimientos, sin que esto altere el encuadre u objetivos trazados, permite intervenir en crisis, atender interrogantes y sucesos que surgen, la terapia basada en el constructivismo, consciente trabajar con este esquema, a esta práctica se incorporaron aportes de otras corrientes, procedimientos conductuales y constructivistas entre otros. El constructo resiliencia desde el enfoque integrativo es la herramienta idónea para trabajar con pacientes terminales, el concepto es adoptado porque sus características, atributos y competencias se acercan mucho a la necesidad y comulgan con la realidad. Para los que partieron en el proceso, la resiliencia les permitió otorgarle al sufrimiento un valor antes desconocido, les acercó a un significado diferente dándole mayor sentido a su vida por haberla luchado hasta el final.

ABSTRACT

The investigation was developed in patient with progressive and irreversible illnesses located in the terminal stage, characterized by a cultural mark whose customs, beliefs, myths and social level were characteristic of a history of poverty, with absolute ignorance of the concept therapy, psychologist, mental health. We find a population neglected in the psychological aspect, they received an excessive dose of positivism, element deliberately applied to all moment and state of spirit, this attitude spreads to deform the attention underrating those enunciated and you demand that looked for he/she listens and I alleviate.

After some interviews he/she was integrated a group of 15 patients with different pathologies to who it was applied psychological batteries determining between the discoveries and more excellent conclusions: depression in 53,33% associating as main symptoms the moderate psychic anxiety, blame feelings and insomnia. The objectives were profiled precise and accessible in a realistic perspective and self-criticism, he/she thought about: advice through the psycho education, looking for the assumption of responsibility, to re-administer positive aspects of the personality, reconstruction and re-significance.

The pattern admits to redraw in the course of the procedures, without this alters the alignment or objectives layouts, it allows intervening in crisis, to assist queries and events that arise, the therapy based on the constructivism consent to work with this outline, to this practice they incorporated contributions of other currents, procedures behaviors and constructivists among others. The resilience from the focus integrative is the suitable tool to work with terminal patients, the concept is adopted because its characteristics, attributes and competitions come closer a lot to the necessity and they take communion with the reality. For those that left in the process, the resilience allowed them before to grant to the suffering a value unknown, it brought near to a different meaning giving bigger sense to its life to have fought her until the end.

INTRODUCCIÓN

Las expectativas de calidad de vida para enfermos terminales son incipientes si la política hospitalaria y el equipo multidisciplinario no ha observado más allá de sus necesidades básicas; intervenir en este grupo afectado por trastornos psicológicos como ansiedad y depresión ya sea en grado moderado o severo, inmersos en un abanico de síntomas que se asocian empobreciendo el funcionamiento global, requiere un abordaje especial, una intervención que ampare la incertidumbre, impredecibilidad, pérdida, renuncia a la salud, familia y la vida, todo esto en el entorno de una etapa donde el paciente debe sobrevivir al impacto del diagnóstico para prepararse al devenir del final.

Este grupo humano olvidado, porque probablemente sus características son desestimables para el sistema productivo de una sociedad, por situaciones como las mencionadas no resulta una población alentadora, inclusive para la práctica clínica, pues, involucra la posibilidad como profesional de no poder ver plasmados los objetivos que persigue la psicoterapia en donde se aspira cambios, modificación, re administración, despertar. No obstante, la idea de aportar a mitigar el dolor y buscar un significado útil en donde parece no existir nada por hacer, han motivado mi interés de investigar y planificar un PROGRAMA DE DESARROLLO DE RESILIENCIA PARA ENFERMOS TERMINALES desde el modelo integrativo, considerando que es la alternativa adecuada en función de las particulares necesidades que presentan estos pacientes.

El camino a desarrollar, la resiliencia, en este grupo humano supone la presencia de obstáculos inherentes a la enfermedad, circunstancias que afligen el estado global del individuo, por lo que es necesario prever que el proceso requiere de esfuerzo y que compromete como logro la construcción de la realidad regida por particularidades personales, la resiliencia no es una característica o rasgo que tienen o no las personas, ésta involucra la presencia de conductas, pensamientos y acciones que pueden ser aprendidas y desarrolladas, la idea de resiliencia incluye crear y

construir significados, que estarán en permanente interacción dotando de sentido a la existencia y su lucha, permitiendo al paciente sobreponerse y salir fortalecido de cada una de las experiencias adversas, implica enfrentamiento efectivo y la capacidad de proteger la propia integridad, forjar un comportamiento vital positivo, afrontar, superar y construir sobre ello.

El fundamento teórico que respalda el presente trabajo, se basa en el modelo integrativo, y sus bases epistemológicas se sustentan en el constructivismo moderado, el cual como teoría del conocimiento se aparta del pensamiento tradicional, dando apertura a nuevas formas de construcción del mismo, enfatiza en el papel del individuo, la dinámica de la personalidad, sus características en la construcción de mencionada realidad y sus significados tanto genuinos como únicos.

La flexibilidad técnica que ofrece el modelo permitirá adecuar los recursos específicos en busca de los objetivos planteados: mejorar la calidad de vida, controlar los síntomas, intervenir en atención preventiva para reducir los trastornos, favorecer la utilización eficaz de los recursos del paciente re administrando los atributos conservados de la personalidad en su aspecto saludable y potenciarlos dentro del marco de la resiliencia. Facilitar la reestructuración de aspectos cognitivos existentes promoviendo cambios de actitud, adaptación y autoayuda centrados en una relación colaborativa entre terapeuta y paciente que busquen conjuntamente un alivio integral.

Como en toda investigación será necesario hacer una valoración inicial con fines diagnósticos, por las diferencias personales, necesidades individuales y grupales, criterios de inclusión, encuadre y planificación.

CAPÍTULO 1

TRASTORNOS PSICOLÓGICOS EN ENFERMOS TERMINALES: DETECTAR CUÁLES SON LOS TRASTORNOS MÁS FRECUENTES QUE EXPERIMENTAN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS QUE PADECEN UNA ENFERMEDAD TERMINAL

1.5. Trastornos que se asocian a una enfermedad terminal

El ambiente que rodea a la fase terminal predispone a que los enfermos desarrollen diversas complicaciones psicológicas, por lo que, la detección, manejo de síntomas y trastornos que se asocian a la enfermedad representan uno de los objetivos primordiales a atender. La enfermedad física crónica, puede alterar el funcionamiento de la persona significativamente, la calidad de vida e inclusive la predisposición y respuesta a los cuidados paliativos. Esta condición física implica e involucra todos los aspectos de la vida del paciente. Goodheart diferencia diversas áreas de la vida para las cuales la enfermedad constituye una amenaza:¹

- A la vida y al bienestar general.
- A la integridad corporal y el confort.
- A la independencia, privacidad, autonomía corporal.
- A las metas de vida y planes futuros.
- A las relaciones con la familia, amigos, colegas.
- A la posibilidad de permanecer en un ambiente familiar.
- Al bienestar económico.

A los propósitos del abordaje psicológico, la amenaza que representa la enfermedad no se limita al enfoque somático sino al aspecto psíquico y al grado de percepción que representa esta amenaza, que es diferente en cada individuo y su personalidad.

El grado de percepción del peligro es diferente de un paciente a otro y cualquier estrategia terapéutica tiene que abordar dos factores interrelacionados entre sí:

¹ FERNÁNDEZ, Héctor., OPAZO, Roberto. (2004). *La integración en Psicoterapia*. Ediciones Paidós Ibérica S.A. Barcelona. Págs. 257, 259.

- El problema de la desorganización que amenaza al sí mismo y a la integridad.
- El problema de la reorganización del sí mismo basada en el cambio de realidad.

La aparición de una enfermedad crónica representa una crisis y como tal trata con el impacto que irrumpe en patrones establecidos de la identidad personal y social según Taplin ²(1971) "el componente cognitivo central frente a un suceso traumático es la vulneración de las expectativas de la persona sobre la vida". Cuando una situación es nueva e inesperada las respuestas habituales resultan inadecuadas o insuficientes, la crisis provoca un estado de desorden que se acompaña de miedo, angustia, dolor, culpa, y otras sensaciones displacenteras. Como una crisis es limitada, por definición, el nuevo balance puede significar una adaptación adecuada que se sostenga en elementos de resiliencia, que promueva el desarrollo personal o una repuesta mal adaptativa que provoque consecuencias a nivel psicológico.

La potencia de la crisis a que están expuestos los pacientes deriva de las características presentes frente al diagnóstico, así:

- Habitualmente no se puede anticipar: alude al carácter de inesperado que acompaña un diagnóstico, considerando que los diagnósticos son la conclusión de una situación de vivencia en donde se presentaron síntomas y signos que condujeron al resultado final, la constatación del diagnóstico genera sentimientos de sorpresa, una irrupción que se inscribe y agrede al individuo en cualquier ciclo de vida que se encuentre.
- Inicialmente es poco clara: se refiere al período del estudio previo al diagnóstico, en donde el paciente recibe diversas hipótesis posibles, en relación a la índole de la afección, su gravedad.
- Es necesario tomar decisiones rápidas: los avances en los tratamientos, las interconsultas, la incorporación de nuevos hábitos, la modificación de la

² FERNÁNDEZ, Héctor., OPAZO, Roberto. (2004). *La integración en Psicoterapia*. Ediciones Paidós Ibérica S.A. Barcelona. Pág. 259.

rutina diaria, la actividad laboral, el cambio de estilo de vida, demandan energía, adaptación y requieren la activación de la cognición capaz para procesar el evento, estos aspectos representan elementos de presión para el individuo.

A lo largo del proceso de enfermedad el paciente deberá enfrentarse a múltiples factores: molestias físicas, potencialmente generadoras de malestar; causas predisponentes de los trastornos, algunos de los más significativos son:

- Con relación a la enfermedad: progresión rápida, larga duración, Incertidumbre acerca de la evolución de la enfermedad, incapacidades presentes o futuras, problemas estéticos, amputaciones, desfiguración física, caída del pelo, cambios en el color de la piel, incremento o pérdida de peso.
- Con relación al paciente: falta de comprensión de la enfermedad y tratamiento, temor al dolor, a fallecer, pérdida de control, de la independencia, privacidad, autonomía, dependencia del equipo de salud, alteración del estilo de vida, del rol, limitación en las actividades, exigencias que requiere la rehabilitación.
- Con relación a los síntomas: mal o pobre control de los efectos indeseables, molestias físicas, dolor, fatiga, debilidad, prurito, limitaciones funcionales y motrices, discapacidad, pérdida de la integridad corporal.
- Con relación a los aspectos socioculturales: barreras de lenguaje, nivel de instrucción.
- Con relación a los aspectos espirituales y de realización: remordimiento, culpabilidad, expectativas no satisfechas, asuntos inconclusos, secretos de familia, desesperanza.
- Con relación a los aspectos afectivo-cognitivo: sufrimiento, tristeza, separación del medio familiar, sensación de aislamiento, sentirse una carga, distorsiones cognitivas, pérdidas significativas de los ciclos vitales, alteraciones en la planificación y logro de metas futuras, duelo-muerte.
- Con relación al tratamiento: espera de los resultados de los exámenes médicos y diagnóstico, necesidad de tomar decisiones acerca de las

alternativas de tratamiento, sus características, así, como los efectos secundarios de los fármacos, múltiples fracasos en respuesta a los fármacos y terapias, asistencia y control médico.

- Con relación al equipo e institución: pobre comunicación, falta de continuidad de cuidado, exclusión de la familia y cuidadores, en el caso de la hospitalización definitiva, la adaptación a los cambios de ambiente, hábitos, rutinas, personas, deserción de médicos y cuidadores, políticas institucionales, horarios que suelen demandar energía adicional tanto síquica como física en el paciente.
- Gastos y recursos que implica la enfermedad: problemas económicos relacionados con la enfermedad, apoyo, asistencia y desplazamiento para acudir a los exámenes, tratamientos de rehabilitación y terapias.

La enfermedad terminal predispone al paciente a varias complicaciones psicológicas y psiquiátricas por la posibilidad de pérdida de autocontrol, amenaza a la supervivencia y alteración de la autoimagen que acompaña al padecimiento. La forma en cómo sobrelleva el paciente su padecimiento varía de acuerdo a su personalidad, trastornos psicológicos previos, historia reciente de pérdidas personales, guión personal, problemas familiares, sistema de valores, apoyo social y religiosidad. Su manejo y apoyo es una dura prueba a resolver para el equipo de salud y es el aspecto psicológico relevante en aporte a la enfermedad crónica y terminal.

Los artículos que describen investigaciones sobre las enfermedades terminales como el cáncer y su relación con trastornos asociados como la ansiedad y depresión son extensos, pero escasamente precisa en lo que se refiere a datos estadísticos, registran el producto de observaciones y resultados de la aplicación de cuestionarios y tests, se describe entonces que la depresión afecta de 15% a 25% de los pacientes con cáncer, tanto a hombres y mujeres, las personas que reciben un diagnóstico de cáncer experimentarán distintos niveles de tensión y angustia emocional, miedo a la muerte, interrupción de planes de vida, cambios en la imagen corporal y la autoestima, cambios en su función social y su estilo de vida, preocupaciones monetarias y legales. La depresión grave afecta a cerca del 25% de los pacientes y presenta síntomas comunes que se pueden

diagnosticar y tratar. Los síntomas de depresión que se observan en pacientes con diagnóstico de cáncer, debe llevarnos a presumir que el paciente experimentó síntomas depresivos antes de este diagnóstico.

En cuanto a la ansiedad y su relación con el cáncer, existen investigaciones en diferentes poblaciones, se describen datos de ansiedad relacionada con los pensamientos de anticipación de un posible resultado de diagnóstico de cáncer observado en un 50% de los pacientes, quienes experimentan altos niveles de ansiedad frente a la posibilidad de nuevos exámenes³, en cuanto a la ansiedad no existe una conclusión definitiva y sobre estos estudios hay muchas diferencias que se expresan sobre el momento de la evaluación, el tipo de cáncer, la gravedad, el sexo o el estadio de la enfermedad. En algunas investigaciones se refiere a los síntomas asociados en otras a los trastornos de ansiedad, no se especifican cifras globales, tampoco se establece diferencia de género.

De la revisión bibliográfica que he realizado, debo registrar que no está establecida una relación directa entre cáncer y elevados niveles de ansiedad aunque se describe su presencia. Entre los principales trastornos que fueron detectados a propósito del diagnóstico psicológico de patología asociada en el paciente enfermo terminal en la presente investigación encontramos los siguientes:

1.5.1. Depresión

En el enfermo terminal, la depresión está infra diagnosticada e infra tratada, porque los enfermos terminales no la refieren espontáneamente; en el caso de pacientes indigentes asistidos en casas de beneficencia, aspectos como el psicológico son relegados, el paciente en sí reprime su malestar y la necesidad de manifestar los contenidos que elabora en torno a su padecimiento, elementos como estos no se exponen fácilmente, pues

³ CANO, Antonio, Control emocional, estilo represivo de afrontamiento y cáncer: ansiedad y cáncer, PSICOONCOLOGÍA. Disponible en internet: <http://revistas.ucm.es/psi/16967240/articulos/PSIC0505120071A.PDF> Vol. 2, Núm. 1, 2005, pp. 71-80.

consideran que recibir atención médica, fármacos y hospicio es un gran beneficio.⁴

Los médicos, el personal de salud, enfermeros y auxiliares tienen dificultad para hablar con los pacientes sobre el aspecto emocional que inscribe la enfermedad, por falta de entrenamiento o porque lo consideran parte de su estado, en muchos casos no utilizan fármacos pese a ser necesarios, porque creen que éstos no serán tolerados, situaciones como éstas hacen que trastornos que requieren terapia farmacológica de base no sean atendidos; una depresión bien tratada puede mejorar la calidad de vida y no es un elemento natural de la enfermedad crónica.

La depresión es un síntoma común presente hasta en un 15 - 30% de pacientes con cáncer, que aumenta en incidencia hasta el 53% conforme progresa el padecimiento, la incapacidad física o el dolor. Se asocia a una gran reducción funcional y social, con gran impacto sobre el enfermo. Existen evidencias que sugieren que está asociada a una menor supervivencia, una mayor fatigabilidad, insomnio, dolor, anorexia y úlceras de decúbito⁵, la depresión es frecuente en tumores con desfiguración, dolor intenso que metastatizan al sistema nervioso. Coexisten otros factores influyentes en el desarrollo de cuadros depresivos, la personalidad y su dinámica, herencia mórbida, episodios previos, los tratamientos recibidos como la quimioterapia, radiación cerebral total, complicaciones endocrino-metabólicas del SNC.

En cuanto a otros síntomas psicológicos, indicadores de depresión en la terminalidad, cabe mencionar: disforia, dolor que se expresa como intratable, excesiva preocupación somática, evidente tristeza, incapacidad desproporcionada aún para la enfermedad, llanto fácil, constante, las

⁴ Los enfermos terminales, con un historial de indigencia, al ser ingresados en la casa asistencial, reciben todos los beneficios de un sistema de atención multidisciplinario, ellos conciben que recibir atención psicológica grupal o individual es un privilegio no un derecho, por ello muchos no consideran adecuado exponer sus emociones, temores, inseguridad, dudas sobre su enfermedad o tratamiento, postergan su malestar psíquico.

⁵ Se propende que el paciente pese a sus dificultades para moverse por su discapacidad, realice actividades de rehabilitación o terapia ocupacional. Los pacientes con depresión se resisten a salir de sus camas, inclusive a moverse en ellas, situación que tiende a empeorar su estado de salud, complicándose con úlceras de decúbito, inmovilidad y empeorando su cuadro clínico.

fluctuaciones en el estado de ánimo, pobre o escasa cooperación o rechazo al tratamiento, anhedonia, desesperanza.

En el ambiente de los cuidados paliativos, la depresión y el dolor pueden coexistir y se influyen entre sí, "el dolor es un fenómeno curioso, es más que una mera sensación, no solo puede ser definido por cierta clase de respuesta de retirada o en sujetos humanos mediante el relato verbal. El dolor puede ser modificado por: opiáceos, hipnosis, administración farmacológica inerte como píldoras de azúcar, por las emociones e incluso por otras formas de estimulación como la acupuntura".⁶

Muchos síntomas de la depresión como el insomnio y trastornos del apetito, pérdida de energía y fatiga, están asociados al dolor y pueden aliviarse, por lo que su control es esencial en el manejo de la depresión. No siempre es posible distinguir la depresión de la tristeza al final de la vida y muchos de los criterios de la depresión usados con otros pacientes no son apropiados en el enfermo terminal.

"El espectro clínico de la depresión en la terminalidad comprende:

- Los síntomas depresivos normales, que son parte de la respuesta de estrés ante una crisis que dura 1-2 semanas, y que se resuelven espontáneamente con un cuidado apropiado.
- La depresión reactiva, que es un trastorno del ajuste con modo deprimido que difiere de la respuesta normal del estrés en grado y duración (más de dos semanas) y es capaz de producir alteraciones e interferencias con el funcionamiento diario, actividades sociales y las relaciones con otras personas.
- Un trastorno depresivo mayor, aquel en el que los síntomas son más severos y el ánimo es incongruente con la enfermedad, no responde al apoyo, comprensión, cuidado o distracción y se correlaciona con un deseo de muerte.

⁶ NEIL, R. Carlson. (2006). *Fisiología de la conducta humana*. Pearson Educación, S.A. Madrid-España. Pág. 251.

- Los síndromes cerebrales orgánicos, se caracterizan por la presencia de confusión aguda (delirio) o demencia temprana que pueden exhibir caracteres depresivos y se acompañan de ilusiones y alucinaciones con características de depresión psicótica, a menudo más severos."⁷

1.5.2. Ansiedad

Es natural que las personas tengan un alto grado de preocupación sobre su enfermedad, su tratamiento, sentimiento de soledad, necesidades de su familia, pero también tiende a ser el resultado de un trastorno subyacente al dolor y otros síntomas no tratados o cuyo tratamiento es deficiente. La ansiedad es una reacción autónoma que puede manifestarse de tres formas:

- Fisiológica (taquicardias, disnea, agravación de los síntomas, insomnio).
- Cognitiva (pensamientos negativos, distorsionados y recurrentes acerca de la enfermedad, miedo, catastrofismo, desrealización, despersonalización).
- Conductual (aislamiento social, irritabilidad, mutismo, agitación psicomotriz, hiperactividad o abandono e inactividad).

La ansiedad puede describirse como un trastorno de adaptación, trastorno obsesivo compulsivo, fobias, trastorno de pánico, trastorno de estrés postraumático o trastorno de ansiedad generalizada. "Stiefel, 1994, sugirió que la ansiedad en los pacientes oncológicos se clasifique en cuatro categorías diferentes: la ansiedad situacional, la ansiedad psíquica, la orgánica y la de tipo existencial, lo que puede resultar útil para que los médicos puedan evaluar mejor como los individuos reaccionan a las enfermedades terminales. La ansiedad se torna problemática cuando ésta excede la respuesta esperada de acuerdo a los problemas de salud, en

⁷ ASTUDILLO, Wilson., MENDINUETA, Carmen. *Tratamiento de los síntomas neuropsiquiátricos*. [en línea]. texinfo 1ª Ed. [San Sebastián, España], 2005 (referencia 20 julio 2008). Disponible en internet: <http://www.sovpal.org/upload/publica/libros/Alivio-situaciones-dificiles/06-TRATAMIENTO-DE-LOS-SINTOMAS-NEUROPSIQUIÁTRICOS-Astudillo-Mendi.pdf>.

variables de intensidad, duración o disfunción"⁸. Un trastorno adaptativo con ansiedad está presente hasta en un 20 % de los enfermos con cáncer.

Existen numerosos trastornos orgánicos que puede inducir un estado de ansiedad, entre las principales causas o factores que generan ansiedad en la terminalidad, encontramos:

- Percepción de la cercanía de la muerte: temas existenciales.
- Complicación de la enfermedad y del tratamiento: anemia, sepsis, hipoglucemias, hipo-hipertiroidismo, déficit de vitamina B12.
- Síntomas pobremente controlados: relacionados con tratamiento.
- Problemas emocionales: anticipación del sufrimiento, dependencia, dificultad para expresar los sentimientos, trastorno de ansiedad subyacente.
- Situacional u orgánico: temores sobre la muerte, soledad, caquexia, dependencia a sustancias psicoactivas, sedantes hipnóticos (benzodiazepinas), nicotina,
- Factores sociales: económicos, familiares, interpersonales o laborales.
- Efectos de fármacos: quimio y radioterapia, adicción a drogas.

Se describen como síntomas relevantes de alta frecuencia en pacientes terminales los siguientes:

1.5.3. Insomnio

La enfermedad terminal predispone al paciente a varias complicaciones psicológicas y psiquiátricas ante la posibilidad de pérdida de autocontrol, amenaza a la supervivencia y alteración de la autoimagen que acompaña al padecimiento. Se define al insomnio como la dolencia subjetiva de falta de conciliación de sueño que produce un notable deterioro en el funcionamiento diurno o en el estado de ánimo.

⁸ ASTUDILLO, Wilson., MENDINUETA, Carmen. *Tratamiento de los síntomas neuropsiquiátricos*. [en línea]. texinfo 1ª Ed. [San Sebastián, España], 2005 (referencia 20 julio 2008). Disponible en internet: <http://www.sovpal.org/upload/publica/libros/Alivio-situaciones-dificiles/06-TRATAMIENTO-DE-LOS-SINTOMAS-NEUROPSIQUIÁTRICOS-Astudillo-Mendi.pdf>.

Está presente hasta en un 66,66 % de los pacientes enfermos terminales⁹ de la muestra investigada en Fundación Casa del Hombre Doliente, y es uno de los síntomas más molestos que reduce su capacidad para enfrentarse con la enfermedad, baja su umbral doloroso, fatiga a los cuidadores y altera su asistencia. El enfermo aqueja sueño de calidad deficiente, somnolencia diurna excesiva, fatiga, irritabilidad, falta de concentración y una mayor tendencia a la depresión. Si bien los individuos varían mucho en la cantidad de sueño que necesitan para mantener el funcionamiento óptimo, el insomnio es un síntoma. Si está causado por dolor, molestias y medio ambiente hospitalario, deberá tratarse la dolencia física que lo causa.

Existen múltiples causas que producen insomnio en la terminalidad, entre estos encontramos:

- Factores emocionales: el insomnio como síntoma de depresión, ansiedad, temor a fallecer, estrés situacional, postraumático, crisis existenciales.
- Control inadecuado de los síntomas: particularmente el dolor óseo o artrítico, delirio, nicturia, poliaquiuria, incontinencia de esfínteres, fiebre, trastornos respiratorios crónicos, tóxico-metabólicos, déficit de hierro, enfermedades cutáneas, síndrome de apnea obstructiva de sueño (SAOS).
- Factores farmacológicos: diuréticos, corticoides, beta estimulantes, teofilina, cafeína, alcohol, sedantes o su suspensión, adicción a drogas.
- Factores ambientales: un medio no familiar y ruidoso, incomodidad, luz excesiva, rutina hospitalaria, estos agentes son fuente generadora de ansiedad, los síntomas secundarios de la enfermedad de otros pacientes, quejas, respuesta a la medicación, falta de control de esfínteres, síntomas neuropsiquiátricos en general, se expresan conductualmente en otros pacientes con aislamiento y falta de tolerancia; cognitivamente con

⁹ La observación está realizada en pacientes con patología crónica: oncológicos, VIH, diabetes, adultos jóvenes postrados con cuádruplejía, hemiplejía en estado terminal de la Fundación Casa del Hombre Doliente.

irritabilidad, repugnancia, fastidio, aversión notoria hacia los compañeros.¹⁰

- Otros factores: siestas largas de recuperación diurna, ancianidad.

1.5.4. Ideas suicidas

Los pacientes con cáncer tienen un riesgo aumentado de suicidio en relación con la población general, particularmente en las fases finales de la enfermedad por la mayor incidencia de las complicaciones del cáncer, dolor, depresión y delirio. Los pensamientos suicidas pasivos son relativamente comunes en pacientes con cáncer, parálisis, VIH. La relación entre la tendencia suicida y el deseo de una muerte apresurada, peticiones de suicidio bajo la asistencia del médico y/o la eutanasia es compleja y está todavía poco comprendida.

"Los varones con cáncer tienen más probabilidades de cometer suicidio comparados con la población general. Farberow, 1971 encontró que 87% de los suicidios ocurrían en las fases preterminales o terminales de la enfermedad, a pesar de su reducida capacidad física. La sobredosis con analgésicos y sedantes es la forma más común de suicidio en el cáncer y el propio domicilio el lugar más habitual".¹¹

Entre los factores de riesgo de suicidio en la enfermedad terminal, cáncer, VIH se debe estimar:

- Dolor no controlado, sufrimiento.
- Etapa avanzada de la enfermedad, pronóstico precario.
- Depresión severa, desesperanza.
- Delirio, confusión.
- Pérdida de control, tristeza.

¹⁰ Cuando logran expresar sus emociones y malestar refieren no tolerar sus propios síntomas en otros pacientes, suelen magnificarlos, probablemente reflejan su propia realidad.

¹¹ ASTUDILLO, Wilson., MENDINUETA, Carmen. *Tratamiento de los síntomas neuropsiquiátricos*. [en línea]. texinfo 1ª Ed. [San Sebastián, España], 2005 (referencia 21 julio 2008). Disponible en internet: <http://www.sovpal.org/upload/publica/libros/Alivio-situaciones-dificiles/06-TRATAMIENTO-DE-LOS-SINTOMAS-NEUROPSIQUIÁTRICOS-Astudillo-Mendi.pdf>. Pág. 23.

- Psicopatología previa, personalidad, herencia mórbida.
- Historia de alcoholismo, abuso de sustancias.
- Historia previa de intentos de suicidio, historia familiar.
- Agotamiento, fatiga.
- Pérdida sensorial, paraplejía.
- Incontinencia vesical y anal.
- Falta de soporte social, aislamiento social.

“El suicidio es más frecuente en los pacientes con cánceres orales, faríngeos y de pulmón (especialmente relacionados con abuso de alcohol y tabaco) y en VIH positivos con el sarcoma de Kaposi, posiblemente por el impacto psicológico profundo de la desfiguración y la alteración funcional.

Los portadores del virus del SIDA entre los 25 y 59 años, acusan un riesgo 36 veces mayor que la población general”.¹² Son importantes los antecedentes psicológicos, siendo raro que un paciente con cáncer cometa suicidio si no tiene algún grado de psicopatología premórbida, una meta del equipo multidisciplinario es evitar que el suicidio sea cometido por desesperación debido a síntomas mal controlados.

1.6. Emociones frecuentes en los pacientes, aspectos psicológicos del hombre en la enfermedad

Partiendo de que un enfermo, es un hombre que experimenta una vivencia de enfermedad, en un momento dado, tal punto de partida supone que:

- Como hombre tiene un organismo (como conjunto de funciones) y es una persona que experimenta su existencia en el mundo.
- Tiene un siquismo que le permite conocerse y conocer su entorno.
- Tiene la posibilidad de orientarse en el espacio y en el tiempo (físico) y en duración o temporalidad (tiempo interno), como síntesis para integrar el presente que percibe, el pasado que recuerda y el futuro que imagina.

¹² ASTUDILLO, Wilson., MENDINUETA, Carmen. Tratamiento de *los síntomas neuropsiquiátricos*. [en línea]. texinfo 1ª Ed. [San Sebastián, España], 2005 (referencia 21 julio 2008). Disponible en internet: <http://www.sovpal.org/upload/publica/libros/Alivio-situaciones-dificiles/06-TRATAMIENTO-DE-LOS-SINTOMAS-NEUROPSIQUIÁTRICOS-Astudillo-Mendi.pdf>. Pág. 24.

- El hombre en la enfermedad, es un ser débil con poder y valor disminuidos, que sufre, que va a ser o ha sido objeto de juicios clínicos, experiencia compleja que adquiere matices y expresiones diferentes en cada caso, de acuerdo con la singularidad de quien es el sujeto.

Existe una normal oposición y rechazo a la enfermedad que ocurre cuando se inicia la vivencia de la misma, lo que en salud es actitud, al principio de la enfermedad se hace conducta. Usualmente acuden diversas negaciones que son manifestadas al sí mismo y al entorno, siempre los rasgos de la personalidad están definiendo éstas conductas, en ocasiones existe rechazo a consultar al médico, a las prescripciones, consciente o inconscientemente parece existir una relación con la enfermedad.

Delay y Pichot de sus investigaciones han coincidido en señalar “tres grandes causas de resistencia a la enfermedad”¹³:

La resistencia a la propia debilidad es considerada como la primera, ésta debe enfocarse desde varios puntos de vista, es negación de la debilidad, de la minusvalía e impotencia que supone el estar enfermo, a lo que el yo se opone. Desde el punto de vista social el estar enfermo puede ser experimentado como una pérdida de valor ante los demás, así existirá una relación entre la fortaleza y salud, mientras más fuerte se considere un hombre se mostrará menos enfermo ante la sociedad. Antropológicamente la resistencia puede interpretarse como huida de la incertidumbre de la inseguridad.

El segundo aspecto para los autores antes referidos, sostiene que el optimismo que se experimenta ante enfermedades crónicas, parece guardar más relación con la negación del sufrimiento y enfermedad, así como con la debilidad e impotencia que el padecimiento implica, de este

¹³ RIDRUEJO, A Pedro. (1996). *Psicología médica*. McGraw-Hill / Interamericana de España, S.A. 1. Ed. Pág. 478.

modo el paciente confiará en que las circunstancias que causaron la patología, remitirán finalmente haciendo desaparecer el malestar.¹⁴

La tercera causa de resistencia a la enfermedad, es la defensa contra el temor que origina el diagnóstico y tratamiento, hay en ella una clara evitación del médico como juez de su sentencia y sanciones de la fatalidad que implica sus juicios, diagnósticos y pronósticos de las prohibiciones, imposiciones y sufrimiento que podría representar el tratamiento.

Francisca, 58 años (FCHD),¹⁵ diabética, consideraba que el tratamiento que se le había aplicado antes de la amputación de su pierna no fue necesario, finalmente, luego de tantas exigencias para su atención y cuidado perdió gran parte de su extremidad, todo diagnóstico, pronóstico y sugerencias para estabilizar su salud ahora indispensables, eran fuente de sufrimiento, negación y gran resistencia, restaba valor absoluto a toda intervención.

Se han registrado tres causas sugeridas por los autores, pero esto no implica que únicamente se reconozcan tres tipos de oposición, pues cada hombre se enfrenta a la enfermedad de acuerdo a la dinámica de su personalidad, edad, sexo, nivel sociocultural, etc. La forma de oponerse al padecimiento deriva de temores, deseos, sentimientos ligados a la enfermedad y el significado que a ésta se le atribuye; de este modo los tres aspectos mencionados pueden coexistir en su totalidad, pero raramente ninguno.

1.6.1. Aceptación de la enfermedad

Se debe comprender la enfermedad, el tratamiento y sus posibles efectos adversos. Es el paciente el que debe decidir hasta qué punto compromete su calidad de vida a favor de uno u otro tratamiento. Sin depreciar el tiempo que transcurre desde que el hombre se siente debilitado y se han incrementado las molestias e incapacidad para las tareas cotidianas, la

¹⁴ De los casos observados en pacientes postrados por lesión medular, 4 de los 7 casos confiaban en que circunstancias favorables cambien su discapacidad, retomando estados de salud total.

¹⁵ FCHD siglas que se adjuntarán para indicar que son pacientes ingresados en la Fundación Casa del Hombre Doliente.

búsqueda de atención y la necesidad de un diagnóstico se incluyen en el proceso de aceptación de la enfermedad, aunque la resistencia no ha desaparecido en su totalidad, elementos como la resignación, conformidad y paciencia van configurándose en adaptación, sosteniéndose en elementos profundos de la personalidad a los que se agregan otros factores principalmente socioculturales.

La actitud mental que experimenta el paciente y la aceptación consciente de la enfermedad, acompaña a una situación biológica en donde se evidencia una menor capacidad para resolver los problemas de adaptación propia de etapas anteriores de la vida del paciente, que de cierto modo representa involución o regreso a la inferioridad. "Determinantes de la reaparición de necesidades infantiles y dependencia de quienes, por mantenerse en la superioridad de la salud, pueden satisfacer necesidades y compensar la inferioridad".¹⁶

Los autores proponen que dentro de la aceptación a la enfermedad, la depresión es una consecuencia inevitable ya que deriva de la disminución de la autoestima, el atentado contra el narcisismo y la orientación de agresividad hacia uno mismo. (Jeammet y Cols.) al estudiar conjuntamente regresión y depresión, han encontrado que la regresión bien aceptada, que representa a la más completa aceptación de la enfermedad, es una protección de la depresión, ya que el enfermo, confiado a los demás, deja en ellos el cuidado de su narcisismo.

El narcisismo, para los mencionados autores, es herido por la enfermedad provocando inferioridad, pero también algunas consecuencias pueden enriquecerlo, es lo que cabe inferir del orgullo con que algunos niños portadores de férulas, exhiben su tratamiento, de la satisfacción que en su protagonismo encuentran otros al verse rodeados de visitantes durante su enfermedad o de la vanidad de quienes se sienten fuertes al soportar las diversas molestias de su enfermedad o tratamiento. ¿Acaso la resiliencia se sostiene en elementos que provienen del narcisismo?, ¿Acaso los individuos

¹⁶ RIDRUEJO, A Pedro. (1996). *Psicología médica*. McGraw-Hill / Interamericana de España, S.A. 1. Ed. Pág. 479.

con rasgos narcisistas de la personalidad responden mejor con resiliencia cuando el momento señalado precisa?

1.6.2. El miedo y la ansiedad como emociones recurrentes

El miedo y la ansiedad son experiencias emocionales diferentes, el miedo es desagradable y tiene una función orientada a la supervivencia, al provocar por ejemplo, que uno escape del peligro, es una respuesta generalmente transitoria ante un estímulo específico que desaparece cuando la persona ha escapado del peligro, cuando el miedo se evoca, la acción se detiene, se intenta controlar vigilantemente el entorno y se planifica escapar de la situación peligrosa, ésta tendencia de acción constituye una respuesta compleja e integrada de la mente y el cuerpo que moviliza el sistema nervioso simpático. Las emociones subjetivas de miedo en la terminalidad, vienen acompañados con frecuencia de enfado y en el diálogo terapéutico se expresan combinados con tristeza, dolor y expectativas catastróficas magnificadas.

Las situaciones de lo cotidiano que experimentan los pacientes, ya sea relacionado con su tratamiento, limpiezas quirúrgicas, cambio de sondas, biopsias, atención en su higiene personal, generan emociones de ansiedad y miedo, en donde el sentirse y verse débil, mutilado, incapacitado, dependiente entre otras condiciones, generan comportamientos varios que están representados por las características de cada personalidad, de este modo: ira, agresividad, sumisión o abandono absoluto de sí mismo, son las respuestas y conductas frecuentes. Al inicio del tratamiento y hospitalización, generalmente esta retroalimentación, por llamarla así, se observa en pacientes con experiencias desfavorables ante ciertos procedimientos necesarios o también iatrogénicos experimentados.

Jhony, 43 años (FCHD), cuadripléjico, de funciones cognitivas superiores conservadas, experimenta episodios de gran miedo y ansiedad, generalmente recurren al observar con frecuencia las complicaciones; y, finalmente el desenlace que tienen los compañeros de su sala, pacientes

que ingresan con diferentes patologías. Su contacto continuo con la muerte y el abandono que recibe de sus familiares se traduce en marcadas conductas de aislamiento, irritabilidad y agresión verbal hacia muchos de sus compañeros, principalmente con aquellos con quienes comparte un poco más, éstas conductas se agravan conforme se agrava también la condición médica y psicológica de sus compañeros.

El miedo primario desadaptativo, relacionado con los "eventos traumáticos, conllevan temor por la propia integridad y la de los otros, se acompaña de sentimientos de profunda impotencia, para Janoff-Bulman, 1992, tales eventos pueden producir cambios en la memoria, cognición, emoción y en la activación fisiológica, así como llevar a una interrupción de la capacidad de funcionamiento integrado y coordinado".¹⁷

La profunda impotencia que se experimenta en estos casos, parece ser la experiencia dañina central, por ello la restauración de una sensación de poder y dominio sobre sí mismo, en el entorno, son básicos en una recuperación aunque sea parcial y transitoria en pacientes enfermos terminales, recuperar temporalmente la energía o realizar alguna actividad creativa, leer, proporcionar un consejo, recuperar la independencia para su atención e higiene personal, suele coadyuvar significativamente a tolerar los síntomas.

Matilde, 90 años (FCHD), paciente oncológica, totalmente debilitada a su ingreso por un grado de desnutrición severa, luego del ser estabilizada le fue posible progresivamente recobrar funciones motrices básicas, de este modo incorporarse, sentarse, deambular, atender su aseo e higiene personal y con ello recuperar la independencia, tales aspectos representaron para ella un período en donde la salud le permitía albergar expectativas y tratamientos que antes había rechazado desde su condición. La autoestima, autoeficacia y autoimagen renovada se manifestaron en los diálogos de grupo, en su arreglo personal, así como en la participación de la terapia ocupacional, actividades religiosas y de ayuda a otros compañeros.

¹⁷ GREENBERG, Leslie., PAIVIO, Sandra. (2003). *Trabajar con las emociones en psicoterapia*. Ediciones Paidós Ibérica, S.A. Barcelona. Pág. 283.

La ansiedad¹⁸ es una respuesta ante la incertidumbre, que surge cuando se ve amenazada la propia sensación de la integridad, de coherencia, de continuidad o la sensación de ser agente activo. La ansiedad, por otra parte, da como resultado, confusión o procesos cognitivos que dominan la conciencia. La ansiedad primaria desadaptativa se genera por la activación de una organización central del sí-mismo insegura o vulnerable. En la ansiedad secundaria no es el sí-mismo central el que está inseguro, aquí la persona está ansiosa ante la posibilidad de que una experiencia interna, como puede ser: enfado, tristeza o debilidad, amenazará al sí-mismo.¹⁹

Por otra parte, la ansiedad abarca algunos síntomas somáticos, entre ellos están los síntomas cardiovasculares, respiratorios, gastrointestinales, genitourinarios y del sistema autónomo, etc., síntomas que pueden asociarse a la enfermedad orgánica en su totalidad, olvidando y descuidando la influencia del aspecto psicológico en su origen, esto podría dar lugar a prescripciones farmacológicas, exámenes y otras intervenciones innecesarias. Por ejemplo, citaríamos el caso de un paciente con cáncer gástrico, que somatiza la ansiedad justamente en esta área, la gastrointestinal, presentando dificultad para pasar los alimentos.

Ruth, 23 años (FCHD), cáncer cérvico uterino en etapa terminal, empeoró su estado de salud al experimentar niveles de ansiedad elevada, su tendencia a somatizar en el área gástrica, produjo en ella una úlcera sangrante de difícil manejo, esta condición complicó la prescripción y administración de fármacos indispensables, la ansiedad era exacerbada por la presencia de su hermano y cónyuge simultáneamente en las visitas, su pareja desconocía la historia de abuso e incesto que había marcado su infancia.

En los servicios de salud, el médico y el personal conocen como el estado emocional, entre otros aspectos psicológicos, afecta e interfiere en la recuperación de los pacientes, sin embargo, se da prioridad al aspecto

¹⁸ Ver página 7 sobre los principales trastornos detectados en pacientes enfermos terminales.

¹⁹ GREENBERG, Leslie., PAIVIO, Sandra. (2003). Trabajar con las emociones en psicoterapia. Ediciones Paidós Ibérica, S.A. Barcelona. Pág. 268.

biológico, postergando la atención psicológica a pesar de la importancia y repercusión que tiene en el enfermo y su enfermedad. Generalmente, las somatizaciones se confunden y coexisten con las características comunes de las enfermedades terminales, dificultando el tratamiento paliativo, por tanto, tales aspectos deben ser cuidadosamente valorados.

Descuidar y desconocer los aspectos psicológicos y su dinámica, conlleva consecuencias serias, que repercuten en desmedro de la salud integral del paciente, como por ejemplo no atender el estrés que puede afectar a un paciente hipertenso o a un diabético.

Para ejemplificar esto mencionamos los estudios realizados acerca de "la repercusión hipotalámica sobre la hipófisis anterior, la cual incrementa la producción de acth con el consiguiente aumento de glucocorticoides, parece ser la responsable directa de las alzas glicémicas acompañadas de la glucosuria, después de situaciones de intensa tensión, a lo cual se le agrega la disminución de insulina por simpaticotonía, las curvas de tolerancia a la glucosa también se afectan por dichas situaciones, y se ha demostrado que la angustia, la aflicción y la inseguridad mantenidas determinan una tendencia, los trazados diabéticos, mientras que las situaciones que garantizan la seguridad personal determinan resultados opuestos".²⁰

Waltón, 75 años (FCHD), diabético, quien inicialmente estaba ingresado en el área para adultos jóvenes postrados, experimentó incremento en los niveles de glucosa de manera significativa cuando se le reubicó en la sala que correspondía a su patología, observar compañeros con extremidades amputadas, le generó ansiedad severa y elementos de negación se hicieron presentes.

Como en el citado caso, la actitud del paciente es un elemento de utilidad significativa a la hora del abordaje terapéutico, pues, está en estrecha relación con su personalidad e historia previa, aproximarnos a su condición

²⁰ <http://fcmfajardo.sld.cu/jornada/ljornada/Marilet/DIABETES%20MELLITUS1.htm>.

y estilo personal, nos ayuda a prever cual será su evolución, además nos permite guiarnos mediante acercamientos adecuados, considerando sus características y necesidades.

1.6.3. La tristeza y aflicción como emociones

La tristeza es una reacción frecuente en pacientes enfermos terminales, surge ante situaciones comprometidas, tanto internas como externas a las que se enfrenta una persona, como una respuesta emocional normal ante el propio padecimiento. "La tristeza aparece por la pérdida el distanciamiento del vínculo",²¹ comprende una variedad de comportamientos pensamientos, sentimientos. La tristeza puede producir lágrimas, pero difiere del llanto por aflicción que es una señal general de sufrimiento y una solicitud de ayuda, la aflicción es producida por otras emociones como el miedo, vergüenza o enfado.

El llanto, actúa como una señal que motiva a unos y a otros, hacer algo acerca de la circunstancia que causa la aflicción. La aflicción se reduce por medio de consuelo, inclusive música y sonidos tranquilizadores, apoyo verbal, algunos objetos, así como el contacto físico.²²

Las dos tendencias de acción asociadas con tristeza primaria son:

Acercarse a otros en busca de consuelo y auxilio para reducir la aflicción; y aislarse en uno mismo para recuperarse de la pérdida, de acuerdo con esto, la pena se manifiesta en el individuo de manera observable, la cabeza, ojos, músculos faciales caen, la voz se debilita, se inhibe la musculatura y reduce la energía. Una característica única de la experiencia de tristeza es la sensación de pesadez, las personas se sienten sobrecargadas, se mueven torpemente, mantener una posición erecta

²¹ GREENBERG, Leslie., PAIVIO, Sandra. (2003). *Trabajar con las emociones en psicoterapia*. Ediciones Paídos Ibérica, S.A. Barcelona. Pág. 227.

²² Se considera oportuno desarrollar estos elementos, pues, es muy común para el personal de salud entrenado confundir tales aspectos y encasillar en depresión toda emoción y afecto observado en los pacientes.

requiere esfuerzo, por ello a veces prefieren acostarse y acurrucarse en posición fetal.²³

La tristeza permite aceptar la pérdida, sanar y dirigirse hacia un renovado interés por la vida. La aceptación de la pérdida también hace capaz a la persona de percibir el "objeto perdido" con más precisión y claridad. Greenberg-Paivio sugieren en el proceso de diagnóstico de la tristeza y aflicción, distinguirla de otras experiencias emocionales y entre expresiones de tristeza primaria, secundaria e instrumental. La tristeza primaria adaptativa surge como un proceso breve, suele manifestarse en la terapia, de igual modo, como un momento breve anidado en un proceso psicológico complejo, se caracteriza por una resignación momentánea sin culpa, en otras ocasiones se siente profunda.

Los marcadores obvios de que se está reprimiendo la tristeza y el dolor emocional incluyen intelectualizar o minimizar el daño o el dolor, reprimir las lágrimas, la resistencia, explícitamente manifestada a llorar o introducirse en el dolor, acompañado de miedo o preocupación de ser abrumado por el mismo dolor. Distinguir la tristeza primaria de la depresión secundaria o la posición de víctima indefensa se basa en el conocimiento de la situación de la persona, de sus señales verbales, expresiones y la calidad de la experiencia.

Evaluar si la tristeza primaria es adaptativa o desadaptativa requiere tiempo de seguimiento tanto del contexto como del contenido de la misma. "Las reacciones de duelo patológicas o complicadas pueden ser ejemplos de tristeza primaria desadaptativa". Las reacciones de la tristeza secundarias se pueden reconocer por señales verbales y por su secuencia temporal, por ejemplo, cuando se expresa el coraje, seguido de lágrimas, al explorar estas experiencias se revela que las lágrimas son desencadenadas por procesos cognitivo afectivos, como la anticipación de la pérdida, el rechazo, que dan como resultado miedo aflicción y sentimientos tristes.

²³ GREENBERG, Leslie., PAIVIO, Sandra. (2003). *Trabajar con las emociones en psicoterapia*. Ediciones Paidós Ibérica, S.A. Barcelona. Pág. 227-231.

Sandra, 52 años (FCHD), cáncer de mama etapa terminal, cuestionaba y manifestaba su coraje por hacerla esperar por los resultados de la biopsia de su seno no extirpado, seguidamente el llanto acudía "si saben que ya no hay nada que hacer, que yo no me atendí a tiempo". De este modo, coraje, autoreproches, resignación elaboraban su llanto.

(Greenberg L y Paivio S. 2003) Describen la forma y cuando se manifiesta la tristeza instrumental, refiere el llanto que acude cuando las personas se sienten indefensas o dependientes o como un aspecto de sus quejas. A esta forma de expresión "gimotear", término peyorativo, muy utilizado en el ambiente hospitalario, se la identifica también, como una forma de protesta, una manera de expresar cuan mal tratado o atendido se siente, todos estos elementos, con la esperanza de ganar simpatía, apoyo o comprensión. Las personas pueden ser o no conscientes de las funciones de sus lágrimas, y pueden genuinamente necesitar ayuda, las lágrimas instrumentales que buscan la atención de otros, evitar el autocuidado o servir de excusa para dejar de realizar actividades, deben ser modificadas necesariamente.

Es común encontrar estas expresiones, más frecuentemente, en algunos estilos de personalidad que otros, por ello el abordaje y acercamiento deben ser cuidadosamente observados al integrar al grupo a estos pacientes. Siempre, en apoyo de la resiliencia y sus recursos, se propenderá a que cada paciente haga uso de su máximo potencial de independencia posible, considerando las limitaciones secundarias a cada padecimiento.

La tristeza "apropiada" guarda relación con la depresión, de la que cuidadosamente se debe diferenciarla, es de una intensidad menor y no se acompaña de ideas de suicidio, de sentimientos profundos de culpa o de desesperanza, pérdida completa de intereses o de la capacidad para experimentar placer (anhedonia). En la reacción de duelo aparecen elementos de tristeza, solo cuando la pérdida es aceptada como irrevocable y se han abandonado, por lo menos al momento, los intentos de restaurar la pérdida. El duelo anticipado, es una experiencia común que da

a los pacientes, familiares y personal de salud, la oportunidad de prepararse para una próxima muerte.

Por otra parte, la desmoralización se produce porque los pacientes aceptan e identifican las implicaciones de su estado, se vuelven confusos o temerosos, los síntomas y trastornos emocionales surgen coexistiendo con la realidad de saberse próximos a fallecer. La bibliografía consultada describe la prevalencia de los trastornos descritos en este capítulo en pacientes hospitalizados por enfermedades crónicas, en donde todos los recursos médico farmacológicos han sido intentados sin resultado favorable para erradicar la enfermedad, convirtiéndose esas intervenciones en herramienta básica de los cuidados paliativos.

1.7. Universo y muestra

1.7.1. Universo

Está constituida por los pacientes internados en la Fundación Casa del Hombre Doliente de la ciudad de Guayaquil, conformada por 60 individuos de ambos sexos, cuyas edades oscilan entre 14-90 años, una minoría a concluido la instrucción primaria, su nivel socioeconómico se sitúa en la indigencia, su estado de salud deteriorado responde a diferentes patologías en etapa terminal, que se agruparían de la siguiente manera:

- Pacientes que adolecen patologías endocrinas - diabetes.
- Pacientes con neoplasias, cáncer de páncreas, cáncer de colon, cáncer bronquial, cáncer uterino.
- Otras, como el síndrome de inmuno deficiencia adquirido (SIDA), distrofia muscular, fracturas de columna vertebral, lupus, discapacidad secundaria a traumatismos por múltiples causas, desnutrición, artritis reumatoidea, por citar las principales; en este segundo grupo se incluyen pacientes adultos jóvenes, postrados cuya condición de salud es muy grave, carecen de apoyo familiar, su condición socioeconómica previa responde a la indigencia y abandono.

1.7.2. Descripción de la muestra

La muestra que fue objeto de estudio en la presente investigación, se describe como no probabilística, pues los ingresos de los pacientes responden a políticas del sistema que rige en la fundación, y las defunciones con las que concluye el ciclo, cursan los meses estimados en los criterios que se aplican a la terminalidad que varía de 3 a 6 meses, existen aspectos de la muestra conformada que se desconocen, la evolución de la enfermedad, las complicaciones que pueden surgir inherentes a cada patología y se presume el grado de compromiso o deterioro orgánico existente, sin embargo, estas características brindan utilidad y están relacionadas con el diseño del estudio.

Para conformarla se hizo una cuidadosa y controlada elección de pacientes, especificadas en los criterios de inclusión expuestos previamente en el planteamiento del problema. Este tipo de muestreo acorde al estudio no involucra un grupo representativo de la población enfermos terminales, pero sí constituye un grupo en donde existe la posibilidad de monitorear la aplicación de un proceso, establecer criterios, incidencia de trastornos, semejanzas entre los casos que nos permitirá del trabajo aplicado realizar inferencias estadísticas.

Por las características mencionadas en los pacientes, es probable que no exista representatividad en los resultados, sino una exposición del punto de vista basado en las observaciones de la ejecución técnica, existirán datos que no se puedan calcular porque no brindan utilidad cuantitativa, tampoco se podrá generalizar algunos aspectos a todos los pacientes, es el aporte cuantitativo el que modula y justifica la elección de la muestra, ya que como características relevantes expresa disposición a la búsqueda de ayuda, apertura al diálogo, necesidad expuesta de cambio, actitud positiva frente a los abordajes terapéuticos.

De 60 casos ingresados en la fundación²⁴, se sitúa un grupo de pacientes jóvenes y adultos entre 33 y 75 años, indigentes con diversas patologías en etapa terminal y estado de postración, debido a secuelas de accidentes que los incapacitaron/discapacitaron, afectando varias de sus funciones básicas, no así las funciones cognitivas superiores que están parcial o totalmente conservadas, de este modo queda conformada la muestra integrando pacientes de la siguiente manera:

Muestra 1: Corresponde a 7 pacientes entre 23 y 70 años de edad, diagnosticados con cáncer, 3 hombres y 4 mujeres; estos pacientes se encuentran en la etapa terminal.

Muestra 2: Corresponde a 4 pacientes entre 33 y 43 años de edad, 3 hombres y 1 mujer, su estado de inmovilidad es secundario a accidentes que produjeron lesión en la médula espinal, 2 cuadripléjicos y dos con hemiplejía.

Muestra 3: Corresponde a 4 pacientes entre 56 y 75 años de edad, 1 hombre y 3 mujeres, diabéticos, una de ellas con artritis se integra a la muestra por su discapacidad parcial ya que la movilidad es limitada pero posible.

Resumiendo las características de la muestra total: la muestra objeto de observación y aplicación del programa se conformó por 15 pacientes, de los cuales 8 son mujeres y 7 son varones cuyas edades oscilan entre 23 y 75 años, mencionados pacientes adolecen las siguientes patologías: 7 con cáncer, 4 discapacitados (inmovilizados), 3 diabéticos y 1 artritis reumatoide, las funciones cognitivas están conservadas, su nivel de independencia de las actividades diarias es parcial en algunos casos y dependencia total en otros.

²⁴ Mes de febrero 2007, posibles candidatos a beneficiarse con el programa, diversas patologías y nivel de gravedad, de estos se elige el número a investigar cuidando los criterios de inclusión.

1.8. Instrumentos de investigación

Considerando las características del grupo a investigar y el delicado estado de salud de los pacientes, se planifica aplicar una escala de evaluación mediante la cual se puedan detectar varios aspectos disfuncionales en las diferentes esferas así:

- Escala de Hamilton para la depresión.- Que permite obtener una medida del estado depresivo y niveles de gravedad, de los síntomas asociados al trastorno(somáticos), una estimación práctica del insomnio.
- Escala de Hamilton para la ansiedad.- A través de la cual es posible estimar los niveles de ansiedad así como los síntomas asociados.
- Cuestionario para evaluar personalidad SEAPsI.- Que nos brinda una orientación general sobre los diferentes tipos de personalidad mediante el cual es factible identificar y registrar los rasgos de personalidad.
- Índice de independencia de las actividades de la vida diaria de Katz.- Que permite conocer el grado de independencia del paciente, explora las funciones: baño, vestido, uso de sanitario, movilidad, continencia esfinteriana, alimentación. Conocer aspectos como estos son de utilidad, pues el paciente enfermo terminal debe contender con estos elementos a diario.

Considerando el nivel de instrucción (primaria incompleta) en la mayoría de los casos, así como los aspectos socioculturales, la biografía, el estilo de vida y ambiente preexistentes en el grupo investigado, fue necesario estructurar y adaptar aspectos de semántica en las entrevistas realizadas, con la finalidad de facilitar la comprensión de las preguntas formuladas durante la aplicación de las escalas, sin que ello interfiriera en los resultados esperados.

CAPÍTULO 2

ENFOQUE DESDE EL MODELO INTEGRATIVO ECUATORIANO FOCALIZADO EN LA PERSONALIDAD PARA EL MANEJO DE PACIENTES QUE PADECEN DE UNA ENFERMEDAD TERMINAL.

2.1 La situación de la salud en el mundo

La comprensión de la salud mental implica situarse desde una amplia perspectiva dentro del campo de la salud integral, los psicoterapeutas como profesionales del equipo multidisciplinario y en relación a la temática planteada, entendemos que, al hablar de salud mental los aspectos: psicológico, psicopatológico, psicofisiológico, psiquiátrico, etc., que se inscriben en el tema enfermedad-enfermo terminal involucran aspectos que no se reducen tan solo al aspecto anatómico y fisiológico en deterioro inevitable, sino al aspecto medular desde mi perspectiva los aspectos psicológicos en sí mismos, que se interesan sobre temas como el dolor, terminalidad, las pérdidas, muerte, el duelo, los cuidados paliativos, la calidad de vida, entre otros.

La muerte, su desenlace y aceptación, han experimentado un cambio sensible en nuestra sociedad en el último siglo, pero más que la muerte, lo que ha cambiado es la percepción que tenemos de ella. El hecho de morir se ha retrasado en el tiempo, acorde al desarrollo de nuestras sociedades. Los avances científicos han permitido alcanzar esperanzas de vida que casi duplican las existentes en los inicios del siglo pasado. Esta expectativa de supervivencia ha traído consigo un aumento de pacientes en situación de terminalidad, pacientes cuyo pronóstico vital es fatal a medio o corto plazo, pero que pueden beneficiarse de una intervención integral, ya no centrada en su curación, sino en su confort y en una mejor calidad de vida.

Aunque clásicamente se ha dicho, que enfermo terminal es aquel que tiene una enfermedad mortal sin tratamiento eficaz alguno y en el que existe un período de esperanza de vida inferior a seis meses, la OMS lo redujo a un

espacio inferior a tres meses. Para algunas especialidades como la oncología médica, promueven la desaparición de este concepto ya que implica una noción perjudicial de lo que es un ser humano enfermo, consideran que no existen enfermos terminales, existen pacientes con enfermedades difíciles de tratar, pero en los que siempre existe algo por hacer, fundamentalmente cuidarlos y controlar sus síntomas.

Cada año se diagnostican en el mundo más de 7 millones de nuevos casos de cáncer, la OMS (2004), reconoce que los riesgos carcinogénicos a pesar de que existen en todo el mundo, no son iguales en todas partes. Según la OMS, a nivel mundial para el año 2000, fueron descritos siete tipos de cáncer que se relacionaron con el 60% de casos nuevos diagnosticados dentro de la patología oncológica en países en desarrollo, los cuales fueron el cáncer cérvico uterino y el cáncer hepático (en mayor proporción en Asia Oriental y África como consecuencia de una mayor prevalencia de hepatitis B, así como también, el inadecuado almacenamiento y conservación de alimentos), de estómago, esófago, pulmonar, colon-rectal y mamario (éstas dos últimas patologías frecuentes en la población de Europa Oriental, lo que se relaciona a estilos de vida sedentaria y alimentación rica en grasas). (Banco Mundial et al, 2006).²⁵

“En países subdesarrollados donde se observa inestabilidad política, social y económica, la OMS (2004) describe al cáncer como una de las principales causas de muerte en la población mayor a 15 años de edad, debido al diagnóstico tardío de la enfermedad, así como también a una mayor exposición de la población a las causas infecciosas del cáncer (Virus del Papiloma Humano, Virus Hepatitis B). A su vez, refiere que el acceso a servicio de atención de salud no es oficial, en donde la infraestructura junto con los recursos humanos para la prevención y control del cáncer son escasos y limitados, en relación con la cantidad, accesibilidad y calidad” (OMS, 2004).²⁶

²⁵ [http:// www.cáncer.org/epidemiologia](http://www.cáncer.org/epidemiologia). 2007.

²⁶ [http:// www.cáncer.org/epidemiologia](http://www.cáncer.org/epidemiologia). 2007.

En Ecuador país en vías de desarrollo, se observa al cáncer como la principal causa de morbilidad y mortalidad. En países como el nuestro, la exposición a los factores de riesgo como el tabaco, hábitos alimenticios y agentes infecciosos o carcinógenos es elevada. Sin embargo, se cuenta con infraestructura y recursos necesarios para realizar prevención de esta enfermedad, así como también, su detección precoz y tratamiento indicado, no se puede omitir el caso de pacientes que por su condición socioeconómica y cultural tienen acceso limitado a intervenciones de prevención, atención temprana y tratamiento.

En las últimas décadas, paralela y concomitantemente con los avances de la medicina en el tratamiento de los pacientes que padecen enfermedades causantes de muerte como el cáncer, enfermedades del corazón, Alzheimer, SIDA, anorexia nerviosa, etc., han surgido un gran número de intervenciones psicosociales, disponibles para pacientes en estas circunstancias, como parte importante de los cuidados paliativos.

Históricamente publicaciones que datan desde los años 50, refiere el autor (HOLAND 1989)²⁷, existe mayor disponibilidad de tratamientos para el cáncer, de este modo se observa un desarrollo y crecimiento de los grupos de apoyo para pacientes con mastectomía, es hacia los años 60 en donde se perfila un mayor interés en la intervención psicosocial para pacientes cancerosos.

En nuestra realidad, el aporte del apoyo psicológico para un paciente en condición de terminalidad es primordial, no obstante, está relegado a un plano secundario, ya que se prioriza la atención médica. El espacio y valor de la psicoterapia de apoyo o el rol del psicólogo en los cuidados paliativos, deberían ser manejados de forma paralela con el cuidado médico, ya que la necesidad está creada, constantemente se observa al personal de salud solicitando apoyo para que se escuche o persuada al paciente en beneficio de su salud y se incluye dentro de este esquema promover lo siguiente:

²⁷ KAPLAN y SADOCKS, MD. (1996). *Terapia de Grupo*. Editorial. Médica Panamericana. S.A. Madrid. Pág. 523.

- Motivación hacia una actitud mental y comportamental del paciente para aceptar los tratamientos farmacológicos.
- Disposición para permitir limpiezas quirúrgicas en el caso de pacientes diabéticos, de escaras en pacientes que no se movilizan con frecuencia y permanecen en decúbito.²⁸
- Receptividad de las medicinas para no rechazarlas o escupirlas.
- Actitud participativa en la fisioterapia.
- Tolerancia a las sondas, la dieta e higienización.
- Aceptación de exámenes como biopsias e interconsultas.
- Proporcionar información a los pacientes sobre las enfermedades y procedimientos, etc.

Aspectos como los mencionados, sin ser competencia directa del terapeuta, son elementos importantes que forman parte del tratamiento y cuidados para un paciente y por ello deben ser atendidas como otros aspectos prioritarios y emergentes dentro del plan o programa de asistencia médica. Recordemos ampliando lo antes referido, que no todo el personal de salud está capacitado para comunicar y responder de manera adecuada a las inquietudes del paciente, el por qué de los esquemas de su tratamiento, el diagnóstico de su padecimiento, algunos de sus síntomas, el porqué de sus emociones, las expectativas de vida, etc.

Francisca 58 años (FCHD), diabética, consideraba que estaba perdiendo la razón, pues sentía frío y mucho dolor en el pie que le fue amputado, esta sensación dolorosa del miembro fantasma era interpretado por ella como un mensaje de que algún día volvería a recuperarlo, al mismo tiempo que razonaba y confrontaba la situación. Informarle sobre esta forma de sensación dolorosa que se produce después de una amputación era necesario para su tranquilidad, parte del proceso de reconstrucción de la realidad. Este "dolor" le generaba mucha angustia, ocurría generalmente en las noches, en donde la actitud y comentarios del personal de auxiliares que la atendían no habían aportado más que para empeorar el cuadro.

²⁸ En ocasiones ante la carencia de sillas de ruedas y la propia discapacidad de la enfermedad permite que los pacientes pasen más de 24 horas en sus camas, movilizarlos y persuadir a que lo hagan con más frecuencia ayuda a prevenir la formación de nuevas lesiones.

Respetando los conceptos de "terminalidad", nos enfocamos sobre los cuidados paliativos, acciones imprescindibles de intervención en esta etapa, es el apoyo psicológico el que coadyuvará en los procesos del equipo multidisciplinario, del paciente y la familia²⁹; la competencia del psicólogo contribuye a mejorar y situar en importancia temas descuidados como: la humanización de la salud, las habilidades de supervivencia de las que se vale el ser humano, las reacciones psicológicas del duelo, las somatizaciones, la resiliencia como competencia y la asertividad para manejar de mejor manera la aceptación y la enfermedad .

En la atención del enfermo terminal, puede enfrentarse a dificultades sobre temas éticos, religiosos o legales, que sin lugar a duda forman parte del problema planteado. Cuestiones como la petición de eutanasia, denuncias de maltrato, necesidad de contactar familiares o personas con quienes desea el enfermo comunicarse en afán de resolver conflictos, que exceden a la competencia y formación del terapeuta, deben abordarse, más no ser objeto de responsabilidad con respecto a su difusión o denuncia. Los cuidados paliativos se configuran como el último recurso de un grupo, en donde se ha intentado aparentemente todo, dentro del tratamiento médico.

Frente a estos esquemas surge una tesis que analiza los retos que plantean las sociedades tecnificadas del siglo XXI y ante lo expuesto muchas entidades, centros e investigadores operan con sus aportes, ejemplo de ello es el Informe Hastings³⁰, esta publicación ha contribuido a clarificar algunas de las problemáticas que se plantean en relación a la muerte, los cuidados paliativos, sus procesos, fines, medios, justificación, esquemas y problemática en general. "La tesis de este importantísimo documento es que lo que hoy está en juego, no es una cuestión de medios sino de fines". El mensaje que trata de transmitirnos el informe Hastings puede tal vez condensarse en una frase de Eric Cassell, sobre la que, profesionales,

²⁹ Familia generalmente ausente, muchos de los pacientes ingresan a la Fundación, a través de las gestiones de hijos, cónyuge o padres ancianos y enfermos, el sacerdote de la comunidad, vecinos o parientes lejanos. La familia, si la tiene, no está en capacidad de atenderlos y cubrir los gastos; una vez ingresados, el contacto es escaso y finalmente muchos de ellos son abandonados completamente.

³⁰ [http:// www.fundaciongrifols.org](http://www.fundaciongrifols.org), 09/02/2008.

investigadores y pacientes, haríamos bien en reflexionar: "Los que sufren no son los cuerpos; son las personas".

Ante la incipiente fuente de consulta con respecto a temas como la resiliencia en la terminalidad, en enfermedades crónicas, y cuidados paliativos desde la competencia del psicólogo, debo hacer uso de la bibliografía psicológica, médica, psiquiátrica, que, aunque en general provienen de sociedades anglosajonas, desde ámbitos socio-culturales diferentes a los nuestros, pueden sin embargo ayudarnos a apoyar realidades que intuimos en nuestros pacientes, pertenecientes a una sociedad multiétnica y multicultural en donde el enfoque de la vida, salud y calidad de vida necesariamente obedecen a un particular tipo de sociedad y cultura.

Nuestros pacientes, particularmente debido a su condición sociocultural y socioeconómica, ante los síntomas de su enfermedad optan por los "tratamientos naturales", caseros, clásicos, que guardan relación con su entorno, se orientan en primera instancia a la búsqueda de alivio en estas fuentes. De este modo, recurren a los tratamientos conocidos y recomendados por familiares y amigos, medicinas alternativas, empíricas, productos "mágicos" que inicialmente fracasan y que en muchas ocasiones empeoran el cuadro clínico. Tienden a rechazar la excesiva tecnificación, los diagnósticos, dudan de los tratamientos y los médicos. Existe un gran porcentaje en el que opera el pensamiento mágico en donde la enfermedad y el dolor se atribuyen a maleficios, castigo divino, hechicería, etc.

Maruja, 56 años (FCHD), hospitalizada por secuelas de ACV como consecuencia hemiplejía, disartría entre otros signos, había estado bebiendo un jarabe que le vendió un "médico brujo", para "la rabia que le hacía latir la cabeza" tal cefalea respondía a la hipertensión severa que se exacerbaba ante conflictos familiares, nunca acudió al servicio de salud antes del "derrame".

2.2 Conceptos de calidad de vida

En la adecuación del tratamiento y cuidados paliativos para un paciente enfermo terminal, tan importante como la planificación del esquema biológico, farmacológico, son los aspectos psicosociales, afectivos, sistémicos del ciclo vital, estilo de vida, etc., dentro del esquema psicológico. El tema calidad de vida difiere en cada ser humano, aunque existirán elementos propios de persona-sociedad y las relaciones entre ellos hacen referencia a los distintos tipos de individuos, grupos sociales y entornos en que transcurre la vida, como por ejemplo: la familia, el vecindario, la iglesia, la escuela, el pueblo o ciudad, las instituciones.

La calidad de vida ha sido estudiada desde diferentes ángulos, socialmente, calidad de vida tiene que ver con una capacidad adquisitiva que permita vivir con las necesidades básicas cubiertas, además de disfrutar de salud física-psíquica y de una relación social satisfactoria. Entre los investigadores no hay consenso en la definición de "calidad de vida". Es un concepto que involucra muchas variables subjetivas: satisfacción, felicidad, autoestima, responsabilidad, compromiso, funcionalidades difíciles de medir. Las variables objetivas son de medición más fácil, la economía, el nivel socio-cultural, los déficits funcionales, problemas de salud.

Los investigadores con orientación clínica suelen definir calidad de vida en términos de salud y/o de discapacidad funcional. "Urie Bronfenbrenner, busca dar cuenta de los diferentes ámbitos en que se construye o destruye la calidad de la vida. Puesto que son personas individuales las que pueden conservar o modificar sus propios estilos de vida, pero no lo hacen aisladamente de la sociedad en que viven, la cual procede a mejorar o empeorar las condiciones de la existencia de sus miembros".³¹

Se pueden reconocer y distinguir "estilos" de vida personales, por una parte, y "condiciones" inmediatas y mediatas del entorno por otra, así, es posible

³¹ LAMAS, R Héctor., MURRUGARRA, Alcira Psic. El desarrollo humano como principio y fin de la salud, calidad de vida en el adulto mayor. [En línea] 07 de Abril 2006, *Sociedad Peruana de Resiliencia* [Ref. de 26 mayo 2006]. Disponible en: <http://www.ecoport.net/temas-especiales/salud-ecoport.net>.

precisar la calidad de la vida desde sus componentes personales hasta los ambientales y culturales. Este eje podría también llamarse eje del nivel de resolución, puesto que podemos precisar a qué nivel desagregamos el modelo de la calidad vital en sus componentes, por ejemplo, a nivel individual, familiar, grupal, comunitario, social, sincrónico o diacrónico, etc.

La calidad de vida, refiere aspectos objetivables, algunos de los cuales son cuantificables y mensurables, también hay aspectos de la calidad vital que no son medibles, sino que constituyen valoraciones subjetivas de algo que, interna o externamente, incide en la calidad vital. Así, nos es posible encontrar cómo el efecto de una misma realidad objetiva particular relacionada con el bienestar, puede ser valorada diferencialmente por dos o más personas que se relacionen con ella.

Olga, 70 años (FCHD), cáncer, cuestionaba su ingreso, el cual consideraba innecesario, aunque se sabía gravemente enferma y en el centro asistencial disponía de atención, medicamentos y cuidado, ya no podía deambular en las calles reciclando cartones y otros objetos para luego venderlos o canjear con sus amigos también indigentes, recolectar sus hierbas medicinales, hacer sus infusiones "curativas", a menudo repetía "esto no es vida", su concepción de calidad de vida respondía a su historia y circunstancias.

En muchos casos como el citado, la calidad objetiva de la vida no siempre coincide con la subjetiva. En esta medida y siguiendo los planteamientos de Diener (2000), el autor que define la calidad de vida como bienestar, el carácter subjetivo de la calidad de vida estaría situado en términos de la satisfacción y la percepción que tiene cada individuo sobre su propia vida, en dominios como el laboral, el afectivo, familiar, cultural y social entre otros. Lo que caracteriza al juicio subjetivo, es que los juicios de valor concernientes a la persona y su condición respecto a hechos materiales y psicológicos, corresponden al mismo individuo acerca de cómo éstos afectan su propia calidad de vida.

2.3 La eficacia del modelo integrativo ante la necesidad de un abordaje completo

Una población con características particulares, requiere de un enfoque original que esté diseñado exclusivamente para atender los casos de pacientes que:

- Carecen de cultura general y lógicamente no tienen idea de una cultura terapéutica.
- En pacientes en donde predomina el pensamiento mágico y la búsqueda de soluciones mágicas y externas, aspectos que difícilmente se modificarán, porque forman parte de sus cogniciones y afectos que caracterizan gran parte de los eventos de la historia de sus vidas.
- En condiciones de salud deteriorada que no permite prever de cuánto tiempo se dispone.
- En pacientes que atribuyen aspectos de su enfermedad al entorno familiar, laboral, sistémico, etc., es decir al locus de control externo, que difícilmente reconocen y aceptan responsabilidad en el desarrollo de la enfermedad, desconocen o no aceptan que la dieta, el estilo de vida, las relaciones interpersonales, los vínculos, hábitos e higiene en todas las esferas corresponden exclusivamente a cada ser humano. Estas atribuciones absolutas de la enfermedad y padecimiento al locus de control externo dificultan la toma de conciencia de responsabilidad sobre su propia situación.

Características como las mencionadas, estructuran la idiosincrasia de nuestros pacientes y de nuestra cultura, lo que hace necesario utilizar progresivamente formas de abordaje que incluyen elementos provenientes de diferentes enfoques, actividades y procedimientos heterogéneos y diversificados, inclusive si es preciso disociaciones instrumentales.

Pedro, 33 años (FCHD), cuadripléjico, funciones cognitivas conservadas, cáncer prostático fase terminal. De las entrevistas realizadas se receptó la necesidad y anhelo urgente que tenía de leer y escribir, pues, era el medio

de comunicarse con su hija que residía en el extranjero, además deseaba enriquecer su vida espiritual a través de la lectura bíblica, Pedro había iniciado un proceso de aprendizaje de la lecto-escritura en la niñez, el cual tuvo que abandonar por aspectos económicos.

En esta edad con una lectura muy precaria y la escritura imposible de instaurar por la discapacidad actual, considerando las limitaciones, se realizó una disociación instrumental desde la experiencia terapéutica, alcanzando a través de pocas intervenciones destreza en la función, en cuanto a la escritura fue iniciativa de él, quien tomaba el lápiz con la boca para esbozar algunas palabras. Esta actitud positiva y resiliente fue enriquecedora para su autoestima, lograr sus objetivos en esta etapa frente a las adversidad de la enfermedad representó algo importante en su vida y aportativo para quienes lo rodeaban.

Se ha observado en la práctica con este tipo de pacientes, que no se ha descrito un recurso psicoterapéutico específico, eficaz en su totalidad, siempre será necesario integrar diferentes alternativas. En casos como el mencionado, los enfoques tradicionales ya sean, abordajes cognitivo conductuales, humanístico existenciales, sistémicos o gestálticos, si bien aportan efectivamente no son suficientes, cabe mencionar que en la intervención a poblaciones especiales queda la sensación de que se hace lo necesario pero no lo suficiente, además el delicado estado de salud estará definiendo y redefiniendo constantemente sus necesidades y la terapia debe adaptarse ineludiblemente con estos pacientes de circunstancias impredecibles.

La psicoterapia integrativa constituye una de la herramientas más completas, sus atributos permiten y autorizan dinamizar e interactuar esta redefinición y replanteo de técnicas al servicio de los fines y objetivos, una de las tantas fortalezas del modelo son la riqueza de sus contenidos, la flexibilidad que estimula la creatividad necesaria que se debe desplegar para cada caso; considero que al hacer uso de estos recursos y formas, la relación terapeuta-paciente es notablemente enriquecida beneficiando

igualmente al paciente. Esta forma de abordaje además de lo expuesto otorga aportes potenciales al proceso terapéutico, ya que nos permite disponer de una apertura teórica al conocimiento proveniente de diferentes enfoques, estimulando así el diálogo y la comunicación bidireccional.

Para enriquecer este capítulo que describe el modelo, tomo los apuntes de Marcela Opazo Gazmuci 2006, quien abordando el tema, registra en este espacio, "Aportes potenciales de un Modelo Integrativo". Para la autora, el Modelo Integrativo posee:

- Fundamentos compartidos a partir de los cuales discutir nuevos temas, sin tener que clarificar supuestos básicos en cada oportunidad.
- Una apertura teórica al conocimiento proveniente de diferentes enfoques, estimulando así el diálogo y la comunicación.
- Un fundamento epistemológico acerca de los alcances y límites del conocimiento (constructivismo moderado).
- Reglas compartidas para evaluar el conocimiento y la eficacia, lo cual facilita el acceso a un conocimiento acumulativo.
- Un lenguaje conceptual común.
- Un marco guizador para plantear las preguntas apropiadas y para seleccionar los temas de investigación.
- Un contexto ordenador que facilita el almacenamiento organizado y funcional de los datos de la investigación.
- Una actitud científica que permita fluctuar entre los diferentes paradigmas sin preferencias o sesgos, actitud que facilite la superación de percepciones de deseo (allegiance effect).
- Reglas claras para lo que será una metodología aceptable.
- Una teoría con valor heurístico, es decir, capaz de facilitar el desarrollo creativo de nuevas teorías y estrategias clínicas.
- Fundamentos sólidos para desarrollar una psicoterapia integrativa potencialmente más completa, profunda y efectiva.
- La posibilidad de ir rescatando fuerzas de cambios específicos, desde diferentes enfoques y paradigmas, lo cual permite llevar a la psicoterapia más allá de los factores comunes.

- La posibilidad de desarrollar una teoría cada vez más completa y profunda, sin "segregaciones" ideológicas.
- Una fluida interacción entre los datos de la investigación, la teoría y la práctica clínica.
- Un punto axial diferente, que permita acceder a una percepción de 360 grados de la dinámica psicológica.

Resumiendo, un enfoque integrativo en psicoterapia es la intervención psicoterapéutica más completa y compleja, adecuada para esta población especial, porque el dinamismo que ofrecen sus partes articuladas permite y favorecen un resultado final, además porque este grupo requiere de una intervención y sensibilidad cultural más que ningún otro.

2.4 Bases epistemológicas y teóricas del modelo integrativo ecuatoriano focalizado en la personalidad

El constructivismo "como teoría del conocimiento se aparta del pensamiento tradicional, hasta llegar en su forma radical a ser incompatible con uno de sus presupuestos, como es el de la existencia de una realidad real, objetiva real, objetiva diferente al propio sujeto, desde el constructivismo se entiende que cuando en el pensamiento tradicional se define el conocimiento como un acercamiento, comprensión o aprehensión de dicha realidad, se está confundiendo la propia visión de la realidad con la realidad misma"(Hernández Aristu, 1991, Pág. 99).³²

El constructivismo, como concepto "contiene referencias a la idea de que tanto individuos como los grupos de individuos construyen ideas acerca de cómo funciona el mundo" (Novak, 1988)³³, enfatiza el papel dinámico del sujeto en la construcción de una realidad que, o bien es múltiple en el

³² MARTINEZ, A. Constructivismo ¿Una vuelta a los principios filosóficos del positivismo? Sevilla CL& E. 1995. 28, pp-5-13 [versión electrónica]. Disponible en internet: dialnet.unirioja.es/servlet/fichero_articulo?codigo=2941772...0

³³ MARIN, N., Benarroch. Precisiones sobre el constructivismo e implicaciones para la educación. Paideia. [En línea]. Revista de Educación A. (Universidad de Concepción). Chile 2000 N°28. 19-34. [Ref. de 6 de mayo 2009]. Disponible en: <http://www.cibernetia.com>.

sentido de concebir tantas realidades diferentes como formas distintas de percibir e interpretar tiene el hombre.

Estas consideraciones acerca de la realidad han producido dos enfoques dentro del constructivismo: el constructivismo radical que responde acerca de la posición de que si hay un mundo objetivo o una realidad independiente de estas percepciones, y el constructivismo moderado responde más a la cuestión acerca de cómo el hombre construye su propia realidad personal.

La construcción de la realidad es una activa labor con límites en lo bio-social, pues el hombre crea el mundo en que despliega su existencia siendo única e irrepetible la experiencia de construcción como el ser humano, a esto no existe una única y objetiva realidad que sirva de patrón para guiar y constituirse como tal en una verdad absoluta y concluida, esta experiencia se despliega y construye regida por los guiones personales, aquellos que representan un proceso histórico guardado eficazmente como un relato capaz de rehacerse constantemente.

El modelo integrativo ecuatoriano adopta como base epistemológica el constructivismo moderado, encuadrado en una filosofía humanista, que otorga y percibe a cada persona como un ser único, con particularidades propias de orden biológico y social, cuya interrelación estructuran su psiquismo, entidad superior del individuo que como resultado de la influencia y dinámica entre estos dos elementos se ve reflejado en la personalidad.

La mente crea y construye significados, que están en permanente interacción dotando de sentido a la existencia. Sus operaciones cognitivas estarán relacionadas a las condiciones del lenguaje; para el constructivismo moderado la realidad no es totalmente accesible al conocimiento (contra el realismo ingenuo), ni es una sencilla construcción de nuestra mente (contra el constructivismo radical), pero este conocimiento de la realidad no es posible a través de percepciones puras o nítidas, ya que siempre el

conocimiento estará determinado o influenciado por nuestras modalidades perceptivas y conceptos lingüísticos que son los que nos permiten acceder indirectamente al conocimiento de la misma.

Como profesionales nuestra forma de acceder al conocimiento de la realidad es a través de unidades cognitivas biológico-ambientales, conscientes de que éstas nos permiten acceder a contenidos importantes de una construcción, pero no a una objetividad plena, nuestro acceso a la realidad es factible también a través de los avances científicos y tecnológicos de las ciencias que aportan al desarrollo de la psicoterapia, tales contribuciones nos permiten conocer las alternativas de tratamiento y expectativas en torno a patologías existentes, por ejemplo, la administración de hormonas como método anticonceptivo y su influencia en los estados de ánimo o el prolongar las expectativas de vida a través de la quimioterapia, trasplantes de células, etc., éstas, entre otras investigaciones, nos acercan al conocimiento "indirecto" de la "realidad", en términos generales, el valor del conocimiento en psicoterapia se valida por el aporte "predictivo" de sus teorías y por el aporte al cambio de nuestras estrategias clínicas.

2.5 La personalidad del paciente y su respuesta a la enfermedad

Entender la historia que circunscribe la realidad diferencial de cada persona, tiempo histórico, tiempo social, ciclo vital, permite involucrar aspectos que coadyuvan a estructurar un posible, si cabe el término, perfil de calidad de vida de cada ser humano, atender los elementos del concepto calidad de vida de cada paciente guiará de algún modo las intervenciones, más aún, si se ha de diseñar una intervención que se ajuste a las necesidades del asistido como propone el modelo integrativo ecuatoriano, atendiendo de manera especial los componentes cognitivos y afectivos.

Esta experiencia de intervención con el paciente en etapa terminal, supone aprender a trabajar de otro modo, muchas veces con problemas

enunciados por otras disciplinas, redefinir una problemática desde diferentes perspectivas y escasas expectativas, trabajar con un ritmo distinto, atravesados por urgencias, contradicciones, frustraciones, muerte y discapacidad, con experiencias que se asociarán al padecimiento, a la enfermedad, angustia, temores, etc.

Trabajar con los componentes calidad de vida y cuidados paliativos, involucra considerar que el supuesto teórico implícito es trabajar sobre las y estas diferencias, no como oposiciones sino como relaciones (nosotros-otros), involucra trabajar sobre la personalidad, sobre el enfoque de sus rasgos, en la unicidad del individuo que dificulta la comparación y masificación del abordaje (ideográfico), así como también, en los rasgos personales compartidos que permite de algún modo comparar entre un paciente y otro (nomotético). Atender al paciente involucra observar su dinámica, trabajar sobre el aquí y el ahora, sobre el dolor, la muerte, su única y propia realidad.

Conocer aspectos como: organización, dinámica, aspectos cognitivos según la personalidad, como operan sus rasgos ante las influencias y el entorno, se constituyen en elementos de apoyo de primer orden al plantear los acercamientos del terapeuta al paciente, el "manejo hermenéutico, habilidad que supone un proceso interpretativo manejado desde la sutileza del psicoterapeuta, intuitivo, pudiendo descubrir lo que otros no ven, llegando a entender y comprender lo que aparece más profundo que en la superficie ese "leer entre líneas".³⁴

Se puede observar en la vida cotidiana que hay personas y personalidades, entonces, algunos individuos denotarán resistencia a la aparición de síntomas clínicos, no así otros, tras la experimentación de un suceso que podría considerarse traumático como lo es el diagnóstico y los síntomas de una enfermedad que se suscribe en el ciclo vital. Ello no quiere decir que no sufran un dolor subclínico, ni que no tengan pensamientos o emociones

³⁴ IZQUIERDO, Maricruz Dra. (2006). El Psicoterapeuta del Modelo Integrativo, revista de la sociedad ecuatoriana de asesoramiento y psicoterapia integrativa. Pág. 24.

desagradables, sino que, a pesar de ello, son capaces de hacer frente a la existencia y pueden disfrutar de otras experiencias positivas.³⁵

Existen personalidades resistentes a los eventos estresantes que puede generar el trauma, el duelo o padecimiento, estas personalidades se caracterizan por poseer: control emocional, autoestima adecuada, criterios morales sólidos, un estilo de vida equilibrado, aficiones gratificantes, vida social estimulante, actitud positiva ante la vida. Recursos disponibles para hacer frente de forma adecuada a los sucesos negativos vividos, superar las adversidades y aprender de las experiencias dolorosas, sin renunciar por ello a sus metas vitales. Estos elementos en una personalidad accionarían como amortiguadores ante eventos nocivos, serían éstos elementos de resiliencia.

La plasticidad de la dinámica de la personalidad en cada individuo, nos hace notar que la enfermedad y los síntomas no son típicos o exclusivos de una categoría; sin embargo, existen rasgos de las personalidades que operan de manera muy particular de acuerdo a sus características, así: los pacientes con rasgos paranoides mantienen un elemento de reserva constante, matizado, si cabe el término, con desconfianza sobre los tratamientos, las personas, las inferencias que surgen ante las personas, la enfermedad, tienen su propio estilo, es complejo integrarlos a un grupo y demandan exclusividad en las atenciones y personas con las que se identifican de algún modo.

Jhony, 43 años (FCHD), sus reacciones denotaban continua desconfianza con sus compañeros y personal de servicio, antes de desplazarse a alguna actividad fuera de la sala, pedía guarden sus objetos personales, si alguien realizaba un comentario sobre X situación en la sala, atribuía esos comentarios, hechos o palabras a su persona, siempre observando cuidadosamente a los pacientes nuevos.

³⁵ ECHEBURÚA, E. (2004). La resistencia humana ante los traumas y el duelo. Pág. 7. Ref. 24 Junio 2009. Disponible en: www.paliativossinfronteras.com/.../18-LA-RESISTENCIA-HUMANA-EN-EL-PROCESO-DEL-DUELO-Echeburua.pdf.

Los pacientes con rasgos ciclotímicos revelan fluctuaciones en el estado de ánimo con más frecuencia, sus emociones, cogniciones y distorsiones suelen apartarlos de las actividades cotidianas, muchas veces rehúsan inclusive abandonar sus camas, su actitud hacia la enfermedad es influenciada por el estado de ánimo, con estos pacientes, los avances parecen esfumarse para retomar una calidad positiva de un día para otro, el manejo del timing acorde a la situación y estado de ánimo en particular, hacen efectivos los abordajes, desestimarlos únicamente conlleva a esperar resistencia, irritabilidad y mayor sufrimiento en el paciente.

Los pacientes excesivamente demandantes de atención, enuncian sus necesidades de manera insistente, suelen acercarse a comentar sus malestares con quien corresponde y no, la situación se complejiza cuando establecen u otorgan demasiada importancia a relaciones inexistentes con sus tratantes, malinterpretan la atención y cuidado que se les prodiga, asumen que es interés de otra naturaleza, se frustran con frecuencia y fácilmente cuando los resultados de los tratamientos no responden de inmediato o no se les complace, son pacientes que sufren adicionalmente mucho más, cuando sus parientes no acuden a visitarlos o peor aún cuando son excluidos de alguna actividad por cualquier eventualidad.

Los pacientes con rasgos histriónicos de la personalidad llaman extremadamente la atención con sus respuestas exageradas ante una sesión de rutina hospitalaria como: fisioterapia, aplicación de una sonda, baño, administración de medicamentos, etc. Las respuestas a la enfermedad, los síntomas y las somatizaciones toman su peculiar forma de manifestarse obedeciendo a los estilos propios de cada personalidad.³⁶

Maruja, 56 años (FCHD), ACV, acudía 2 veces por semana a rehabilitación física, a cada uno de los movimientos que exigía el ejercicio le acompañaba llanto, gritos y súplicas a la fisioterapeuta, rogaba a todos los presentes "detuvieran la tortura", tal respuesta sobredimensionaba el dolor

³⁶ Las observaciones realizadas responden a comportamientos y manifestaciones de pacientes que no adolecen trastornos de personalidad o enfermedad psiquiátrica; rasgos y característicos de la personalidad parecen definir las conductas observadas en esta condición de terminalidad.

muchas veces inexistente, pues tan solo ante el estímulo de la dígito puntura reaccionaba exageradamente. Mencionadas conductas se manifestaban solo ante la presencia de otras personas o pacientes, exacerbándose más aún ante visitas, los comportamientos se redujeron cuando se acompañó a las sesiones, simultáneamente relajación que aprendió por haberle sugerido que era especialmente creada para una persona tan importante como ella lo era.

Si pudiéramos tomar como ejemplo, el tema calidad de vida con relación al paciente con rasgos esquizoides de la personalidad, describiríamos que, realizar actividades conjuntas con sus compañeros representa fuente de malestar, siempre prefieren actividades solitarias se ubican en espacios apartados y suelen mostrarse indiferentes ante toda observación, elogio o motivación, sus emociones, síntomas y cogniciones son de difícil acceso.

Napoleón, 38 años (FCHD), cáncer, a quien insistentemente durante algunas semanas me acerque solicitando conversar, intentando persuadirle sobre la importancia de manifestar los afectos, malestar o tristeza con la finalidad de sentirse mejor, respondía con el saludo al acercarme, al indagar si deseaba hablar manifestaba "otro día", "mañana", "de que será", otorgaba poca importancia a cualquier observación positiva o negativa que le realizaren sobre su aspecto o estado de salud, sus actividades limitadas, apartadas y solitarias, su frialdad y afectos reprimidos lo evidenciaban, nunca disfrutó en su estadía de actividad social, agasajo o fecha alguna.

Los pacientes con rasgos dependientes tienden a agudizar los cuadros y la percepción al dolor parece agravarse cuando están solos y no se sienten protegidos o bajo cuidado, les causa excesivo malestar y sufrimiento cuando el personal que les atiende, de quien dependen se ausenta, deserta o ya no lo asiste, continuamente demandan ayuda, apoyo y compañía para realizar actividades sencillas, teniendo en cuenta que su capacidad de independencia no está limitada por la enfermedad.

En la heterogeneidad de los casos como de los individuos, hay también personalidades y rasgos que necesariamente se exhiben y exigen modificar y adecuar los planteamientos, existen pacientes con rasgos disociadores por naturaleza, cuya impulsividad, agresividad y hasta violencia verbal, sin haber permitido la violencia física, se exprese, son pacientes que necesariamente se excluyen de los grupos por el bienestar de otros, y que habitualmente causan malestar en las actividades que realizan conjuntamente, generalmente existe una base orgánica como epilepsia, tumores, déficit de atención, trastorno límite, coeficiente intelectual bajo(RM), entidades como las mencionadas forman parte de los ingresos.

La posibilidad de accionar psicológicamente depende de que los seres humanos posean alguna forma de conocimiento de la realidad (incluidos ellos mismos, obviamente, como parte de esta realidad), conocimiento que no se reduce a una forma fija o determinada, pues depende de cada organización personal, grupo, sociedad y cultural que lo produce.³⁷ Validando este conocimiento, las experiencias y vivencias de lo habitual del paciente, se ha observado que su concepto o concepción de enfermedad se puede desprender, haciendo uso de las herramientas que nos provee el modelo integrativo a través de los paradigmas. Para Lucio Balarezo Ch. al tratar el tema Abordaje Integral y Psicoterapia Integrativa en el adulto mayor³⁸ refiere: "nuestro modelo, considera la personalidad como una estructura dinámicamente integrada de factores biológicos, psicológicos y socioculturales que establecen un modo de percibir, pensar, sentir y actuar otorgándole singularidad e individualidad al ser humano".

2.6 Significado atribuido a la enfermedad desde paradigmas estructurados en el modelo integrativo

La psicología médica, la medicina psicosomática, entre otras especialidades estudian, se interesan y desarrollan sus investigaciones

³⁷ FERNÁNDEZ, Álvarez. (2005). *Fundamentos de un modelo integrativo en sicoterapia*. Editorial Paidós, Buenos Aires, Pág. 118.

³⁸ BALAREZO, Lucio Msc. Seminario Taller Internacional, abordaje integral y psicoterapia integrativa en el adulto mayor. [Material gráfico proyectable] Quito-Ecuador [2007]. 51 diapositivas. Aplicación del modelo integrativo en adultos mayores.

basándose en observaciones de factores y comportamientos que vinculan los elementos psicológicos y de la personalidad a la génesis de la enfermedad. En las diferentes enfermedades cualquiera que fuera su origen, ya sea fisiológico o estructural, está una base orgánica presente, en donde se incluyen los factores genéticos, fisiológicos, ambientales, estilo de vida, etc.

La práctica con los pacientes parece indicar cierta vulnerabilidad biológica, a las consideradas enfermedades responsables de las principales causas de muerte, por otro lado existen personas con circunstancias personales y factores varios que tornan de igual modo a los individuos vulnerables a padecer trastornos asociados a las enfermedades sistémicas, depresión, ansiedad, estrés.

Trastornos como el estrés, ansiedad y depresión afectan los diferentes aparatos y sistemas donde modifican significativa y notoriamente su equilibrio, es bien conocido el amplio espectro en el que interactúa el estrés cuando supera las capacidades de resistencia y de adaptación de cada individuo, provocando una respuesta biológica y psicológica, favoreciendo la precipitación de enfermedades.

El estrés, la depresión, la ansiedad toman partido facilitando la presencia de los trastornos psicósomáticos que, generalmente afectan al sistema nervioso autónomo; los trastornos neurovegetativos moderados son habituales y se acentúan cuando se retorna a la situación de estrés o se enfrenta a dicha situación, a menudo se presenta junto con los trastornos psíquicos y se expresan habitualmente a través de un síntoma somático funcional prevalente, como ejemplo:

- Ciertos tipos de jaqueca, cefaleas tensionales, migrañas persistentes.
- Tensión muscular, dolor facial, de espalda, calambres.
- El asma.
- Temblores, sudoración excesiva (diaforesis, hiperhidrosis palmar).

- Palpitaciones, precordalgias, hipertensión arterial lábil que recuerda la antigua "neurosis cardíaca".
- Gastritis, úlceras, estrés premenstrual, son algunos ejemplos de alteraciones relacionadas con el estrés.

De igual modo en la depresión, las alteraciones vegetativas incluyen: reducción del apetito, alteraciones del sueño, descenso de la libido, anorexia y pérdida de peso o el extremo opuesto, cuando está asociado al trastorno bipolar, lógicamente en esta entidad clínica el aspecto orgánico es la primera observación.

El aspecto psicosomático, cuyo término nació en 1.818 como acuñación de Heinroth y reflejo de un modo de pensar de la literatura alemana de comienzos del siglo XIX. "No es sin embargo, hasta la segunda década de este siglo cuando comienza a germinar la noción que los diversos factores psicológicos, son importantes en la etiología del enfermar corporal."³⁹

Galeno fue el primer autor que consideró la influencia de la personalidad en el cáncer. En su tratado sobre los tumores De "tumoribus" señaló que las mujeres "melancólicas" eran más propensas que las "sanguíneas" a tener un cáncer de mama. Desde entonces, la relación y vinculación clínica entre tres variables, personalidad-estrés-cáncer es frecuente en los tratados de medicina.

Lipowski analiza el motivo de la elección de las emociones, del conjunto de factores psicológicos, como factor etiológico. Concluye indicando, que es debido a la observación continuada de que emociones de gran intensidad se acompañaban de determinados cambios fisiológicos. Así por ejemplo, la rabia o el temor intenso pueden determinar un dolor precordial, hipertensión, un accidente cerebro vascular, incluso la muerte.

Las investigaciones epidemiológicas han identificado una serie de factores de riesgo en el origen de los trastornos cardiovasculares, como la

³⁹ FUENTENEbro, Filiberto. 1990. *Psicología Médica. Psicopatología y Psiquiatría*. Mc.GRAW-HILL-INTERAMERICANA DE ESPAÑA S.A Pág. 59.

hipertensión arterial, las hiperlipemias, o hábitos ligados a la dieta, etc. Las investigaciones, a pesar de los problemas metodológicos que incluyen referencias que señalan cada vez con mayor rigor que diferentes variables psicológicas se encuentran asociadas tanto en la aparición como en el desarrollo del cáncer. "Asimismo está aceptado que el comportamiento humano determina un gran número de cánceres, de forma que en un 80% de ellos se da una contribución ambiental que determina su aparición o curso".⁴⁰ El cáncer podría evitarse en gran medida si se modificaran los patrones de conducta probabilística.

La importancia de abordar el aspecto psicosomático-somatopsíquico, se debe a que frente a la enfermedad orgánica, las manifestaciones psicológicas que se asocian suelen agravar la misma, de igual modo ante el sufrimiento, estrés, pérdidas, distorsiones cognitivas, el cuerpo suele manifestarse a través de las enfermedades.⁴¹ Cómo construye el ser humano su concepto de enfermedad y cómo suele responder ante la misma, son aspectos que en gran parte dependen de la personalidad, sus estilos y la compleja dinámica que parece situarse y debutar de algún modo frente al anuncio de una enfermedad terminal que irrumpe en su sistema, ciclo vital, afectos y vida de manera inesperada.

Tal vez sea posible, desprender a través de los componentes biológicos de la personalidad (factores hereditarios, neuropsicológicos, bioquímicos, endocrinos) de acuerdo al paradigma biológico; cómo la enfermedad es concebida o significada, de igual modo, como aspectos del individuo y su personalidad van tornándolo susceptible o vulnerable a la enfermedad y el dolor. Y finalmente, cómo reacciona el individuo psicológica, cognitiva y conductualmente de acuerdo a su personalidad, cuando en su vida la enfermedad terminal es diagnosticada.

⁴⁰ ARBIZU, J.P. Factores psicológicos que intervienen en el desarrollo del cáncer y en la respuesta al tratamiento. ANALES DEL SISTEMA SANITARIO DE NAVARRA [En línea] 10 de Junio 2010, Servicio de Oncología. Hospital de Navarra. Pamplona. [Ref. 14 agosto 2010]. Disponible en internet: www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol24biblio13/suple16a.html.

⁴¹ Caso Ruth 23 años (FCHD) cáncer, caso descrito en página 20, Walton 75 años (FCHD) diabético caso descrito en página 21.

2.7 Enfermedades y paradigmas

2.7.1 Enfermedad y paradigma biológico

- El paradigma biológico registraría niveles de neuroticismo alto, en las personas con tendencia a desarrollar enfermedades.
- Entre los hábitos de conducta relacionados con el cáncer se encuentran: la exposición ambiental a carcinógenos, tales como el tabaco, el alcohol, la ingesta de dietas ricas en grasas y bajas en fibras, exposiciones solares, así como la combinación de estos factores.
- Carcinogénesis y factores alimentarios: "Estudios revelan que las cantidades excesivas de productos de origen animal en el régimen alimentario, como la carne roja, aumentan el riesgo de cáncer colon-rectal y quizás del cáncer de mama" (OMS, 2004, Pág. 13), así como también, actuarían como promotores, el consumo de alimentos fritos, asados o ahumados, entre otros.
- El estrés, modifica la dinámica neuroendocrina y, por tanto, puede afectar las condiciones y comportamiento inmunes del organismo. Determinadas células del sistema inmune secretan ellas mismas péptidos, algunos de los cuales son precursores de neurotransmisores, con lo que se establece una comunicación bidireccional entre el sistema nervioso central y el sistema inmune. Algunos autores han encontrado relación entre niveles altos de estrés y menor supervivencia.⁴²
- Los neurotransmisores, refieren un exceso de disponibilidad de serotonina, que genera hipersensibilidad en receptores post sinápticos, comprometiendo áreas como: corteza cerebral en las zonas de asociación de la corteza prefrontal y temporal, lóbulo frontal, ganglios basales y sistema límbico, sitio primario de la afectividad y emoción.

⁴² ARBIZU, J.P. Factores psicológicos que intervienen en el desarrollo del cáncer y en la respuesta al tratamiento. ANALES DEL SISTEMA SANITARIO DE NAVARRA [En línea] 10 de Junio 2010, Servicio de Oncología. Hospital de Navarra. Pamplona. [Ref. 14 agosto 2010]. Disponible en: www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol24biblio13/suple16a.html.

- Las conexiones de la corteza cingulada, hipocampo, amígdala y núcleos septales convergen y estimula el sistema hipotálamo-hipofiso-suprarrenal, liberando las llamadas hormonas de alarma, cortisona y adrenalina.
- Dada la relación existente entre los sistemas neuroquímicos, hormonales e inmunitarios, una perturbación en cualquiera de estos procesos podría incrementar ostensiblemente la proliferación de células cancerosas.
- Síntomas depresivos: falta de interés, tristeza, variación del estado de ánimo.
- Síntomas ansiosos, inquietud, imposibilidad de relajarse, etc.
- Predisposición a realizar alguna actividad física, rehabilitación.

Se constituyen en señales que da el cuerpo cuando está por sufrir o está sufriendo un daño:

- El estrés puede influir sobre la iniciación del cáncer de varias maneras: aumentando la exposición del sujeto a un carcinógeno, interactuando con los efectos de un carcinógeno, permitiendo la expresión de un potencial genético latente a través de un cambio en el sistema hormonal.
- Estrés social o psicológico, puede desencadenar una serie de enfermedades graves, tales como: diabetes, lupus eritematoso, leucemia o esclerosis múltiple. Asimismo, las emociones negativas pueden afectar a ciertas funciones corporales como: frecuencia cardíaca, sudoración, patrones del sueño y ritmo de las evacuaciones intestinales.⁴³
- Uso de medicamentos.
- Calidad de sueño alterada, en su ritmo, dificultad para conciliar el sueño, sueño no satisfactorio con cansancio al despertar, pesadillas, terrores nocturnos.
- Síntomas en el sistema autónomo: accesos de rubor, palidez, hiperhidrosis, vértigo, cefaleas por tensión.
- Síntomas gastrointestinales, genitourinarios, respiratorios, cardiovasculares.

⁴³ http://es.wikipedia.org/wiki/Trastorno_psicosom%C3%A1tico.

2.7.2 Enfermedad y paradigma ambiental-conductual

- Asimismo está aceptado que el comportamiento humano determina un gran número de cánceres, de forma que en un 80% de ellos se da una contribución ambiental que determina su aparición o curso. El cáncer podría evitarse en gran medida si se modificaran los patrones de conducta.
- El cansancio y el dolor pueden ser tomados en cuenta para medir la fortaleza de una persona.
- Condiciones de trabajo negativas por sobrecarga de tareas o esfuerzo mental.
- Monotonía o variación excesiva en el curso vital.
- Historia social y laboral con experiencias disfuncionales que generan estrés, ansiedad, depresión.
- El cansancio y el dolor alteran la manera en que el sujeto se mueve o actúa.
- Una vez establecida la enfermedad, en un proceso neoplásico, algunas reacciones comportamentales al estrés, tales como un aumento en el consumo de tabaco, alcohol u otras drogas o estrategias psicológicas deficientes para afrontar los problemas, pueden modificar o interactuar en combinación con el sistema neuroendocrino.
- Conductas ansiosas, fóbicas, obsesivas, déficit de conductas de afrontamiento adecuadas, etc.
- Conductas agresivas y violentas, conductas dependientes e inmaduras, dificultades para la obtención de apoyo social, etc.
- Historia de relaciones de pareja y vínculos deficitarios.
- Experiencias traumáticas que desencadenan el cuadro o que el cuadro las instala.
- Satisfacción de necesidades inadecuada que generan el círculo salud-enfermedad.
- Aspectos de insatisfacción matrimonial, laboral.
- Asertividad, nivel bajo, pobre respuesta, fluctuando entre elementos agresivos y elaboración pasiva de reacción.
- Uso del tiempo libre inadecuado excesiva demanda física, desgaste.

- Un apoyo social próximo insuficiente, ligado a la depresión y al aislamiento, y la escasa implicación en relaciones sociales y en actividades lúdicas dificultan la recuperación del trauma.

2.7.3 Enfermedad y paradigma cognitivo

- Déficits en la esfera cognitiva como consecuencia de elevados niveles de estrés, situación que genera la secuencia: estrés-déficits, cognitivos-estrés.
- Déficits por carencia o falta de instrucción, información, cultura general.
- Frente a un mismo estímulo las personas tienen diferentes respuestas que provienen de las estimaciones e interpretaciones que realizan. En cuanto al dolor, suscita interés sus significados personales, sus causas y posibles tratamientos.
- Los indicadores psicológicos mencionados pueden ser de gran utilidad para tenerlos en cuenta en la preparación de cualquier intervención quirúrgica.
- Autoimagen.
- Autoeficacia.
- Nivel de exigencias.
- Conductas ansiosas, fóbicas, obsesivas, déficit de conductas de afrontamiento adecuadas, etc.
- Errores y sesgos cognitivos.
- Análisis inadecuado de probabilidades y consecuencias que pueden ocurrir al tomar una decisión indebida, dificultad en el proceso de toma de decisiones.
- Ideas irracionales. Desbalance entre la percepción de peligro y los recursos de enfrentamiento.
- Filtraje/abstracción selectiva. No soporto determinada situación, delimito (BECK).
- Inferencia arbitraria/interpretación del pensamiento. Entiendo que, parece que.... tendencia a interpretar las situaciones girando en la subjetividad (BECK).

- Falacia de control, falacia de justicia, falacia de cambio, falacia de razón (BECK).
- Ideas irracionales de Albert Ellis: miedo, acusaciones y autoacusaciones, frustración, autodominio débil, angustia, negación a la aceptación de la realidad, deficiente confianza en sí mismo.

2.7.4 Enfermedad y paradigma afectivo

- Autoestima baja.
- Baja o escasa tolerancia a la frustración. No se ha establecido la diferencia entre emoción (evento afectivo transitorio) y sentimientos (estructuras afectivas).
- Se ha demostrado por diversos estudios que existe una correlación directa y significativa entre la autovaloración del dolor y los estados emocionales de temor y ansiedad.
- Los afectos influyen en la conducta, cogniciones y biología.
- Estabilidad del ánimo baja, encontrándose fluctuaciones.
- Capacidad para disfrutar alterada y empobrecida.
- Baja capacidad de empatía, dificultad en las relaciones interpersonales.
- Necesidades no siempre satisfechas en las diferentes esferas.
- Bajo nivel de motivación por la terapia.
- Afectos disfóricos continuos presentes.

2.7.5 Enfermedad y sistema self

- Autoimagen, autoestima, autoeficacia disfuncional baja, no siempre en las tres escalas, cada una marcaría su estado.
- Satisfacción/insatisfacción historia de vida.
- Pobre o excesiva receptividad a los diálogos, crítica constructiva u observaciones.
- Se describen cinco funciones fundamentales, donde la posibilidad de encontrarse alterada alguna de ellas, determinan una importante afectación en la persona: identidad (conceptos y sentimientos del sí mismo), autoorganización (apertura al aprendizaje, asimilación del medio

y al cambio), significación (el individuo da una constante significación a las experiencias), búsqueda de sentido (sentido a la propia existencia) y conducción existencial (facilita el control de impulsos, facilita la comunicación, y posibilita la satisfacción de necesidades).

- Tendencia al crecimiento personal estancado o excesivamente agresivo, inexistente, abandonado.
- Estilo enfrentador, estilo evitador de acuerdo a cada personalidad y sistema.
- Autodescripción.

2.7.6 Enfermedad y paradigma sistémico

- Disfuncionalidad en la familia de origen, generando o potenciando enfermedad física, en respuesta al estrés, ansiedad.
- Ambiente familiar actual disfuncional o ausente, que potencia el malestar.
- Abandono parcial o absoluto de la familia.
- El apoyo social también va a ser un predictor del estado de salud y de la mortalidad, así como de la adaptación ante acontecimientos estresantes, ya que las personas que tienen pocos o escasos lazos sociales presentan menor frecuencia de conductas preventivas, llegan con un nivel más avanzado de enfermedad, presentan menos adherencia al tratamiento y el impacto de la enfermedad es mucho más estresante.
- Hacinamiento, incomunicación, relaciones insatisfactorias con los grupos de pertenencia, aislamiento.
- Satisfacción matrimonial cuestionable o inexistente, en la historia del ciclo vital podrían mantenerse presentes consecuencias de diferentes estados de estrés, experimentados en el pasado, generando una pobre calidad de vida en las esferas involucradas.
- Costo energético de la relación interpersonal, podría significar un costo elevado para la pareja y la dinámica familiar sostener tales manifestaciones y patrones de enfermedad.

- Calidad de relaciones interpersonales pobres, dependientes tanto con familia de origen, familia actual, hijos, cuidadores, equipo de salud, compañeros, etc.

2.7.7 Enfermedad y paradigma inconsciente

- Experiencias traumáticas inciden, ocurren constantemente.
- Eventos o estructuras que están fuera del awareness, pueden influir en la génesis de emociones, cogniciones o conductas.
- Imagen de sí mismo, de su personalidad total, de su yo físico y el sentimiento de identidad.
- Fijación en una etapa del desarrollo psicosexual.
- Represión de contenidos poco tolerables: formación reactiva.
- Negación, proyección, sublimación.

CAPÍTULO 3

LA RESILIENCIA EN EL PACIENTE TERMINAL CONSIDERACIONES TEÓRICAS Y GENERALIDADES

3.7 ¿Qué entendemos por resiliencia?

La resiliencia es un constructo relativamente nuevo en el área de la psicología, representa la adaptación positiva de la persona a pesar de la adversidad y ante situaciones de amenaza. El término resiliencia, es tomado del anglicismo *resilience* y *resiliency* (aunque algunos autores han puntualizado diferencias entre ellos) y tiene origen en el latín “*resilio*”, que significa volver atrás, volver de un salto, resaltar, rebotar.

Originalmente, el término resiliencia, pertenece al campo de la física y denota la capacidad de un material para recobrar su forma original después de haber sido sometido a altas presiones, cuando éstos son forzados a deformarse, trasladado al campo psico-social, es la capacidad para enfrentar situaciones difíciles, sobreponerse y salir fortalecido, en lugar de debilitado, por la experiencia de adversidad.

Otros autores describen el término como:

“Propiedad de la materia que se opone a la rotura por el choque o percusión” (Espasa).

“Índice de resistencia al choque de un material” (Larousse).

“Resistencia al sufrimiento” (Bagladi Verónica).

“Capacidad de recuperarse, sobreponerse y adaptarse con éxito frente a la adversidad y de desarrollar competencia social, académica y vocacional, pese a estar expuesto a un estrés grave o simplemente a las tensiones inherentes al mundo de hoy” (Rirkin y Hoopman, 1991).

Una habilidad para resurgir de la adversidad, adaptarse, recuperarse y acceder a una vida significativa y productiva (ICCB, Institute on Child Resilience and Family, 1994).

Enfrentamiento efectivo de circunstancias y eventos de la vida severamente estresantes y acumulativos (Lösel, Blieneser y Kofler, 1989).

Capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas e inclusive, ser transformado por ellas (Grotberg, 1995).

La resiliencia distingue dos componentes: la resistencia frente a la destrucción, es decir, la capacidad de proteger la propia integridad bajo presión; por otra parte, más allá de la resistencia, es la capacidad de forjar un comportamiento vital positivo pese a circunstancias difíciles (Vanistendael, 1994). La resiliencia se ha caracterizado como un conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos que posibilitan tener una vida "sana" en un medio insano.

Estos procesos se realizan a través del tiempo, dando afortunadas combinaciones entre los atributos del niño y su ambiente familiar, social y cultural. Así la resiliencia no puede ser pensada como un atributo con que los niños nacen o que los niños adquieren durante su desarrollo, sino que se trata de un proceso que caracteriza un complejo sistema social, en un momento determinado del tiempo (Rutter, 1992).

La resiliencia significa una combinación de factores que permiten a un niño, a un ser humano, afrontar y superar los problemas y adversidades de la vida, y construir sobre ellos (Suárez Ojeda, 1995).

Concepto genérico que se refiere a una amplia gama de factores de riesgo y su relación con los resultados de la competencia. Puede ser producto de una conjunción entre los factores ambientales y el temperamento, y un tipo de habilidad cognitiva que tienen algunos niños aún cuando sean muy pequeños (Osborn, 1996).

La conceptualización de la resiliencia es definida desde distintos puntos de vista, dependiendo de los paradigmas y modelos que adoptemos. La resiliencia es un constructo psicológico definido como la capacidad para:

- Soportar las crisis y adversidades en forma positiva.
- Afrontar de manera efectiva situaciones de estrés, ansiedad y duelo.
- Adaptarse de manera eficiente e inteligente "Competencia-Emocional" a los cambios.
- Resistir y sobrellevar los obstáculos en situaciones de incertidumbre.
- Crear procesos individuales, grupales, familiares y comunitarios en circunstancias críticas.

La resiliencia es la capacidad de prevalecer, crecer, ser fuerte y hasta triunfar a pesar de las adversidades. Caracteriza a aquellas personas que, a pesar de nacer y vivir en situaciones de alto riesgo, se desarrollan psicológicamente sanos y exitosos (Citado por Rutter, 1993).

En el área de la psicología, el concepto de resiliencia emergió en la década de los años 60 y 70 a partir de estudios realizados con niños que crecían y se desarrollaban en circunstancias adversas y de alto riesgo (extrema pobreza y/o padres esquizofrénicos) y que a pesar de ello, mostraban un adecuado desarrollo psicológico (Garmezy, 1991; Masten, 2001).

En las décadas siguientes, diferentes investigadores se interesaron por el constructo y propusieron diferentes aproximaciones teóricas y metodológicas para su estudio, enfocándose, casi siempre, en niños y adolescentes.⁴⁴ No fue hasta hace pocos años en la década de los 90 que este concepto fue investigado en otras etapas de la vida, particularmente en la vejez (Brandtstädter, 1999; Staudinger, Marsiske y Baltes, 1995).

⁴⁴ JIMÉNEZ, Ambriz María Guadalupe. (2008). "Resiliencia y vejez". Madrid, Portal Mayores, Informes Portal Mayores, nº 80. Lecciones de Gerontología, XV [Fecha de publicación: 07/02/2008]. Disponible en internet: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/jimenez-resiliencia-01.pdf>.

Los primeros proyectos de investigación sobre resiliencia se concentraron en el ámbito educativo y en programas sociales. En La Haya, Holanda, la Fundación Ernest Van Leer, estudia y desarrolla el concepto de resiliencia desde hace aproximadamente dos décadas. El programa internacional de la resiliencia está dirigido por Edith Grotberg, docente de la Escuela de Salud Pública de la Universidad George Washington (Washington DC).

El concepto de resiliencia es también el eje central de la Multicultural Mental Health Australia, que define a la salud mental como la flexibilidad o resiliencia emocional y espiritual que capacita a los hombres a disfrutar de la vida y sobrevivir al dolor, los sufrimientos y las decepciones (Health Education Authority Australia, 1997).

La resiliencia como constructo psicológico ha tenido un gran auge en los últimos años a partir de las distintas catástrofes y crisis masivas ocurridas, como el atentado a la comunidad judía de Buenos Aires, AMIA el 18 julio de 1994, las Torres Gemelas de Nueva York, en Septiembre 2001, en la estación de Atocha (Madrid) y cercanías en marzo de 2004, en Londres, en Jerusalén y en otras ciudades israelíes durante muchos años y en distintas circunstancias (buses, colegios, hoteles, etc.).⁴⁵

Investigaciones realizadas en veintisiete lugares, distribuidos en veintidós países diferentes, demostraron que no hay relación entre el nivel socio-económico, inteligencia, clase social y la resiliencia. Más bien correlaciona con una percepción optimista de la vida, con la capacidad de ver los aspectos positivos de las experiencias adversas y neutralizar los negativos mediante un buen enfrentamiento y una alta estabilidad emocional.⁴⁶

Actualmente y a pesar de los matices que puedan surgir de las diferentes posturas de investigación, existe el consenso general de que la resiliencia, es

⁴⁵ INBAR, Jacinto. *Modelo Integrativo enfocado en las soluciones para el desarrollo de la resiliencia individual y familiar*. [En línea] 2006, perspectivas sistémicas. Universidad de Derby (Inglaterra). Disponible en internet: <http://www.redsistemica.com.ar/articulo94-4.htm>.

⁴⁶ HERSCOVICI, Rausch Cecile. Resiliencia familiar. La resiliencia a lo largo del tiempo [En línea] 23, febrero de 2006. [citado noviembre 5, 2008]. Disponible en internet: <http://www.depsicoterapias.com/articulo.asp?IdSeccion=16&IdArticulo=76>.

“un fenómeno o proceso que refleja una relativa adaptación positiva a pesar de los contextos de riesgo, adversidad significativa o trauma”.⁴⁷ Diferentes investigadores han precisado que no es un fenómeno que pueda medirse directamente, pero sí de manera indirecta basándose en la evidencia de los dos características que se presentan en las personas: la capacidad de recuperarse del evento amenazante (Garmezy, 1991), y que después de afrontar la adversidad o amenaza, existe un crecimiento postraumático en la persona, esta esperada evolución positiva, puede ser el incremento de la autoconfianza y la fortaleza personal, revalorar la vida, a las personas y los eventos que le rodean, o tratar de ser mejores individuos, (Mc. Cubbin, 2001 Tedeschi y Calhoun, 1995).

Con respecto al crecimiento personal, Kaplan (1999) declaró que “la resiliencia permite alcanzar niveles de desarrollo que van más allá de lo que se podría alcanzar en ausencia del estrés” (Masten y Powell, 2003). Aunque no se pueda medir la resiliencia y los especialistas no han logrado un consenso, sin lugar a duda, hay un acuerdo contundente en cuanto a que la resiliencia debe reunir dos condiciones y características:

- 1) La exposición a un daño significativo o una adversidad severa.
- 2) La adaptación positiva a pesar de un “riesgo significativo” en el proceso de desarrollo.

No es ni la educación, ni la experiencia, ni el entrenamiento, ni el conocimiento, ni la intuición lo que explica la resiliencia. Las investigaciones más recientes documentadas en el trabajo de Diane L. Coutu, Harvard Business Review, May 2002, evidencian que la resiliencia tiene tres pilares fundamentales que son igualmente validos en los casos de enfermedades terminales, crisis sociales, en las olimpiadas y en las organizaciones.

Las tres cualidades medulares de la resiliencia son:

⁴⁷ JIMÉNEZ, Ambriz, María Guadalupe (2008). “Resiliencia y vejez”. Madrid, Portal Mayores, Informes Portal Mayores, nº 80. Lecciones de Gerontología, XV [Fecha de publicación: 07/02/2008]. Disponible en internet: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/jimenez-resiliencia-01.pdf>.

1) Una fría comprensión y aceptación de la realidad.

En cuanto a comprender la realidad, las investigaciones evidencian que los sobrevivientes de la adversidad (las personas con resiliencia), presentan una comprensión de la realidad concisa y con los pies muy puestos sobre la tierra, más allá de ilusiones justificadoras, de lo poco que le guste esa realidad y de lo aterradora que esta sea.

En el caso de pacientes crónicos, para afrontar el diagnóstico, la evolución de la enfermedad y sus complicaciones se requiere más que optimismo o resignación, se hace indispensable una fría comprensión y aceptación de la realidad, pedir esta comprensión y aceptación como característica es a la vez compleja como expectativa u objetivo. A veces, la gente con menor resiliencia, cuestiona y califica como pesimismo a esta manera de enfrentar situaciones de extraordinaria desventura. Enfrentar la realidad en estos casos es normalmente muy desagradable y emocionalmente devastador, solo la resiliencia protege a las personas de tales efectos.

2) Una profunda creencia en que la vida sí tiene significado, apalancada en valores muy sólidos.

La búsqueda de significado: podría describirse a la habilidad para ver las situaciones con realismo, le sigue la particular habilidad para construir y darle sentido a los momentos terribles. Todos conocemos personas que ante situaciones devastadoras reaccionan con gran consternación, gritan, lloran, se desesperan, manifestando su asombro, negación e indefensión ante las circunstancias; generalmente estas personas experimentan estas difíciles situaciones magnificando su percepción de víctimas y viven esas experiencias demoledoras con la certeza de que no aportan ningún aprendizaje ni significado a sus vidas. Las personas con resiliencia, identifican y elaboran construcciones subjetivas significativas del sufrimiento, a partir de las cuales crean sentido de vida para ellos y para los demás.

Las investigaciones evidencian que, las personas con resiliencia, buscan significado al porqué está ocurriendo? en vez de enfatizar y centrarse en el "¿por qué yo?, o ¿por qué me está pasando esto a mí?". Al buscarle

significado a lo que ocurre, comienzan a plantearse de algún modo objetivos pequeños y específicos, probablemente día a día estos pequeños y diarios objetivos motivan el camino y la actitud a conducirse, en este caso la persona afectada esperará sentirse bien y lograr algo para sí, pese a la realidad. Esta construcción de significado todos los días es la mejor conexión con el futuro, porque hace manejable el presente, removiendo la sensación de que ese presente es gigantescamente agobiante y desesperanzador.

El reto con el significado situacional es que se debilita con facilidad, la adversidad lo hace desaparecer rápido, y no porque uno lo haya encontrado una vez el significado se va a mantener o uno lo va a encontrar de nuevo con facilidad, una vez haya desaparecido. Las personas resilientes conocen esta amenaza muy bien. Y saberlo se convierte en una cualidad para sobrevivir: ¡nunca lo olvidan!. Las personas que mejor y más rápido construyen significado en la desventura, evidencian tener un sistema de valores muy arraigados. Los valores personales son vitales, porque son caminos para interpretar y darle forma a los eventos en un entorno de desesperanza e infortunio. "Como la iglesia católica por ejemplo, cuyo inmutable sistema de valores le ha permitido sobrevivir guerras, corrupción, mentira, cinismo, pedofilia, narcotráfico, sobornos y homosexualidad por más de 2000 años".⁴⁸

3) Una extraña habilidad para improvisar, para "inventarse una" en medio de la adversidad.

La habilidad para "inventarse una", improvisar en medio de la desventura y el infortunio con lo que se "tenga a la mano", es la tercera cualidad de la resiliencia. Se trata de cierto tipo de creatividad e inventiva, aparentemente loca e ilógica, que permite improvisar soluciones sin contar con las herramientas y recursos apropiados. Las personas resilientes sacan lo máximo de lo que no tienen, le inventan usos nada comunes a los objetos a su alcance. Así lo han demostrado las experiencias de personas en los campos de concentración, en las cárceles y alrededor del mundo.

⁴⁸ ALFREDO, C Ángel. Resiliencia: ¿Cómo enfrentar la desventura y el infortunio? [En línea] Miércoles, 29 de enero de 2003 [citado noviembre 12, 2008]. Disponible en internet: <http://www.analitica.com/va/politica/opinion/5445271.asp#>.

Para fomentar la resiliencia y favorecer el despliegue de las características y cualidades resilientes en un paciente es importante partir de una buena correcta y ética comunicacional, en poblaciones especiales como lo es la etapa terminal determina de modo directo en la calidad de vida del asistido.

3.8 Algunos conceptos que se relacionan con resiliencia

Es importante indicar y poner en consideración que existen algunos conceptos en el argot psico-social que se relacionan y que suelen confundirse con la resiliencia por que se puede identificar en ellos ciertas semejanzas, sin embargo lo que diferencia el concepto de resiliencia de otros conceptos como el de "respuestas de afrontamiento" o "competencia", es la sinergia que involucran, por un lado, que el individuo haya estado expuesto a una amenaza o adversidad muy severa y, por el otro, que a pesar del daño sufrido active respuestas de adaptación positiva (Luthar, Cicchetti y Becker, 2000).⁴⁹

Una parte de la confusión que se ha generado en la investigación de la resiliencia se debe, en parte, a que suele ser confundido con otros paradigmas con los que guarda gran similitud, pero de los que se diferencia de manera importante, entre los principales paradigmas mencionaremos: la competencia social, la ego-resiliencia y la personalidad resistente (no es una categoría de personalidad como tal pero si con rasgos de resistencia y dureza entre sus habilidades de respuesta).

3.8.1 La competencia social

Es un concepto unido y central a la resiliencia, por lo que en ocasiones llegan a confundirse. Ambos están estrechamente relacionados dentro de un amplio constructo de adaptación que representa "un buen desempeño del individuo" (Luthar, 2006). Sin embargo, la competencia social se define

⁴⁹ JIMÉNEZ, Ambríz María Guadalupe (2008). "Resiliencia y vejez". Madrid, Portal Mayores, *Informes Portal Mayores*, nº 80. Lecciones de Gerontología, XV [Fecha de publicación: 07/02/2008]. Disponible en internet: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/jimenez-resiliencia-01.pdf>.

en función de lo que, en promedio, la sociedad espera de una persona, mientras que la resiliencia, por su parte, es definida en torno a lo que, en promedio, se espera de una persona después de vivir un riesgo en particular.

Las diferencias fundamentales que podemos citar entre ambos términos son cuatro:

- 1) La resiliencia presupone un riesgo o peligro, mientras que la competencia no.
- 2) La resiliencia está rodeada tanto de índices de ajuste negativos como de positivos (ausencia de desorden y presencia de salud), en tanto que la competencia sólo de indicadores positivos de salud.
- 3) Los resultados de resiliencia son definidos en términos de índices emocionales o conductuales, mientras que la competencia usualmente involucra conductas manifiestas y observables.
- 4) La resiliencia es un constructo superior, que incluye aspectos de competencia (pero con altos niveles de riesgo).

3.8.2 La ego-resiliencia

La ego-resiliencia es un tipo de respuesta independiente de la personalidad que refleja ingenio, fortaleza de carácter, flexibilidad en el funcionamiento y respuestas ante una variedad de circunstancias ambientales (Eisenberg, Spinrad, Fabes, Reiser, Cumberland y Shepard, et al, 2004). La ego-resiliencia ha sido analizada como un predictor potencial de resiliencia, esto es, una característica de la personalidad que puede proteger a los individuos contra las experiencias estresantes (Cicchetti y Rogosch, 1997).

La ego-resiliencia tiene en común con la resiliencia que ambas involucran fortalezas. Algunos descriptores de la ego-resiliencia incluyen características de comprometerse con el mundo, pero no "ser serviles", además de un buen desempeño, pese y bajo condiciones de estrés (Block and Kremen, 1996).

Las diferencias entre ambos constructos son:

- 1) Sólo la resiliencia presupone lidiar con riesgo; y,
- 2) Además es un fenómeno o proceso, no una característica de personalidad.

3.8.3 Personalidad resistente, dureza o hardiness

La personalidad resistente o *hardiness*, (Kobasa, 1979), nació de las investigaciones con adultos y comparte con la resiliencia el atributo que presupone un riesgo pero con un grupo específico de rasgos de los individuos, más que a la combinación de riesgos, competencias y factores o recursos de protección, como ocurre en la resiliencia.

El autor describe los tres componentes de la personalidad resistente o *hardiness* así:

- 1) El compromiso, que constituye implicarse en todas las actividades que uno lleva a cabo en las diversas áreas de la vida, sentirse conectado, tener propósitos y ser activo.
- 2) El control, se refiere a sentirse capaz para regular lo que pasa en el ambiente, tener influencia personal en los acontecimientos que se experimentan en la vida. Finalmente,
- 3) El desafío o reto, da la bienvenida a los cambios en lugar de percibirlos como algo perjudicial para el individuo; así, se tiene la creencia de que el cambio (y no la estabilidad) es lo habitual, lo importante y lo necesario en la vida.

Se ha encontrado que las personas con altas puntuaciones en personalidad resistente afrontan de modo adecuado el estrés, la enfermedad y a las condiciones adversas de la vida, además suelen promover estilos de vida saludable (Kobasa, 1979).⁵⁰

⁵⁰ JIMÉNEZ, Ambríz María Guadalupe (2008). "Resiliencia y vejez". Madrid, Portal Mayores, Informes Portal Mayores, nº 80. Lecciones de Gerontología, XV [Fecha de publicación: 07/02/2008]. Pág. 7. Disponible en internet: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/jimenez-resiliencia-01.pdf>.

3.9 Recursos que potencian la resiliencia desde etapas tempranas

Algunos de los exponentes sobre resiliencia coinciden en que los factores que intervienen en este proceso van desde aspectos personales como lo genético y el temperamento, hasta aspectos más externos al individuo como la familia y la comunidad. Haciendo hincapié en la psicología evolutiva, sabemos que el ser humano en su desarrollo desde infante hasta adulto mayor cursa un proceso complejo en el que distintos factores interactúan entre sí en forma dinámica en cada ciclo, así el medio socio-económico y cultural en que nace cada individuo estará presente a lo largo de su crecimiento e influirá en su desarrollo, como también lo harán el aspecto biológico y el psicológico.

Si bien pueden dividirse estos tres aspectos para el análisis, no es fácil diferenciarlos en la realidad, pues las observaciones muestran sus interrelaciones, así factores que parecen tan condicionantes como el genético, por ejemplo, pueden ser reforzados o ser contrarrestados por acciones psico-sociales: las costumbres, experiencias familiares negativas pueden atemperarse por la influencia del medio cultural, etc. A esta complejidad del proceso se agregan los aspectos de resiliencia, cuyo fortalecimiento adecuado aparece ahora como un componente necesario e imprescindible en las intervenciones sociales de promoción del desarrollo personal.

Se ha tomado de las referencias bibliográficas que sugieren que la resiliencia se genera, desarrolla y mantiene durante toda la vida del individuo, de este modo en los distintos momentos de la vida: niñez, adolescencia, juventud, madurez, existirá un espacio en donde se forma y adquiere la resiliencia, que en el futuro será necesaria su competencia en las múltiples crisis y dificultades que se presentaren. En función de ello en este capítulo, haré una breve referencia a aquellas características que fortalecen la organización psicosocial del individuo desde tempranas etapas del desarrollo, aspectos sumamente significativos para la vida, y que ejercen gran impacto en la organización de una mayor o menor resiliencia.

Esta motivación y estímulo hacia propender la resiliencia, debería realizarse desde etapas muy tempranas, es decir desde el período prenatal, el reconocimiento de las múltiples capacidades del cerebro fetal y de las adquisiciones fundamentales que se realizan en esta etapa, hacen que este período sea de gran importancia para el establecimiento de la resiliencia a lo largo de la vida, pues durante los nueve meses del embarazo, se construye el cerebro humano, se empieza a establecer la sensibilidad emocional y el funcionamiento del sistema nervioso. Todo aquello que favorezca este desarrollo ha de tener consecuencias positivas para hacer del niño un ser resiliente.⁵¹

Durante este período, el rol de los padres, el entorno, la información y el cuidado debe centrarse en tomar medidas orientadas a promover el desarrollo cerebral, hábitos y estilo de vida saludables. Padre y madre en lo posible, deben participar en la estimulación prenatal haciendo uso de los recursos adecuados para ello: música, caricias, comunicación al feto.

En la etapa natal, recordando que el proceso del nacimiento, es una verdadera prueba de la resiliencia biológica y psicológica, es uno de los cambios más trascendentes que el ser humano debe enfrentar en el aspecto psicológico, esos primeros momentos de la vida extrauterina son de gran influencia en su futura personalidad y en el establecimiento de la relación afectiva con su madre (apego).

En la primera infancia, el niño a partir de la relación simbiótica que tiene con su madre irá definiéndose gradualmente como individuo, un largo período el niño precisa de la función materna y paterna para integrar una serie de aprendizajes que le permitan mayor autonomía.⁵² Inicialmente es solo receptor del afecto, a medida que crece aprende a responder a estas expresiones, besarla y abrazarla, posteriormente, el lenguaje oral favorecerá

⁵¹ MUNIST, SANTOS, KOTLIARENCO. Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes. [en línea] Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Autoridad Sueca para el Desarrollo Internacional (ASDI), septiembre de 1998 [citado noviembre 14 2008]. Disponible en internet: <http://resilnet.uiuc.edu/library/resilman/resilman.pdf>.

⁵² Las etapas desde los 0 hasta los once años son tomadas del Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes.

otras formas de expresión de afectos y las distintas formas de manifestarla, es uno de los aprendizajes más importantes de la infancia y uno de los componentes esenciales de su futura resiliencia.

Sentirse querido, aceptado y valorado para cualquier ser humano le brinda seguridad para intentar resolver o superar situaciones difíciles apoyándose en la seguridad afectiva de ser amado incondicionalmente. El amor sin exigencias ni condiciones le muestra al niño que él vale por sí mismo, con sus posibilidades y limitaciones. Es una fuente de tranquilidad, de seguridad y de autoestima, el afecto incondicional es, posiblemente, el pilar fundamental de la resiliencia.

El sentimiento de confianza básica positivo que experimenta el niño hacia el mundo le permite reconocer las sensaciones de bienestar, aprende a confiar en el afecto que le brindan, elemento que favorece la resiliencia y por ende el manejo de las experiencias opuestas, miedo, frustración se alternan en la vida cotidiana durante toda la infancia, son necesarias e inevitables. La familia coadyuva a la superación de los errores que forman parte de estos aprendizajes. La confianza en sí mismo le permite tolerar frustraciones, aceptar los límites y las prohibiciones que protegen de los peligros, tanto físicos como sociales y emocionales, sentido del límite lo que permite una buena tolerancia frente a la frustración, el buen manejo de las reacciones ante el éxito o fracaso del niño puede constituirse también en un elemento de la formación de la resiliencia.

La necesidad de afecto supera los límites del marco familiar, y tales relaciones, constituyen marcos de seguridad adicionales que pueden resultar significativos en la vida, la relación afectiva con sus maestros, coadyuva a reforzar vínculos positivos, a resolver conflictos y a compensar carencias, a fortalecer la independencia del núcleo, facilita la inserción en la comunidad, preparación para enfrentar adversidades. Cada niño necesita sentir que ocupa un lugar en su grupo de pares y que es valorado por el grupo, de este modo adquiere habilidades, formas de comunicación, destrezas.

La confianza básica se regula cada vez con un criterio más ajustado a la realidad, permite diferenciar las situaciones, riesgos, se aprende que hay hechos y circunstancias de la realidad que no puede cambiar porque están más allá de su voluntad, una realidad que marca límites. La sensación de confianza al saber que se cuenta con instrumentos para actuar y protegerse, son factores característicos de los individuos resilientes.

El aprendizaje de la resiliencia requiere enseñanzas orientadas hacia: la detección y el reconocimiento de los peligros, respuestas variadas y flexibles, la posibilidad del cuidado de sí mismo y de los demás. En este proceso también es importante y aportativo, reforzar normas y reglas, reconocer sus logros y conductas positivas, animarlo a actuar independientemente, a reconocer emociones y sentimientos, a conocer su temperamento, a demostrar simpatía, a usar sus destrezas para la comunicación y la solución de sus problemas, para resolver conflictos interpersonales o pedir ayuda de otros cuando la necesite.

En la pubertad, adolescencia y juventud, etapas de crisis, en donde los conflictos se incrementarán ya sea por los cambios emocionales rápidos e inexplicables propios de la etapa o por factores del medio, es trascendental que los adultos o figuras significativas consideren que es una etapa de formación de la personalidad para comportarse como sujeto autónomo, con deseos, emociones y criterios propios. Una fuerte definición de identidad, confianza básica en sí mismo y las posibilidades de sobreponerse a las adversidades, constituye uno de los pilares de la resiliencia.

3.10 Recursos que potencian resiliencia en la vejez

La vejez es un período caracterizado por la activación de la resiliencia, etapa en el que suelen afrontarse eventos críticos como son los problemas de salud, la jubilación, la pérdida de seres queridos, como la pareja, en muchos casos, un decremento en la situación económica y en algunos casos, el abandono por parte de la familia. No obstante, hay estudios que indican que, a pesar de haber sufrido dificultades de diversa índole, y

muchas veces circunstancias extremas, estresantes, peligrosas o traumáticas (guerras y austeridad), muchas personas mayores se encuentran en buena condición de salud, (aunque presenten padecimientos propios de la edad) incluso, dan muestras de vitalidad, de buen humor, creatividad, entusiasmo en realizar actividades que les mantenga ocupados y que aporten beneficios para ellos y para otras personas que los rodean además poseen gran interés en seguir contribuyendo y participando con su familia y amigos.

Aspectos como los mencionados, evidencian que los adultos mayores han tenido que adecuarse y sobrevivir a innumerables situaciones de adversidad a través de procesos de adaptación, mediante los cuales, logran mantener un aceptable nivel de funcionamiento en diferentes dominios y, felizmente, alta o adecuada satisfacción con la vida y bienestar, es decir, han mostrado resiliencia ante las adversidades (Brandtstädter y Greve, 1994).⁵³

A pesar de que en la vejez se agrupan experiencias desfavorables y altamente estresantes de diversa índole en donde una acumulación de factores de riesgo parece incidir en todas las esferas, muchos mayores consiguen adaptarse a los cambios y siguen reportando adecuados niveles de satisfacción con la vida, o al menos éste no decrece en comparación a etapas anteriores, de igual modo, existe un grupo de adultos mayores para quienes mencionadas experiencias y sus implicaciones representan grandes dificultades, fuente de insatisfacción, enfermedad y por ende su salud integral se ve afectada repercutiendo en su estilo de vida.

Los eventos adversos que ocurren en la vejez, echan a andar múltiples auto-sistemas de adaptación (Greve y Staudinger, 2006). Por ejemplo, aunque se presenta un declive normal en ciertas habilidades del área cognitiva, esto no determinará el deterioro absoluto del funcionamiento cognitivo en condiciones de normalidad, ya que, gracias al gran bagaje de conocimientos y habilidades adquiridas a través de los años se pueden compensar este tipo procesos, según Baltes et al. (1998), indica que la

⁵³ JIMÉNEZ, Ambríz María Guadalupe (2008). "Resiliencia y vejez". Madrid, Portal Mayores, Informes Portal Mayores, nº 80. Lecciones de Gerontología, XV [Fecha de publicación: 07/02/2008]. <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/jimenez-resiliencia-01.pdf>.

resiliencia ocurre diariamente en la vejez, es decir, es un fenómeno normativo.

Las investigaciones han constatado que ciertos mecanismos pueden llevar a la resiliencia ya que determinados recursos tienen la capacidad de amortiguar los efectos de los eventos estresantes, ya sean estas consecuencias de eventos normativos, o bien, eventos no normativos. Por ejemplo, se encontró que adultos con altos niveles de afectos positivos y complejidad afecto-cognitiva, pudieron valerse de ellos para amortiguar el estrés (Labouvie-Vief y Medler, 2002). La idea básica es que si un dominio o área se ve amenazada, muchas otras áreas de protección se activarán para protegerla o subsanarla.

Los recursos asociados a la resiliencia (también llamados factores protectores o recursos) que median, moderan la relación entre los estresores y los resultados, son de naturaleza múltiple y cambian en los diferentes períodos de la vida, además cabe recordar que se encuentran a nivel individual, familiar y social o de comunidad. La organización y sinergia de tales factores contribuirá a la resiliencia en los diferentes dominios psicosociales de funcionamiento. Se puede hablar, por ejemplo, de resiliencia cognitiva, resiliencia física, resiliencia emocional, etc., siendo muy conveniente hacer dicha distinción. Además, la resiliencia será activada en diferentes áreas o competencias, dependiendo del período de la vida en que requiera ser activada.

Con respecto a la vejez, los indicadores de resiliencia pueden ser el mantener un buen funcionamiento en los dominios que son de mayor interés para los individuos. Usualmente se enfocan a mantener una buena salud, movilidad y funcionamiento físico, el aspecto cognitivo, de personalidad y a mantener las redes sociales y de apoyo. (Heckhausen, 2001). Desde la perspectiva del ciclo de vida, se ha propuesto que en la vejez la resiliencia puede pensarse como un proceso de desarrollo, o bien, una multitud de procesos encaminados a que la persona logre resultados positivos a pesar de la presencia de condiciones desfavorables y de riesgos, o en el caso de

la población investigada podría citarse el encaminarse o conducirse en la "recta final".

Se considera que los procesos de desarrollo no siguen patrones fijos ni predeterminados durante las diferentes etapas de la vida (progreso en la infancia y declive en la vejez), sino que hay diferencias en al menos dos dimensiones:

- a) Dirección: cambios que pueden producir crecimiento en términos psicológicos, mientras que otros implican declive, y,
- b) Temporalidad: el cambio puede producirse en cualquier punto del ciclo vital, tener una duración variable y acabar también en cualquier punto de la vida.

De acuerdo a ésta orientación, incluso los individuos de edad más avanzada y con patrones de declive evidentes, pueden presentar incrementos en algún dominio. Bajo esta óptica, el concepto de resiliencia y de desarrollo se dirige a la búsqueda de estabilidad y de estabilización, así como a observar los resultados positivos en el desarrollo de las personas mayores. Baltes et al. (1998) y sus colaboradores puntualizaron que el ser humano se caracteriza por la plasticidad, es decir, por la capacidad de minimizar los efectos de lesiones a través de cambios estructurales y funcionales en otras áreas.

Este concepto forma parte central y es pre-requisito para el desarrollo humano y para la resiliencia, y logrará activarse a través de la articulación de diferentes procesos como la selección, la compensación y la optimización de los recursos. En estos procesos mencionados, el individuo juega un rol activo en su desarrollo y recurre, cuando las circunstancias lo requieren, a dominios o competencias que antes no empleaba y que le ayudan a compensar sus múltiples y diferentes pérdidas (Baltes, 1998; Staudinger et al., 1995).

Un ejemplo de lo anterior es que para adaptarse a los cambios físicos y sociales en la vejez, es necesario seguir una serie de estrategias entre las que se encuentra la coordinación de las ganancias y de las pérdidas, que accionarán factores de protección para lograr una adaptación exitosa a las circunstancias, y son precisamente estas circunstancias que describen y acompañan el cuadro de un enfermo en etapa terminal las que nos ocupan, ya que en individuos sanos, los recursos con los que se cuenta son diferentes y por ende facilitan los procesos.

En la senescencia será posible seleccionar aquellos dominios que se pueden o quieren preservar, para optimizar una función y así poder compensar lo perdido, en los pacientes graves optimizar las escasas funciones y transformarlas en un recurso renovable, si cabe el término, con adaptaciones que ayudarán al individuo a ajustarse a las nuevas condiciones que exigen esta etapa, se ven obligados a replantearse nuevas pautas de vida que les llevará a la adopción de estrategias encaminadas a superar las crisis frecuentes.

Mas, si los procesos de selección, compensación y optimización operan de manera conjunta, como en estos casos se requiere, constituirán un componente fundamental de las fortalezas humanas (Baltes y Freund 2003), que en articulación con los recursos como la autoeficacia, la autoestima, etc., potenciarán la resiliencia. En otras palabras, cuando las personas mayores se enfrentan a nuevas situaciones, como son las enfermedades con inminente amenaza para la vida, o cuando se enfrentan en otras circunstancias como el abandono por parte de los hijos, a la separación de la pareja, a la viudez, a la jubilación, entre muchas otras, la selección de nuevos esquemas de conductas para compensar y optimizar de acuerdo a sus objetivos personales, denotará una persona integrada, que resuelve de manera consciente o inconsciente tales crisis, que por lo tanto asienta un acercamiento a las fortalezas y a la resiliencia (Staudinger et al., 1995).

De este modo, debemos concluir que aunque la vejez es una etapa que sin duda representa retos, también representa un momento en el que las

fortalezas adquiridas con anterioridad, serán recursos fundamentales (pero no únicos), que potenciarán las reservas y un ajuste positivo ante la vida. Es fundamental tener presente que las personas mayores tienen un papel activo y responsable en sus propios procesos de adaptación. Sin embargo, existen recursos externos e internos que pueden mediar y moderar los efectos adversos de las vivencias amenazantes.

3.11 Características del individuo resiliente

No está establecido el perfil que represente al individuo resiliente, así como tampoco que rasgos de personalidad se asocian a las personas consideradas resilientes, o que factores cognitivos están asociados y definen en mayor o menor grado la misma, ni que determina que algunos sujetos tengan la capacidad para utilizar la experiencia pasada dolorosa o frustrante y canalizarla para enriquecer con tales aspectos su vida y por ende responder con resiliencia.

Los ejemplos de respuestas de resiliencia, han estado presentes y manifestándose a lo largo de la historia, en diferentes culturas, etnias y personajes; citaremos algunos casos que han destacado por los aportes significativos que le hicieron a la humanidad, ejemplos de hombres y mujeres quienes debieron enfrentar circunstancias difíciles. Así mismo, pueblos enteros y grupos étnicos que han demostrado capacidades sorprendentes para sobreponerse a la persecución, a la pobreza, al desplazamiento y al aislamiento, así como a las de sobrevivir y reponerse ante catástrofes naturales, guerras, terrorismo, destrucción y ante ello reconstruir la vida desde su espacio, con sus medios y necesidades.

Así, la poetisa quiché de Guatemala, Rigoberta Menchoe, Premio Nobel de la Paz, durante la guerra civil que asoló a su país, vio morir a su padre, madre y a sus hermanos asesinados por las fuerzas de represión, ante mencionada tragedia y amenazas debió huir a México para salvar la vida, tales elementos le dieron la fortaleza necesaria y de este modo se convirtió en una dirigente de los movimientos en pro de los Derechos Humanos, pese

a los factores de riesgo y adversidades que marcaron su infancia y su adolescencia, Rigoberta logró superar dicha situación y aprovecharla para transformarse en una líder de reconocimiento internacional.

La historia de Ana Frank, la niña judía de doce años de edad, condenada a vivir oculta con su familia durante más de dos años en Amsterdam, para escapar de los nazis durante la Segunda Guerra Mundial. Escribió un diario en forma de cartas dirigidas a una amiga imaginaria, con lo que encontró esa "aceptación incondicional" que se ha señalado como elemento fundamental de la resiliencia. También, en su diario, aparecen con claridad las expresiones del "yo puedo", "yo tengo", "yo soy". Por ejemplo, "yo voy a poder", "yo espero", "te confío toda especie de cosas, como jamás he podido hacerlo con nadie", y "espero que tú seas un gran apoyo" (12 de junio de 1942). A temprana edad, en medio de circunstancias tan adversas, Ana Frank fue capaz de mantener su optimismo y su confianza. Su diario puede ayudar mucho a los seres humanos que, tal vez, sin padecer mayores dificultades, se doblegan frente a las contingencias de la vida. "Quien no pierda el valor ni la confianza, jamás perecerá en la calamidad" (7 de marzo de 1944).

Nelson Mandela, el líder Sur Africano, también Nobel de la Paz, quien luchó por liberar a su pueblo del colonialismo y por recuperar los derechos de su gente. Fue capaz de resistir 27 años en prisión, de los cuales siete años pasó en una pequeña celda sin ver los rayos del sol, con la esperanza de "una democracia y una sociedad libre en la que todas las personas pudiesen convivir en armonía y con iguales oportunidades".

En el libro "Fuego y Hielo entre las Latinas" del Doctor Rodrigo Muñoz y la Doctora Marylin Martín, se hace alusión a la capacidad de los latinos para superar los obstáculos y resurgir entre las cenizas. "Los latinos vivimos continuamente en medio de desastres, lo cual no es una sorpresa. Pero la actitud humana enseña más que la misma naturaleza, el heroísmo que

muchos muestran en tiempos de infortunio y la entereza de los que pierden todo después de haber tenido muy poco, es sorprendente".⁵⁴

Muchos son los relatos de figuras cuya trayectoria han ejemplificado la transformación de las dificultades al servicio de la resiliencia, ello nos sugiere que las formas de respuesta también son exclusivas, por ello la resiliencia convoca a centrarse en cada individuo como alguien único e irrepetible, enfatiza las potencialidades y los recursos personales que le habilitan para afrontar las situaciones adversas y le permiten como tal e individualmente salir fortalecido, a pesar de estar expuesto a múltiples factores de riesgo, crisis y otros agentes externos e internos, agresores del psiquismo y la normal fisiología.

El individuo resiliente se manifiesta como tal, en sus actitudes ante los eventos complejos y su pensamiento se hace deducible mediante el lenguaje que lo caracteriza; así, en el medio que se desenvuelven sus afectos y pensamientos se movilizarán con el criterio y la seguridad de que existen personas a su alrededor en quienes confiar y que lo quieren y aceptan incondicionalmente con sus particularidades, historia de vida, éxitos y fracasos.

De que es necesario que las personas, observen los límites y las normas porque son herramientas útiles para evitar los peligros o problemas o las complicaciones, en el caso de pacientes diabéticos por ejemplo, es parte del autocuidado y promoción de la resiliencia, ejercer y ajustarse con absoluta disciplina a la dieta, aseo y manejo de su enfermedad con la finalidad de prevenir complicaciones.

El individuo resiliente está consciente de que existen personas que muestran por medio de su conducta la manera correcta de proceder, personas que comparten el criterio y quieren que aprenda o continúe manteniendo la independencia, es decir que se desenvuelva solo pese a las limitaciones. De

⁵⁴ MUNIST, SANTOS, KOTLIARENCO. Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes. [en línea] Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Autoridad Sueca para el Desarrollo Internacional (ASDI), septiembre de 1998 [citado noviembre 20 2008]. Disponible en internet: <http://resilnet.uiuc.edu/library/resilman/resilman.pdf>.

que existen personas que lo ayudan y apoyarán cuando esté en las fases críticas de la enfermedad, o en peligro o cuando necesita aprender algo necesario.

De igual forma los pensamientos que caracterizan al individuo resiliente son aquellos que guardan concordancia con características afines a una buena autoestima y autoimagen, así los enunciados reflejos de su pensamiento se describen y sintetizan en las siguientes afirmaciones:

SOY

- Una persona por la que los otros sienten aprecio, cariño, respeto, en pacientes enfermos crónicos estos autodiálogos son elementos muy reconfortantes, motivadores y aportan significativamente a la esfera afectiva.
- Feliz cuando hago algo bueno para los demás y les demuestro mi afecto, la posibilidad de identificar las emociones y poder expresarlas contribuye utilitariamente al equilibrio socio-afectivo, herramienta útil para ejercer la resiliencia.
- Respetuoso de mí mismo y del prójimo.
- Capaz de aprender lo que me enseñan o esforzarme por hacerlo.
- Una persona agradable y comunicativa con mis familiares, cuidadores, amigos, compañeros.

ESTOY

- Dispuesto a responsabilizarme de mis actos.
- Seguro que todo saldrá bien o lo mejor posible, en el caso de los pacientes asistidos, la resiliencia guarda relación a ser más que optimista, realista y con expectativas razonables.
- Triste, lo reconozco y lo expreso con la seguridad de encontrar apoyo rodeado de compañeros que me aprecian y entienden o profesionales que validen mis emociones de modo adecuado, que estarán en capacidad de sostener esos afectos y enseñarme a canalizar positivamente la tristeza sin magnificar los elementos nocivos que incluyen.

PUEDO

- Hablar sobre cosas que me asustan o me inquietan, son características del individuo resiliente, estar en la capacidad de exponer sus temores, miedos e inseguridad que experimentan a menudo con los aspectos que definen la evolución de su enfermedad, en el caso de los asistidos adultos mayores en etapa terminal la posibilidad de manifestar estos aspectos forma parte del proceso, además de ser un objetivo implícito en el mismo.
- Buscar la manera de resolver mis problemas, controlarme cuando tengo ganas de hacer algo peligroso o que no está bien.
- Encontrar a alguien que me ayude cuando lo necesito, buscar sin recelo o prejuicios ayuda.
- Buscar el momento apropiado para hablar con alguien o actuar identificando el tiempo, modo, y contenido de lo que se desea comunicar.
- Equivocarme y proceder erróneamente y pese a ello evidenciar que no perderé el aprecio de los que me rodean.

Pero, en las personas resilientes no siempre están presentes estas características, y disponer de al menos uno de estos elementos no basta para que se le considere resiliente, una persona sin determinar la edad puede estar rodeado de afecto (TENGO), pero si no tiene fuerza interior (SOY, ESTOY) o buena disposición para las relaciones sociales o humanas (PUEDO), no es resiliente. Un niño puede tener una gran estimación propia (SOY, ESTOY), pero si no sabe comunicarse con los demás o resolver problemas (PUEDO) y no tiene a nadie que lo ayude, no es resiliente. Un niño puede ser locuaz y hablar bien (PUEDO), pero si no tiene empatía (SOY, ESTOY) o no aprende de los modelos (TENGO), no es resiliente. Por lo tanto, la resiliencia puede considerarse el resultado de la combinación de estas características.

Estas características de la resiliencia tal vez parezcan obvias y fáciles de adquirir, pero no lo son. De hecho, la mayoría de los individuos, niños, adolescentes, adultos jóvenes y mayores no son resilientes y la mayoría de

los padres, madres y de las demás personas que cuidan o guían a los niños o enfermos no los ayudan a adquirir resiliencia. Por el contrario, demasiados adultos destruyen u obstruyen la resiliencia de los niños, o les transmiten mensajes contradictorios, y demasiados individuos crecen sintiéndose desvalidos y tristes, considerando que no los quieren del todo, que no los valoran o que no son importantes.

Esta situación no es necesariamente premeditada, muchas veces por el contrario, es accidental o común y hasta forma parte de patrones repetitivos en las diferentes generaciones, lo que ocurre es que muchos individuos ignoran el significado de la resiliencia y cómo fomentarla desde temprana edad y cómo ejercerla ya de adultos. Es conveniente señalar que algunos investigadores insisten en que la resiliencia no es considerada una característica o atributo de la personalidad, sino un conjunto de recursos y fortalezas con la capacidad de potenciarla cuando la situación así lo requiera (Greve y Staudinger, 2006).

Higgins (1994) caracteriza a los adultos resilientes, como individuos capaces de:

- Motivarse para salir adelante.
- Establecer relaciones positivas.
- Resolver problemas.
- Participar activamente en iniciativas de cambio social.
- Extraer significado y sentido ante situaciones de adversidad.
- Realizar introspección.
- Utilizar la creatividad y el sentido del humor.
- Empatía, utilizando la asertividad como estilo de comunicación.
- Desarrollar una visión positiva del futuro.
- Manejar el estrés.

3.12 Características del individuo resiliente desde los paradigmas

3.12.1 Paradigma cognitivo

Las estrategias de afrontamiento cognitivo de las personas pueden ser variadas, pero se espera encontrar ciertas características en sus estilos de respuesta y afrontamiento que muestran resiliencia así:

- Capacidad para aprender de la experiencia pasada.
- Flexibilidad mental y habilidades metacognitivas.
- Pensamiento crítico.
- Firmeza y constancia en la búsqueda de sus propósitos.
- Cognición social.
- Capacidad para establecer y construir expectativa elevada consciente de la realidad.
- Para el individuo resiliente las estrategias se focalizan en el problema, con planificación y confrontación. Se analiza la situación, se llegan a definir soluciones, y luego se toma una acción para solucionarla.
- Existen estrategias mixtas, responder con espíritu de lucha hacia lo que produce la situación, con búsqueda de apoyo, intento dar un sentido positivo a la situación en términos de crecimiento personal, pienso en lo que me está sucediendo y personalmente debo sacar lo positivo y de lo negativo también, ya que es un aprendizaje.
- Aceptación de la responsabilidad y de reconocer el papel de uno mismo en relación del problema que se intenta solucionar.
- Estrategias focalizadas en la emoción, con escape y evitación del problema, la búsqueda del auto-control, la distancia en la conducta y en el comportamiento, la negación del problema tratando de ignorarlo, aceptación del problema como algo que no puede ser resuelto y aceptarlo por la persona.
- Mejor performance intelectual.
- Bajo nivel de síntomas psiquiátricos (Distimia).

- Parecen contar con factores protectores que favorecerían el tratamiento, al poseer mejores capacidades y recursos para realizar cambios más adaptativos.

3.12.2 Paradigma biológico

Desde lo biológico identificaríamos que el individuo resiliente observaría en su estilo de vida ciertas características:

- Hábitos saludables, dieta, ejercicios, descanso adecuados con la finalidad de prevenir enfermedades y disfrutar de una vida con calidad, y en el caso de haberse detectado una enfermedad crónica, la resiliencia nos describiría un individuo con disciplina conforme a las necesidades de cuidado que demandan los estados de salud así dieta, actividad física, rehabilitación y estilo de vida orientado a prevenir recaídas, control y manejo del dolor.
- Manejo adecuado del estrés, éste modifica la dinámica neuroendocrina y, por tanto, el manejo y control del mismo a través del ejercicio, de técnicas de relajación, cognitivas y el desarrollo de otras actividades por parte del paciente, inciden en el control del mismo coadyuvando a la respuesta autoinmune.
- Uso de medicamentos (en enfermos crónicos).
- Calidad de sueño normal, satisfactorio, reparador.
- Respuesta normal y moderada del sistema autónomo frente a situaciones de demanda, respuesta o desgaste.
- Dentro de la patología los síntomas gastrointestinales, genitourinarios, respiratorios, cardiovasculares no son asociados o secundarios a depresión o ansiedad.
- Encontraríamos en el perfil individuos con mayores posibilidades de enfrentar y sobrellevar las consecuencias del déficit amnésico.

3.12.3 Paradigma ambiental-conductual

Asimismo está aceptado que el comportamiento humano resiliente se observa en los individuos que se caracterizan por responder frente a las dificultades con mucha habilidad social:

- El cansancio y el dolor pueden ser tomados en cuenta para medir la fortaleza de una persona.
- Su alto repertorio conductual le permite desenvolverse con éxito y adaptación frente a las circunstancias.
- Fluidez verbal, vasto y adecuado vocabulario.
- Aunque las condiciones de trabajo sean negativas por sobrecarga de tareas o esfuerzo mental, encuentran la manera de balancear tales efectos, identificando aspectos agradables en el entorno o fuera de él.
- Monotonía o variación excesiva en el curso vital inherentes a la vida misma parecen ser mejor administradas sin constituir fuente de mayor estrés.
- Frente a la historia social y laboral determinada por muchas experiencias disfuncionales que constituyen fuente de estrés, ansiedad, depresión, el individuo responde con mecanismos de adaptación, asertividad y en posible equilibrio y adecuación.
- El cansancio y el dolor pueden ser elementos que frecuentemente se presentan, más la posibilidad de administrarlos o disponer de herramientas paliativas permitirán que se mantenga móvil y activo.
- Presencia de conductas de afrontamiento adecuadas, etc.
- Conductas independientes y que exhiben madurez emocional, apertura para frente a los conflictos, se orienta adecuadamente a la obtención de apoyo social, etc.
- Un estilo de afrontamiento centrado en las emociones más que centrado en los problemas, manejo de las crisis exitosamente (incluyendo los aspectos negativos de la edad).
- Amplio repertorio de estrategias de afrontamiento acumulado durante su vida, que favorece fundamentalmente la adaptación a los diferentes problemas y a las situaciones estresantes.

- Historia de relaciones de pareja y vínculos saludables.
- Experiencias traumáticas que desencadenan respuestas de afrontamiento.
- Búsqueda de satisfacción de necesidades adecuadas que generen salud y bienestar.
- Asertividad, nivel alto, elaboración asertiva de reacciones, no agresiva o excesivamente pasiva.
- Uso del tiempo libre adecuado procurando evitar el desgaste físico mental, recurso que en pacientes crónicos debe ser adecuadamente administrado.
- El individuo resiliente busca o se incorpora dentro de las instituciones a grupos que brindan apoyo social adecuado, ligado a la integración, participación, cooperación y apropiada implicación tanto en las relaciones sociales como en actividades lúdicas, que facilitan la recuperación del trauma o incremento responsable de la calidad de vida.
- Su actitud de espera considera mantener una perspectiva balanceada de su propia vida y experiencias, connota la habilidad de suponer un amplio campo de experiencia y "esperar tranquilo", "tomar las cosas como vengan", por ende se moderan las respuestas extremas ante la adversidad.
- Frente a un mismo estímulo las personas tienen diferentes respuestas que se derivan de las evaluaciones e interpretaciones que realizan.⁵⁵
- En cuanto al dolor, suscita interés sus significados personales, sus causas y posibles tratamientos.

3.12.4 Paradigma afectivo

- Autoestima adecuada.
- Autoimagen en relación con la realidad.
- Confianza en sí mismo y en las propias capacidades, habilidad para depender de uno mismo y reconocer sus propias fuerzas y limitaciones.

55 BAGLADI, Verónica. Psicoterapia Integrativa. Aportes del Paradigma Cognitivo. [Material gráfico proyectable]. Ecuador [2006]. 33 diapositivas. Supraparadigma Integrativo en Trastornos Adictivos.

- Experimenta satisfacción personal, comprende que la vida tiene un significado, está en capacidad de identificar sus propias contribuciones a ese bienestar.
- Experimentar bienestar, sentirse bien solo, otorgarle significado al hecho de ser único.
- Modelado/activo.
- Autoeficacia/locus de control.
- Relaciones positivas entre pares.
- Relaciones positivas adultas, validez de constructo.
- Aceptación de uno mismo y de la vida, representa adaptabilidad, balance, flexibilidad y una perspectiva de vida estable.
- Sentimiento de paz a pesar de la adversidad.
- Reconocimiento de emociones, enfocado a una actitud anti-alexitimia.
- Desarrollar capacidad de disfrutar, un adecuado procesamiento emocional en donde exista una relación afecto-cognición-conducta.
- Desarrollo de estructuras afectivas, con un manejo y/o administración del sustrato biológico.
- Tolerancia a la frustración, ha establecido la diferencia entre emoción (evento afectivo transitorio) y sentimientos (estructuras afectivas).
- Estabilidad del ánimo.
- Capacidad para disfrutar.
- Las emociones positivas, la gratitud, el amor y el perdón, que pueden proporcionar a las personas experiencias subjetivas placenteras y sensaciones de paz. (Fredrikson, Tugade, Waugh y Larkin, 2003).
- Emociones positivas como recurso no sólo para amortizar el dolor, también para favorecer la adaptación después o durante experiencias negativas y dañinas.
- Capacidad de empatía.
- Necesidades satisfechas en las diferentes esferas.
- Motivación por la terapia.

3.12.5 Sistema self

- Autoimagen, autoestima, autoeficacia, cada una marcaría su estado.

- La autoestima, relacionada con altos niveles de bienestar a pesar de los eventos adversos.
- La autoestima como variable moderadora para el afrontamiento a las amenazas y al estrés.
- La autoestima como variable mediadora para el manejo de problemas, (precondición positiva para movilizar o simplemente aceptar el apoyo social).
- Satisfacción/insatisfacción historia de vida.
- Adecuada receptividad a los diálogos, crítica constructiva u observaciones.
- Función de identidad (conceptos y sentimientos del sí mismo), enmarcados en la realidad.
- Significación (el individuo da una constante significación a las experiencias).
- Búsqueda de sentido (sentido a la propia existencia).
- Conducción existencial (facilita el control de impulsos, facilita la comunicación, y posibilita la satisfacción de necesidades).
- Tendencia al crecimiento personal enriqueciéndose de las experiencias difíciles.
- Estilo enfrentador, de acuerdo a cada personalidad.
- Autodescripción.
- Una identidad positiva y ricamente construida, cuando se evalúan positivamente y establecen en el presente diferentes niveles de funcionamiento, pueden ser más exitosos y menos vulnerables ante las crisis. "Además ésta variable está relacionada con la autoestima y el bienestar" (Greve y Staudinger, 2006).⁵⁶
- El sentimiento de control interno, es decir, la creencia de que a través de nuestras propias conductas se ejerce control sobre nuestras vidas y sobre el entorno que nos rodea, activará diferentes estados emocionales que favorecen la salud.

⁵⁶ JIMÉNEZ, Ambríz María Guadalupe (2008). "Resiliencia y vejez". Madrid, Portal Mayores, Informes Portal Mayores, nº 80. Lecciones de Gerontología, XV [Fecha de publicación: 07/02/2008]. <http://www.jimsersomayores.csic.es/documentos/documentos/jimenez-resiliencia-01.pdf>.

3.12.6 Paradigma sistémico

- Elementos de funcionalidad en la familia de origen, generando o potenciando respuestas adecuadas frente al estrés, ansiedad.
- Sistema de costumbres, tradiciones que se mantienen a través de las generaciones y que aportan al desarrollo del sistema.
- Un sistema de creencias que hace de la adversidad un desafío.
- Fomenta una mirada positiva frente a las dificultades, enfermedad, pérdidas.
- Un sistema que cultiva la trascendencia y la espiritualidad como parte de la formación de sus miembros.
- Patrones organizacionales en donde cada miembro tiene su rol y los aportes, opiniones, acciones son valoradas en su medida.
- Flexibilidad.
- Conexión entre recursos sociales, recursos económicos, recursos humanos que integran el sistema.
- Procesos de comunicación.
- Comunicación clara, atenta escucha.
- Abierta a la expresión emocional.
- Colaborativa en la resolución de problemas de los miembros, acción en conjunto en donde los miembros se involucran lo necesario.
- Reglas familiares instauradas vigentes, consistentes (que no cambian de un día para otro), explícitas (las reglas son conocidas y comprendidas por las partes) y predecibles (las reglas están definidas antes de que se incumplan).
- Un medio en donde se pueda mostrar afecto abiertamente y no considerarlo como una debilidad.
- Conocer que no es "fundamental impresionar bien a los demás".
- Ambiente familiar funcional, que potencia el bienestar.
- El apoyo social-afectivo que reciben de la familia, (en el caso de la población estudiada) constituye un factor predictor del estado de salud, la ausencia de lazos familiares presentan menor frecuencia de conductas preventivas.
- Historia de vida con satisfacción matrimonial o vínculos significativos.

- Calidad de relaciones sociales, saludables, independientes tanto con familia de origen, familia actual, hijos, cuidadores, equipo de salud, compañeros, etc.

3.12.7 Paradigma inconsciente

- Experiencias traumáticas ocurren pero el significado atribuido a las mismas no constituyen una amenaza para el inconsciente.
- Eventos o estructuras que experimentan el *awareness*, influyendo en las emociones, cogniciones o conductas.
- Imagen de sí mismo, de su personalidad total, de su yo físico y el sentimiento de identidad.
- Negación, proyección, sublimación como mecanismos de defensa.

Al parecer el conjunto de elementos que integran cada uno de los paradigmas constituyen aspectos enriquecedores de la resiliencia, obviamente, cada uno de los elementos citados no constituye una variable lineal que garantiza la respuesta resiliente en los individuos. No obstante, muchos de los elementos descritos desde los paradigmas constituyen un potencial característico de una persona resiliente.

CAPÍTULO 4

ANÁLISIS DE DATOS

4.3 Análisis de datos de los principales trastornos encontrados en los pacientes enfermos terminales investigados en la Fundación Casa del Hombre Doliente de la ciudad de Guayaquil.

Los pacientes que padecen una enfermedad crónica y atraviesan la etapa terminal, así como los pacientes postrados o discapacitados constituyen una población de delicado manejo. El estado de ánimo de estos pacientes se ha visto relacionado con las características clínicas de las enfermedades que adolecen y en general con su deteriorado estado de salud, el involucramiento global de los sistemas del individuo produce manifestaciones neuropsíquicas como depresión, insomnio y ansiedad entre las principales, siendo esta última, una de las expresiones más importantes debido al conjunto de síntomas y circunstancias que de ella derivan, acarreado dificultades en las capacidades adaptativas así como en el funcionamiento psicosocial de los individuos afectados, tales elementos deterioran la calidad de vida que es uno de los principales objetivos a mantener en estos grupos.

En el grupo de pacientes investigados encontramos alta prevalencia de estratos socioeconómicos bajos, que está en relación con el área de atención de la institución, y una mayor prevalencia de ansiedad presumiblemente influenciada por la patología preexistente, otros aspectos que inciden son los costos de la atención médica, en cuanto a la adquisición de los medicamentos necesarios que en algunos casos no son financiados por el sistema, razón que obliga a que se deba limitar las dosis e inclusive prescindir de ellos, el abandono de los familiares, el escaso personal que asiste a los internos, el tiempo de incapacidad y la dependencia que de ella derivan, el miedo y angustia que genera el conocer el diagnóstico de su enfermedad o el desconocimiento del mismo,

el miedo a morir, entre otros, son aspectos con los que se debe tratar a diario.

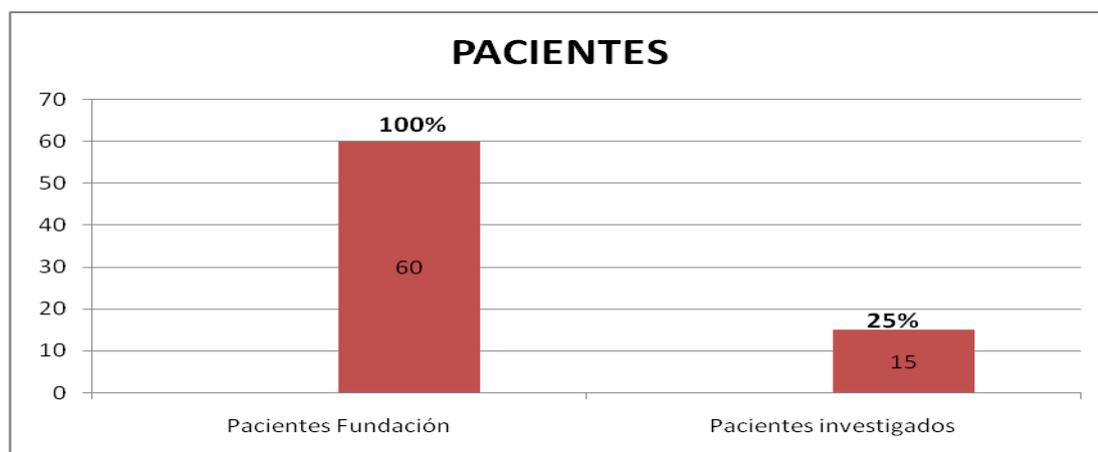
Frente a los elementos que rodean la realidad del paciente, están los síntomas que derivan así, la alta frecuencia de insomnio que se presenta y que debe ser atendido, por cuanto debe proporcionarse al paciente los medios físicos y farmacológicos necesarios, para garantizar el reposo nocturno, muy importante en su condición.

Considerando estos aspectos brevemente referidos, se analizó los casos de los pacientes investigados, siendo uno de los objetivos trazados, determinar la presencia de los trastornos frecuentes en pacientes enfermos terminales, para ello, me guio en los criterios diagnósticos de la escala de Hamilton para la evaluación de la ansiedad y criterios diagnósticos para evaluar la depresión respectivamente, se entrevistó a través de ambas escalas a los pacientes de la muestra investigada, la aplicación de estas escalas se realizó mediante una entrevista individual, evaluando inicialmente depresión, para luego en una siguiente entrevista aplicada registrar los datos en la escala de ansiedad.

A continuación se registra en las siguientes tablas, los datos y respectivos porcentajes encontrados en la evaluación a los pacientes observados así:

4.3.1 Gráfico N° 1: Pacientes

Total pacientes de Fundación	Porcentaje	Pacientes investigados	Porcentaje de pacientes investigados
60	100%	15	25%



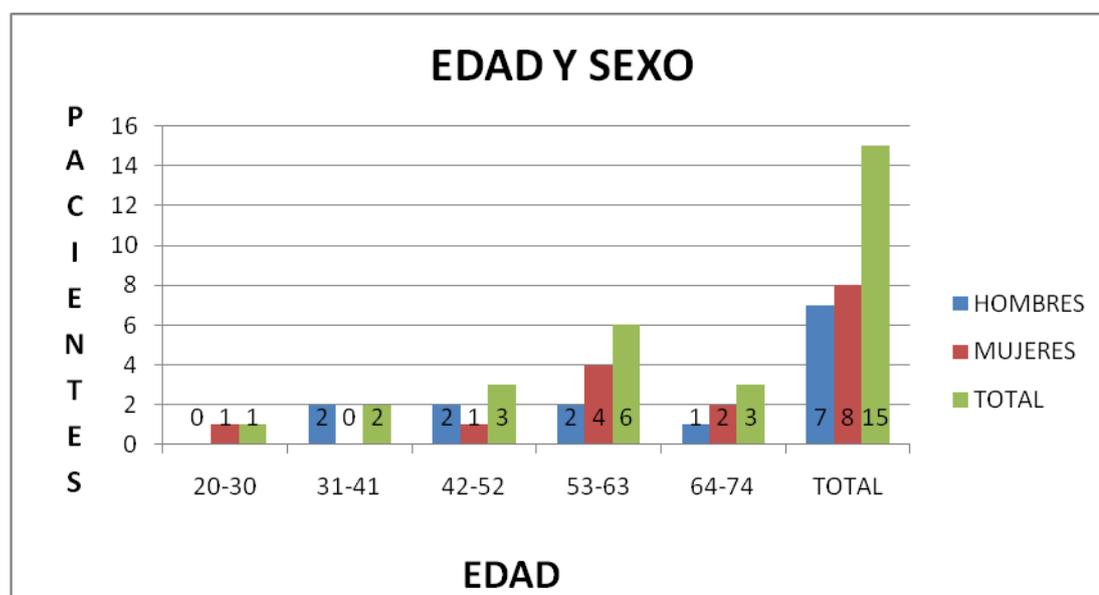
Fuente: Investigación de campo.

La presente muestra se tomó de los pacientes de la FCHD de la ciudad de Guayaquil.

4.3.2 Gráfico N° 2: Edad y sexo

Porcentaje de pacientes de la FCHD de la ciudad de Guayaquil 2007-2008, que conformaron la muestra investigada, según edad y sexo.

	HOMBRES	%	MUJERES	%	TOTAL	%
20-30	0	0	1	6.66	1	6.66
31-41	2	13.33	0	0	2	13.33
42-52	2	13.33	1	6.66	3	20.00
53-63	2	13.33	4	26.66	6	40.00
64-74	1	6.66	2	13.33	3	20.00
TOTAL	7	46.66	8	53.33	15	100.00



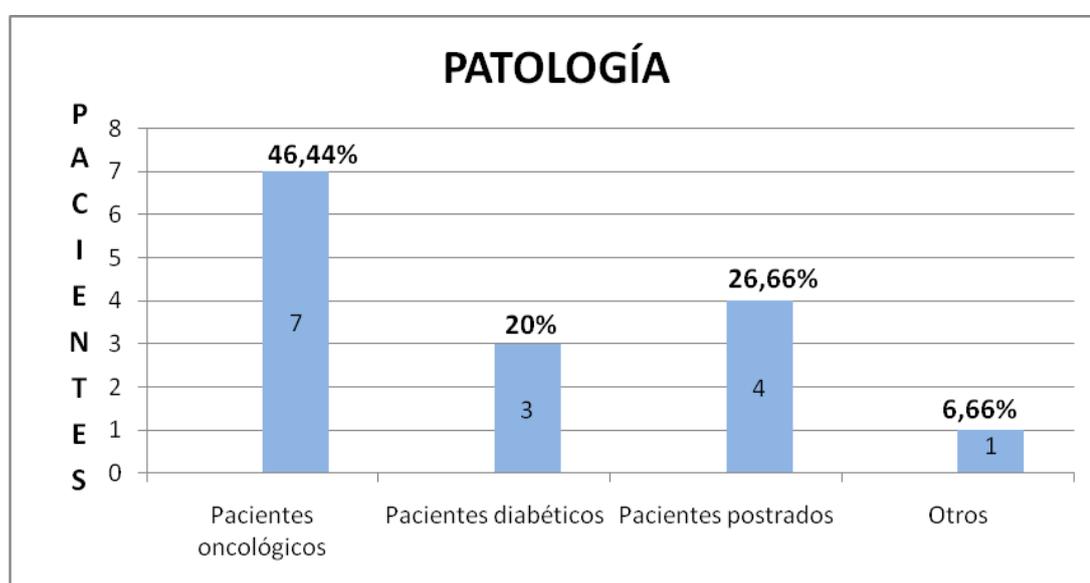
Fuente: Investigación de campo.

El presente estudio se realizó en pacientes enfermos terminales, todos eran adultos en edades comprendidas entre los 20 y 74 años, distribuidos en 7 pacientes varones (46.66%) y 8 mujeres (53.33%) (Ver gráfico 2), un número más o menos equitativo en cuanto a sexo. Los hallazgos de la presente investigación nos permiten determinar que el mayor número de casos corresponde a varones y mujeres cuyas edades fluctúan entre 53 y 63 años.

4.3.3 Gráfico N° 3: Patología

Porcentaje de pacientes de la FCHD de la ciudad de Guayaquil 2007-2008, que conformaron la muestra investigada, según patología.

Pacientes oncológicos	%	Pacientes Diabéticos	%	Pacientes postrados	%	Otras	%	Total
7	46,66	3	20	4	26,66	1	6,66	100



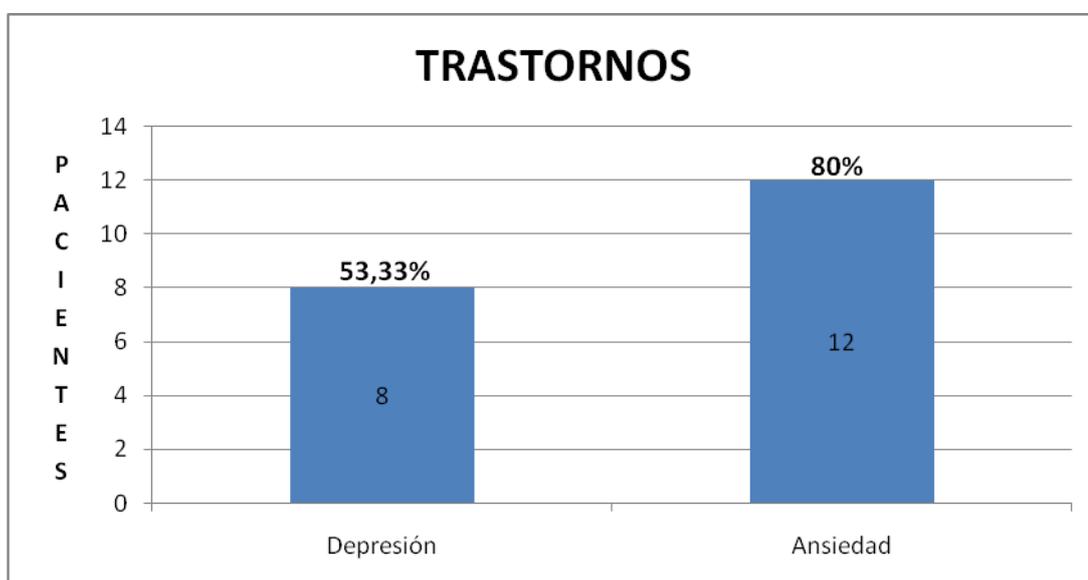
Fuente: Investigación de campo.

La presente muestra objeto de estudio se extrajo de pacientes ingresados en la FCHD de la ciudad de Guayaquil, registrando las siguientes patologías distribuidos de la siguiente forma: en 7 pacientes (46,66%) cáncer, 3 pacientes (20%) diabéticos, 4 pacientes (26,66%) discapacitados como secuela de accidentes, quienes integran la categoría de pacientes postrados y 1 paciente que representa el (6,66%) quien adolece artritis. Los registros de la presente tabla nos permiten determinar que el mayor número de casos corresponde a pacientes oncológicos, seguido de pacientes postrados y pacientes diabéticos. (Ver gráfico 3).

4.3.4 Gráfico N° 4: Trastornos

Principales trastornos asociados a una enfermedad terminal, en la muestra investigada de los pacientes de la FCHD de la ciudad de Guayaquil 2007-2008.

Depresión	%	Ansiedad	%
8	53,33	12	80



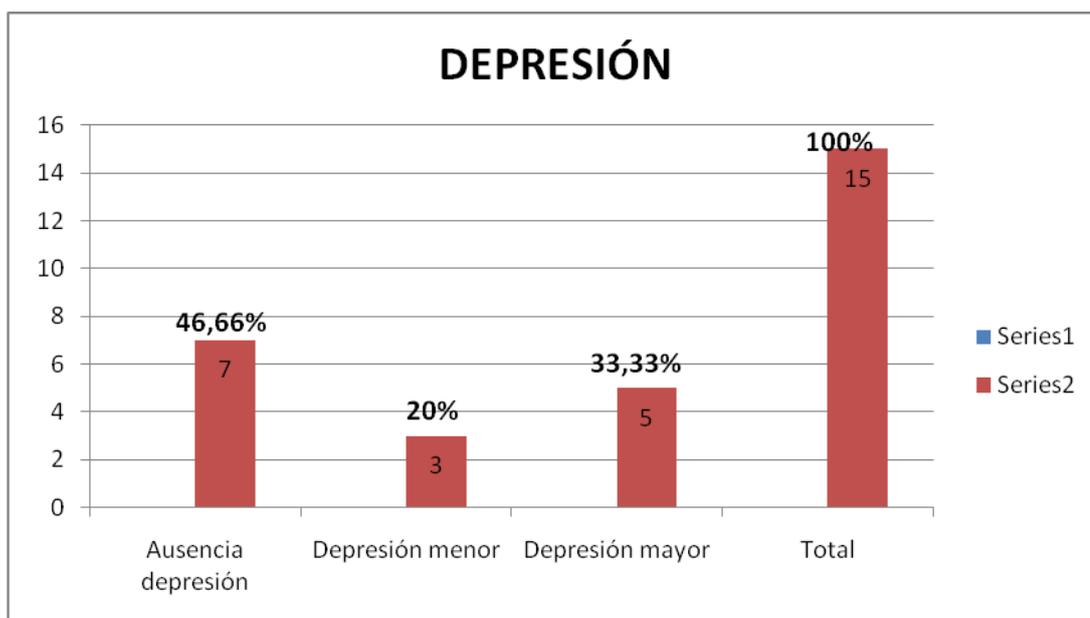
Fuente: Investigación de campo.

De los 15 casos investigados se ha llegado a determinar que 8 pacientes independientemente de la patología, sexo y edad adolecen depresión, cifra que representa el 53,33% de la muestra investigada, por otra parte 12 es decir el 80,00% de los pacientes investigados presentan ansiedad en diferentes grados. (Ver gráfico 4).

4.3.5 Gráfico N° 5: Depresión

Porcentaje de pacientes diagnosticados con depresión en los diferentes grados de severidad, independientemente de la edad, sexo y patología asociada, en la muestra investigada de la FCHD de la ciudad de Guayaquil 2007-2008.

Ausencia de depresión	%	Depresión menor	%	Depresión mayor	%	Total muestra	%
7	46,66	3	20	5	33,33	15	100



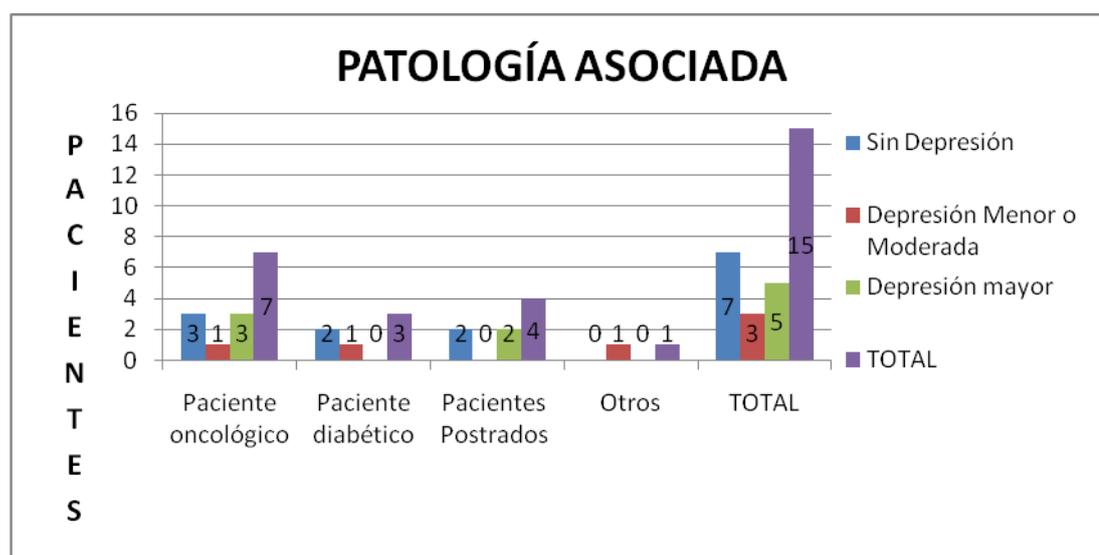
Fuente: Investigación de Campo

De acuerdo a los estudios realizados el 46,66% de los pacientes investigados no presenta depresión, el 20% de los pacientes presentan depresión menor o moderada, mientras que el 33,33% de pacientes presentan depresión mayor. (Ver gráfico 5).

4.3.6 Gráfico N°6: Patología asociada

Porcentaje de pacientes diagnosticados con depresión, en los diferentes grados de severidad, según patología asociada, en la muestra investigada de la FCHD de la ciudad de Guayaquil 2007-2008.

Categorías	Sin depresión	%	Depresión menor o moderada	%	Depresión mayor	%	TOTAL	%
Paciente oncológico	3	42,8	1	14,2	3	42,8	7	100
Paciente diabéticos	2	66,6	1	33,3	0	0	3	100
Pacientes postrados	2	50	0	0	2	50	4	100
Otros	0	0	1	100	0	0	1	100
TOTAL	7		3		5		15	
%	46,66		20		33,33		100	



Fuente: Investigación de Campo

De acuerdo a los estudios realizados el 33.33% de los pacientes investigados registra depresión mayor.

De 7 pacientes oncológicos evaluados, el 14,28% (1 paciente) de los casos puntúa depresión menor, el 42,85% (3 pacientes) registra depresión mayor y 42,85% (3 pacientes) con depresión mayor.

En el caso de los pacientes diabéticos: en 2 de los 3 casos investigados existe ausencia de depresión que representa un 66,66%, frente a 1 caso de depresión menor que representa el 33.33% del total de pacientes diabéticos evaluados.

En el caso de los pacientes postrados 2 (50%) registra depresión mayor y 2 (50%) ausencia de depresión, el único caso de artritis que integra la muestra puntúa depresión mayor. (Ver gráfico 6).

4.3.7 Gráfico N°7: Síntomas encontrados en pacientes con depresión

Porcentajes de los principales síntomas encontrados en pacientes diagnosticados con depresión, independientemente de edad, sexo o patología asociada, en la muestra investigada de la FCHD de la ciudad de Guayaquil 2007-2008.

ITEMS	Ausente %	Suave %	Moderado %	Severo %	Muy Severo %
Estado de ánimo deprimido	9 60%	4 26,66%	0 0%	1 6,66%	1 6,66%
Sentimientos de culpa	10 66%	0 0%	5 33,33%	0 0%	0 0%
Ansiedad psíquica	6 40%	0 0%	7 46,66%	2 13,33%	0 0%
Ansiedad somática	6 40%	1 6,66%	6 40%	2 13,33%	0 0%

De acuerdo a los hallazgos realizados como resultado de la aplicación del test de Hamilton, los síntomas que se asocian a la depresión, frecuentemente ubica en un 46,66% a los pacientes que presentan ansiedad psíquica moderada.

En cuanto a la ansiedad somática se registra un 40%, seguida de un 13,33% de ansiedad tanto psíquica como somática severa.

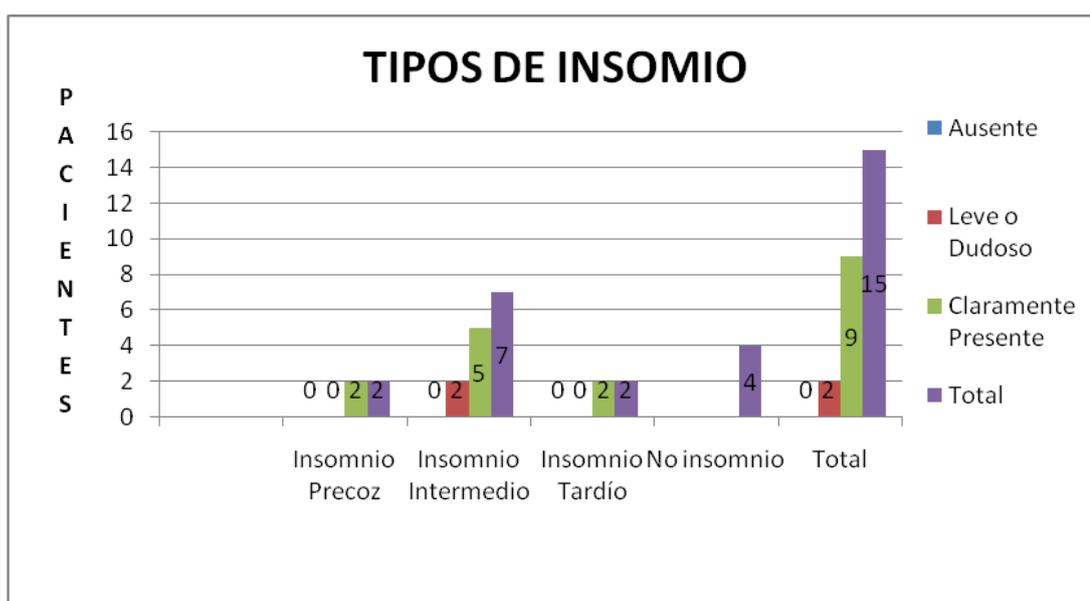
En cuanto al estado de ánimo deprimido, un 26,66% presenta estado de ánimo deprimido suave, frente a un 6,66% de pacientes con severo y muy severo estado de ánimo deprimido.

Los sentimientos de culpa explorados como síntomas asociados registran un 33,33% de intensidad moderada.

4.3.8 Gráfico N°8: Tipos de insomnio

Porcentaje de los principales tipos de insomnio que se registran como síntomas asociados en los pacientes investigados, independientemente de edad, sexo o patología, en la muestra total 9 pacientes presentan insomnio claramente presente y 2 leve o dudoso. En total 11 son los casos que presentan alguna forma de insomnio. Recordemos que 8 pacientes fueron diagnosticados con depresión, los tres restantes presentan de igual modo síntomas, mas no alcanzan niveles significativos para ser diagnosticados con depresión.

ITEMS	Ausente	%	Leve o Dudoso	%	Claramente Presente	%	Total	%
Insomnio Precoz	0	0	0	0	2	13,3	2	13,3
Insomnio Intermedio	0	0	2	13,3	5	33,3	7	46,6
Insomnio Tardío	0	0	0	0	2	13,3	2	13,3
No insomnio							4	26,6
Total	0	0	2	13,3	9	59,9	15	100



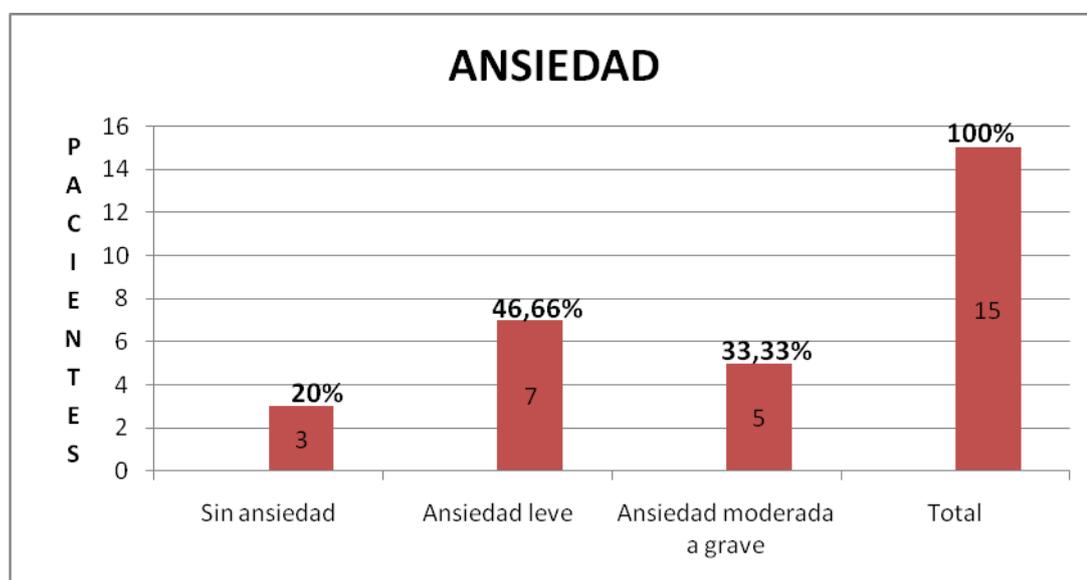
Fuente: Investigación de campo

De acuerdo a los resultados observados de la aplicación del test de depresión de Hamilton, citando al insomnio dentro de los síntomas asociados registramos que el 46,66% de los investigados claramente presenta insomnio intermedio, el 13,33% de los pacientes adolece insomnio tardío, frente a un 13,33% que expresa dificultad para conciliar el sueño o insomnio precoz. Considerando de este modo que el 73,33% de los pacientes investigados presentan insomnio en sus diferentes subtipos, mientras que un 26,68% no refiere tipo de insomnio alguno.

4.3.9 Gráfico N°9: Ansiedad

Porcentaje de pacientes diagnosticados con ansiedad en los diferentes grados de severidad, independientemente de sexo, edad, patología, en la muestra investigada de la FCHD de la ciudad de Guayaquil 2007-2008.

Sin Ansiedad	%	Ansiedad leve	%	Ansiedad moderada a grave	%	Total	%
3	20	7	46,66	5	33,33	15	100



Fuente: Investigación de campo

En el estudio se realizó el test de Hamilton ansiedad, encontramos que, el 46,66% de los investigados adolecen ansiedad media, seguida de un 33,33% de pacientes que presenta niveles de ansiedad moderada a grave, siendo la ausencia de ansiedad la que registra un 20% de los casos estudiados. (Ver gráfico 9).

4.3.10 Gráfico N°10: Ansiedad según patología asociada

Porcentaje de pacientes diagnosticados con ansiedad en los diferentes grados de severidad, según patología asociada, en la muestra investigada de la FCHD de la ciudad de Guayaquil 2007-2008.

ITEMS	Ausencia	%	Ansiedad leve	%	Ansiedad moderada a grave	%	TOTAL
Paciente oncológico	1	6,66	3	20	3	20	7
Paciente diabéticos	1	6,66	1	6,66	1	6,66	3
Pacientes postrados	1	6,66	2	13,33	1	6,66	4
Otros	0	0	1	6,66	0	0	1
Total	3	19,98	7	46,65	5	33,32	15

De los casos investigados se ha llegado a determinar que la patología que presenta mayores niveles de ansiedad independientemente de sexo y edad, es la que registra el paciente oncológico con un 40%, de este un 20% corresponde a ansiedad leve y un 20% ansiedad de moderada a grave, los pacientes postrados independientemente del sexo y edad registran un 13,33% de ansiedad leve frente a un 6,66% que registran los pacientes diabéticos con similares porcentajes en ansiedad leve, moderada a grave así como ausencia de ansiedad.

Anotamos que el 20% de los pacientes oncológicos experimentan ansiedad de moderada a grave, lo que los situaría en la patología que mayor grado de estrés representa, no obstante, si tomamos en cuenta los pacientes investigados en estado de postración que representan un 26,66% del total de pacientes frente al 46,66% de pacientes oncológicos, considero que son los pacientes postrados los que experimentan mayores niveles de ansiedad y solo el 19,98%, es decir, 6 de los 15 pacientes evaluados muestran ausencia de ansiedad.

4.4 Resumen y hallazgos

Analizados los datos de una muestra de 15 pacientes en etapa terminal internados en la FCHD que adolecen diferentes patologías, entre ellas: cáncer (7), Diabetes (3), discapacitados (4), Artritis (1) se registra lo siguiente:

En cuanto a los resultados de la escala de Hamilton depresión, 8 pacientes que representa el 53,33% presentaron depresión, de los cuales 5 depresión mayor que representa el 33,33% y 3 pacientes depresión menor que constituye el 20%.

El estado de ánimo deprimido en algunos casos, los sentimientos de culpa, la ansiedad psíquica y somática que exploran los ítems 1, 2, 10, 11 fluctúan su gradación entre ausente, moderada y severa, destacando la ansiedad psíquica y somática como elementos a considerar.

Al evaluar los ítems que exploran el insomnio 4, 5, y 6 dentro de la escala Hamilton depresión, destaca un 73,33% de incidencia en los casos investigados, lo que sitúa al insomnio como un síntoma claramente presente y manifiesto por los pacientes.

En cuanto a los resultados de la escala de Hamilton ansiedad, 12 pacientes es decir el 80% de los casos presentaron ansiedad, con un puntaje mínimo de 4 y máximo de 34 denotando presencia significativa de síntomas gastrointestinales. En relación a los niveles de ansiedad asociados a las patologías, nos indica que el mayor porcentaje de ansiedad tanto moderada y severa experimentan los pacientes oncológicos, anotando un 20% ansiedad severa y 20% ansiedad grave, seguido de los pacientes postrados que registran 13,33% de ansiedad severa frente a un 6,66% de ansiedad grave, en la muestra investigada los pacientes diabéticos parecen no experimentar ansiedad en los niveles que aquejan los pacientes que adolecen otras patologías de este modo anotamos 6,66% de ansiedad grave.

Los datos que se registran en las escalas tanto ansiedad como depresión exhiben resultados y datos apreciables sobre el estado de ánimo de los pacientes internados, los porcentajes son significativos mucho más a medida que contribuyen a menguar la calidad de vida.

Del presente trabajo es posible observar que, en relación al tema investigado, pese a lo limitado de la muestra, se obtuvo datos relevantes e indicadores que nos permiten conocer los principales trastornos que se manifiestan en los pacientes enfermos terminales, así como algunos de los principales síntomas que se presentan, estas referencias son elementos útiles que aportan sobre la realidad de este grupo humano.

En la bibliografía consultada no existen suficientes registros epidemiológicos, ni fácil acceso al tema del paciente enfermo terminal, que describa los trastornos presentes en esta población, tampoco estudios comparativos con respecto a las diversas patologías, la relación entre las mismas y el abordaje psicológico, esto nos limita al no disponer de orientación y guía, a través de una base de datos que nos permita ampliar conceptos y enriquecer la planificación de intervenciones psicológicas desarrolladas para el efecto.

La idea de tratar pacientes moribundos con dolor crónico e incapacitados podría resultar no tan atractiva, pues, el ser humano por iniciativa, vocación de servicio, necesidad de logros entre otros múltiples aspectos del perfil del terapeuta, desea ver avances y cambios para la vida del asistido, invierte energía psíquica en sus intervenciones, planifica, estructura procesos, espera respuestas que revelen salud mental, desarrollo, cambios positivos, etc. En el caso de estos pacientes se desconoce el tiempo del que se dispone o que complicaciones se presentarán, todo se puede esperar en lo que a evolución desfavorable respecta, por ello e involucrando estos aspectos se debe situar en primer orden las necesidades de alivio detectadas y manifestadas por el paciente.

En el paciente se espera una actitud de compromiso con respecto al bienestar de cada día, se requiere que esté consciente que no es

adecuado depositar en el profesional y personal de atención toda la responsabilidad de ese bienestar, en otras palabras, que pese a las circunstancias, adversidad, empeoramiento, malas noticias y dolor que involucra esta etapa de su padecimiento, encuentre motivación, energía y deseos de continuar "resistiendo". Esta motivación para resistir la adversidad, esta cualidad para enfrentar la enfermedad, es indispensable identificarla y potenciarla para con ello dar lugar a la resiliencia.

Con esta población en donde los cuidados paliativos tiene alcances y límites, existirán elementos que no podrán ser atendidos y que sin embargo representan aspectos medulares para esos síntomas que acompañan la ansiedad del paciente o la depresión que complica el estado de salud, el insomnio, el dolor físico y psíquico, el duelo, los innumerables aspectos que comprende la enfermedad terminal y su influencia en el individuo, desarrollar resiliencia sería una tarea que genere una alternativa que aporte y prepare al individuo a enfrentar la vida, valorando y validando los aspectos positivos que tenemos todos los seres humanos, aún aquellos que están en las peores condiciones de vida imaginables.

Se trata de encontrar los elementos efectivos de cada persona para modificar determinada situación y transformarla, implica un concepto dinámico, tanto en lo individual como en lo colectivo, la resiliencia se puede aprender y se desarrolla cuando no existe espontáneamente en el individuo, gracias a una serie de factores protectores que la sostienen y que contrarrestan el efecto perjudicial de la desgracia o de la enfermedad. Se apunta a identificar y desplegar las competencias y recursos con los que cuentan las personas, estimular la autoestima y una concepción positiva de sí mismo y del entorno, generar conductas adecuadas de resolución de problemas, y el convencimiento de tener algún grado de control sobre la propia vida, reconocer las limitaciones que hay que aceptar.

La resiliencia está muy enfocada en el sentido de la realidad, busca que el paciente se cuestione, que puede hacer y de qué forma se enfrenta ante la enfermedad, la actitud resiliente que se espera en estos pacientes es muy

distinta a un falso optimismo, ese optimismo que le hace pensar y enunciar "todo va a salir bien" aquí el paciente sabe que está frente una situación difícil y toma la determinación de luchar con todo ello.

CAPÍTULO 5

ASPECTOS METODOLÓGICOS Y PRÁCTICOS DE UN PROGRAMA DE RESILIENCIA DESDE EL MODELO INTEGRATIVO ECUATORIANO EN PACIENTES ENFERMOS TERMINALES

El Enfoque terapéutico que propone el desarrollo de la resiliencia como parte de los objetivos de asesoramiento para estos grupos y poblaciones especiales, se describirá en el presente capítulo en sus diferentes etapas, inscribiendo de este modo, los aspectos metodológicos y prácticos de la psicoterapia integrativa.

5.5 Primera etapa

En la primera etapa del programa se eligió el grupo de pacientes para conformar la muestra con quienes se desarrollaría el abordaje psicoterapéutico, es en esta etapa donde se define el origen de la o las demandas existentes, entre las cuales podemos citar: las relacionadas con el paciente, demanda de familiares, la demanda de otros profesionales que laboran en la institución.

5.5.1 La demanda del paciente

En un proceso terapéutico los aspectos esenciales del diseño deben partir de las diferentes demandas enunciadas explícitamente por el paciente e identificadas implícitamente en lo no enunciado, identificar la demanda del paciente, atender sus expectativas y motivaciones desde el momento que está viviendo la experiencia de la terminalidad, lo que espera del tratamiento, de los cuidados paliativos, de la intervención terapéutica. Para el terapeuta y la concepción de los objetivos del proceso, los elementos citados son importantes ya que permiten centrarse en las necesidades del asistido.

5.5.2 Demanda de familiares e institucionales

En la mayoría de casos ingresados en la FCHD, la situación personal, historia familiar y socioeconómica de cada paciente, el entorno familiar y social al que pertenecieron, se caracteriza por condiciones muy particulares, por las mencionadas razones, la familia de los asistidos no es la que demanda la intervención psicológica en los pacientes ingresados en este tipo de centros, la demanda generalmente es establecida por los profesionales que los asisten, médicos especialistas, fisioterapeutas y eventualmente por el centro que los acoge.

5.5.3 Demanda de otros profesionales

El apoyo psicológico y el aporte que se brinda al paciente mediante el asesoramiento y la psicoterapia, coadyuvan en los procedimientos médicos y quirúrgicos aplicados a estos grupos, en la respuesta a los tratamientos, la actitud adecuada desde la esfera afectiva y la motivación es indispensable para la salud, además de ser un indicador positivo en estos casos. Considerando entre estos y otros aspectos, son los miembros del equipo multidisciplinario al que pertenece el psicólogo, quienes se apoyan en los beneficios que la psicoterapia brinda, por ello son los profesionales del equipo u otros profesionales los que conforman y elaboran una tercera forma de origen de la demanda.

Las expectativas de los pacientes, nos permiten entre otras cosas, identificar el tipo de demanda, ya sea que esté dirigida a buscar asesoramiento, alivio sintomático o atender elementos que se inscriben en aspectos propios de los rasgos de personalidad y su respuesta ante la enfermedad, el duelo, el dolor, etc., resaltando que por las características de la etapa terminal, el objetivo no está centrado en la modificación o re-administración de la misma, sino que esta personalidad, sus características y elementos positivos estén al servicio del desarrollo de la resiliencia como elemento fortalecedor.

Para desarrollar y planificar los procesos en esta población especial, se debe conocer e identificar algunos aspectos que están involucrados directa o indirectamente con las expectativas del paciente frente a su enfermedad y el tratamiento que recibe, estos elementos serán útiles no solo para incorporarlos en la biografía personal, también son de interés clínico, los aspectos que registraremos a continuación son expuestos en los casos investigados así:

El paciente que conoce de su padecimiento y las características de su enfermedad, generalmente son conocimientos de origen empírico si cabe el término, en estos casos es primordial saber si el paciente fue informado sobre el diagnóstico de su dolencia, o si el equipo médico o la familia, consideró que por las características individuales no debía saberlo. Disponer de la información anterior nos permite observar ciertos límites en la intervención así como entender el porqué de algunas actitudes de respuesta a los tratamientos, la colaboración con el personal de salud, las relaciones interpersonales del paciente entre otros aspectos, su nivel de independencia, movilidad y posibilidad de participar en las terapias.

Identificar en su historia personal si existieron elementos de respuesta resiliente, cuales se deben reforzar o incorporar. Conocer los rasgos de personalidad nos orienta y facilita el uso y los acercamientos adecuados, como es lógico, en estos grupos no se pretende modificar la personalidad, sino utilizar y adecuar sus potenciales al desarrollo de la resiliencia. Entre los aspectos mencionados, se espera en el paciente la actitud de búsqueda de ayuda sintomática en la mejoría de su condición física y psicológica, es decir la disposición para participar en los programas de cuidados paliativos diseñados para su caso. Independientemente de las expectativas que tenga el paciente y los rasgos de personalidad, nos encontraremos con pacientes cuya demanda inmediatista es muy frecuente, pacientes de expectativas confusas y algunos que no presentan expectativas, del mismo modo la búsqueda de soluciones mágicas y externas que continúan formando parte de las estructuras psíquicas del asistido.

5.6 Segunda etapa

En la segunda etapa se llevan a cabo algunas actividades, entre estas estarán las entrevistas, se aplicará las que sean necesarias para cada caso, considerando todas las posibilidades y limitaciones propias que permite la enfermedad del paciente, el ambiente y los recursos, estos datos apreciables de la biografía personal los incorporaremos a la FIEPS.

Las entrevistas se adecuaron a cada asistido, es decir, se tomó en cuenta el espacio y que las condiciones ambientales externas permitan trabajar con privacidad, tranquilidad, libre de estímulos perturbadores, se utilizó el tiempo y el lenguaje necesario, además de otras consideraciones que se debe prever de modo individual para concluir con éxito, estos pacientes algunos inmobilizados, otros con déficits sensoriales, en cama, con sondas o de extremidades amputadas que están sanando, requieren de un trato individualizado, ellos presentarán diversas condiciones que debemos observar, por lo que las entrevistas se ajustarán siempre al estado de salud y evolución del paciente. Es importante también complementar y correlacionar los datos con los de la historia clínica del paciente, ya que ésta contiene referencias de orden biológico, útiles en lo que a evolución respecta.

5.6.1 Estrategias de la primera entrevista como inicio de proceso

Como toda entrevista, debe observar los requisitos durante su desarrollo, así atender los pasos de los procesos establecidos y necesarios que conducen a un adecuado ejercicio de la tarea, el establecimiento del rapport, en muchos casos toma su tiempo, un paciente triste, irritable, lleno de resentimientos, dificulta muchas veces el acercamiento, pero este paso es indispensable para realizar un trabajo fructífero. La aproximación diagnóstica se irá configurando en el desarrollo de esta primera entrevista, aquí se esbozará un perfil del caso. Es factible, dependiendo del paciente y sus características individuales, que ocurra en la primera entrevista la desinhibición emocional necesaria, que nos permita incorporar elementos

precisos, pueden situarse por ejemplo, la confesión de secretos de familia que el paciente desea tratar de modo urgente o develación de aspectos muy íntimos, constructos, significados, etc., que están afectando.

Aquí las estrategias de apoyo deben estar al alcance y ser oportunas, no se debe olvidar que con este grupo humano especial, la disponibilidad de tiempo en estado de salud es impredecible, por lo tanto se debe optimizar cada intervención. La estructuración y el afianzamiento de la relación terapéutica se deben considerar en todo el proceso.⁵⁷

5.6.2 Metodología de la segunda etapa

En esta etapa se ejecutará el diagnóstico del problema o trastorno, que además en nuestro proyecto es uno de los objetivos propuestos, la información que derive de los reactivos aplicados se constituirán en los indicadores de las necesidades a tratar en el paciente, en la intervención grupal para enfermos terminales, identificar los trastornos y síntomas asociados que acompañan la enfermedad médica no pueden descuidarse, ya que atenderlos, manejarlos, sostenerlos a través de la resiliencia, propenden y proveen de herramientas que enriquecen la calidad de vida.

En cuanto al diagnóstico de la personalidad, consideraremos siempre que tenemos una población especial, lógicamente con componentes muy particulares, muchos de los pacientes con los que nos vamos a encontrar tienen una biografía personal con etapas y ciclos vitales llenos de eventos significativos de variada índole, marcados de disfuncionalidad en donde el abandono, el maltrato en sus diferentes formas fue parte de lo cotidiano, de igual modo las carencias tanto afectivas como económicas, así como la privación académica y social.

Nuestros pacientes incorporaron experiencias de vida nocivas relacionadas con la delincuencia, encarcelamiento, adicción, prostitución, en el aspecto

⁵⁷ Ver anexos guías N° 2-3.

laboral el subempleo, desempleo y explotación que impidieron de una u otra forma condiciones de vida dignas. Los fracasos matrimoniales o una vida afectiva caracterizada por abandono, promiscuidad entre otros aspectos favorecieron sentimientos de desvalorización, resentimiento, rechazo hacia sí mismo y hacia la sociedad, parte de esta población vulnerable de aparente historia común integra el grupo, de igual modo existe otro grupo de pacientes en donde aspectos de resiliencia, lucha y fortaleza definieron sus etapas. Como herramienta necesaria en esta etapa del proceso se utilizará la FICHA INTEGRATIVA DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA (FIEPS).⁵⁸

5.6.3 Pruebas psicológicas empleadas

En esta etapa se ejecuta el proceso de valoración psicológica, en el cual se aplicarán los reactivos propuestos y seleccionados que permitan la investigación de los trastornos asociados que se manifiestan en el paciente que adolece una enfermedad crónica, definir rasgos y perfil de personalidad, niveles de independencia, a través de pruebas psicológicas que nos proporcionarán datos útiles que serán utilizados para la elaboración y ejecución del programa. En la investigación planteada para estos casos se aplicó los test de Hamilton para evaluar la depresión y el test de Hamilton para evaluar la ansiedad respectivamente. Para la aplicación de estas baterías considerando el grupo de estudio, fue necesario readecuar el lenguaje de las preguntas sin modificar el verdadero sentido de las mismas, de modo que proporcionara la acepción correcta y la comunicación exacta de lo que se deseaba investigar⁵⁹.

La investigación clínica de la personalidad se realizó de modo individual, explicando en las mismas condiciones que se utilizó para los reactivos anteriores, cada una de las interrogantes que buscan el rasgo y se registró puntualmente los datos de utilidad. El índice de Katz de independencia de

⁵⁸ Ver anexo guía N° 1.

⁵⁹ El grupo investigado representa pacientes con instrucción básica incompleta, indigentes de un nivel sociocultural bajo. Ver anexos N°4-5-6.

las actividades de la vida diaria, que evalúa los niveles de independencia del paciente se incorporaron a la lista de la evaluación.⁶⁰

5.7 Tercera etapa planificación del proceso

Diseño de la intervención destinada a desarrollar resiliencia desde el MIE Guía 5.⁶¹

5.7.1 Formulación dinámica del trastorno o problema

Es preciso como propone la investigación, intervenir tanto individual como grupalmente, encontrar en cada uno de los pacientes, la interrelación dinámica que se da entre los trastornos existentes y los síntomas que se asocian a la enfermedad del paciente, aspectos psicológicos y psicopatológicos, cómo éstos se formularán desde la perspectiva integrativa, en la formulación dinámica del trastorno o problema se analizan los factores precipitantes, determinantes, predisponentes y mantenedores del cuadro.

En este caso se trata de un grupo de pacientes con una enfermedad médica de base, que reciben asistencia médica y tratamiento farmacológico, su condición biológica y deterioro de la misma se sitúa en la etapa terminal, mencionados pacientes presentan niveles de depresión moderada y mayor, el estado de ánimo deprimido en algunos casos se asocia a los sentimientos de culpa e inadecuación, mayor fatigabilidad, insomnio, anorexia, excesiva preocupación somática, evidente tristeza, llanto fácil, constante, las fluctuaciones en el estado de ánimo, anhedonia, desesperanza entre los principales características que podemos citar.

En cuanto a la ansiedad tanto psíquica como somática, está presente en la mayoría de los casos investigados, registrando la presencia significativa de síntomas gastrointestinales entre los principales, el insomnio como un síntoma

⁶⁰ Ver anexo N° 7 índice de Katz.

⁶¹ Ver anexo guía N° 5.

asociado a las patologías de ansiedad y depresión, así como secundario a la enfermedad médica se expresa en dificultades de conciliación, sueño interrumpido, sueño no satisfactorio, con cansancio al despertar, terrores nocturnos y pesadillas, ya sea precoz, intermedio como tardío.

Con los antecedentes antes referidos podemos analizar los factores precipitantes, determinantes, predisponentes y mantenedores de los trastornos y síntomas encontrados, en estos pacientes coexisten varios aspectos que están presentes a la vez, de este modo podemos citar varios elementos receptados y observados durante las entrevistas y describirlos así:

5.7.1.1 Aspectos precipitantes

El empeoramiento del aspecto físico, en lo que a salud se refiere, suele causar un impacto en los pacientes quienes ven físicamente deteriorarse su salud, esto precipita o favorece las disfunciones en el estado de ánimo, los diálogos internos autoderrotantes, influyen aumentando la probabilidad de que se presente ánimo depresivo.

Otro factor precipitante del quebranto de la salud es cuando existe una atención selectiva a lo negativo, lo cual influye aumentando la probabilidad de que se presenten afectos negativos, la presencia de ansiedad, pena o rabia influye aumentando la probabilidad de cogniciones "negativas".

La presencia de un estado afectivo negativo influye aumentando la probabilidad que se recuerden hechos negativos. La inestabilidad emocional situación frecuente en los pacientes, influye aumentando la probabilidad de que la autoimagen, autoeficacia y autoestima se vean afectadas.

En el plano interaccional dentro de una institución ocurre que la emisión de conductas "negativas", percibida negativamente por las otras personas,

incrementa la probabilidad de que éstas respondan a su vez con otras conductas también negativas, nocivas y en ocasiones disociadoras.

5.7.1.2 Aspectos determinantes

Están presentes y en estos grupos citamos los factores que inciden y determinan la presencia de un trastorno asociado a otro, o que subsisten como respuesta a una enfermedad médica, el factor determinante es necesario para que se produzca la enfermedad y puede ser suficiente para desencadenarla. En este caso enfermedades médicas como la artritis reumatoide, (la AR aqueja aproximadamente al 1% de la población humana, con una incidencia mujer-varón de 3:1, y produce síntomas diversos, como rigidez matinal, fatiga, dolor, incapacidad funcional y depresión (Ballina y Rodríguez, 2000). Puede ser considerada un factor determinante en discusión y desencadenante de la depresión. "Existen muchos eventos estresantes en las pacientes con Artritis reumatoidea, como la pérdida de la autoestima, discapacidad funcional, dificultades en el trabajo y disminución de sus ingresos económicos entre otros, con lo cual se puede inferir la relación entre depresión y artritis reumatoidea".⁶²

Entre otros aspectos que podrían de algún modo determinar una respuesta depresiva, citamos el estrés que modifica la dinámica neuroendocrina y, por tanto, puede afectar las condiciones y comportamiento inmunes del organismo.

En el dolor neuropático que experimentan algunos pacientes, se habla con frecuencia de la llamada triada del dolor, a saber, dolor, trastornos de la esfera emocional (ansiedad y depresión) y alteraciones del sueño con mayor o menor intensidad, la prevalencia de depresión se ha cifrado hasta en un 20% de los pacientes con neuralgia postherpética, y la presencia de

⁶² Factores de riesgo asociado a depresión mayor en pacientes con artritis reumatoide. Lujan Walter, Ramírez Erick, García Julio, Berrocal Alfredo y Calvo Armando. Servicio de Inmunoreumatología. Hospital Nacional Cayetano Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú Heredia. Rev. Perú. reumatol. 2003; 9 (1): 9-22. Disponible en internet: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/reuma/v09_n1/riesgo.htm.

ansiedad es notoria en sujetos con dolor neuropático central o asociado a miembro fantasma.⁶³

Uno de los problemas detectados en los pacientes con dolor crónico es la alta incidencia de depresión, llegando a ser la complicación psicológica con mayor comorbilidad, oscilando entre un 16 y un 54%, siendo superior a la de pacientes con otras enfermedades crónicas como: cardíacas, cáncer, diabetes y trastornos neurológicos. Aunque también existen sujetos con dolor intenso que presentan síntomas psicológicos menos graves, o que no cumplen ninguno de los criterios estándares para el diagnóstico de trastorno depresivo.⁶⁴

Parecería existir una relación y acción determinante entre las enfermedades autoinmunes, metabólicas y el dolor crónico con la respuesta depresiva y ansiosa, sin embargo los estudios encontrados no definen con certeza esta relación directa y las entidades mencionadas como factor determinante, dejando el tema abierto a discusión e investigación.

5.7.1.3 Aspectos predisponentes

Nos referimos un tanto redundando a los aspectos que predisponen inducen o mueven la presencia o decadencia de la enfermedad, tanto médica como psicológica y la íntima relación que existe entre las dos, por ejemplo, la no aceptación en la conciencia de contenidos cognitivo-emocionales, aumentan la probabilidad de tensión y desgaste energético del sistema psicológico de la persona, una tendencia generalizada a marginar de la conciencia las propias respuestas emocionales influye aumentando la probabilidad que se presenten desajustes psico-fisiológicos.

⁶³ El dolor neuropático como causa de ansiedad, depresión y trastornos del sueño en condiciones de práctica médica habitual: resultados del estudio naturalístico DONEGA. Rejas, J; Ruiz, M; Vidal, J; Marsal, C; Gálvez, R; Unidad del Dolor, Servicio de Anestesia, Hospital Virgen de las Nieves, Granada, España Rev Soc Esp Dolor 13 (2006); 2:81–95. Disponible en internet: <http://revista.sedolor.es/articulo.php?ID=414>.

⁶⁴ Relación entre características del dolor crónico y los niveles de depresión. Díez, M A; González-Tablas, M M; Muriel, C; Llorca, G J. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Rev Soc Esp Dolor 14 (2007); 1:26–35. Disponible en internet: <http://revista.sedolor.es/articulo.php?ID=474>.

El estrés puede afectar al inicio o curso del cáncer, generando cambios biológicos propios de la respuesta de estrés y con cambios en las conductas de salud o estilos de vida que pueden predisponer a la enfermedad. Ante los efectos del estrés las personas pueden llevar a cabo conductas altamente perjudiciales para la salud como consumir alcohol, presentar patrones de alimentación inadecuados, rechazar los tratamientos médicos, etc. El alto estrés producto de la experiencia de duelo, influye aumentando la probabilidad de que se produzcan alteraciones de los sistemas endócrino, inmunológico, nervioso autónomo y cardiovascular.⁶⁵

5.7.1.4 Aspectos mantenedores

Los citaríamos como aquellos sustentadores de la patología, incluiríamos la patología de base de orden orgánico, los efectos secundarios de los psicofármacos, las complicaciones de la enfermedad y sus consecuencias en el aspecto físico y psicológico que se van agravando. De igual modo se presentan otras circunstancias vitales, como ser abandonado por la familia que en el caso de los pacientes de la FCHD es frecuente, en otras situaciones inicialmente la familia se compromete al momento del ingreso, las visitas posteriores son poco usuales, para finalmente abandonar por completo al paciente.

Para el paciente consciente de su padecimiento, las dificultades económicas al momento del ingreso y estancia, lo limitan muchas veces de fármacos indispensables, de artículos de uso personal, ropa, un acompañante que lo conduzca a realizarse exámenes en las instituciones de convenio, la falta de privacidad etc., contribuyen a estancar, si cabe el término, en detrimento de la salud ya complicada.

⁶⁵ Letelier, Carmen. Principios de Influencia (Etiología). [Material gráfico proyectable]. Ecuador [2006]. 39 diapositivas; Propuesta de intervención desde el modelo integrativo supraparadigmático a la temática del duelo en adultos.

5.7.2 Descripción de la personalidad

La personalidad en su compleja y dinámica estructura como bien sabemos estará sujeta a variaciones procesales dependientes de su propio dinamismo, la personalidad como integradora de las funciones psíquicas resultado de la interrelación de otros factores como son los biológicos y socioculturales estarán incidiendo en los comportamientos de cada individuo; así en el caso de los pacientes investigados la adaptación a la hospitalización, la aceptación del diagnóstico de la enfermedad, la elaboración del duelo, los mecanismos de defensa, las relaciones interpersonales, etc., estarán relacionadas íntimamente con la y las personalidades.⁶⁶

En la muestra investigada se aplicó a cada paciente la Ficha Integrativa de Evaluación Psicológica (FIEPs) propuesta por la Sociedad Ecuatoriana de Asesoramiento Psicológico (SEAPSI)⁶⁷ en donde se registró los rasgos existentes, la finalidad de conocer los rasgos de personalidad persiguió algunos propósitos entre los principales:

- Conocer los rasgos de personalidad de cada investigado.
- Atender los rasgos de personalidad para observar los acercamientos adecuados.
- Ejecutar los aspectos teóricos, metodológicos y prácticos.

Anexo a la evaluación a través de la FIEPs y la entrevista, el trato cotidiano con los pacientes me permitió compilar componentes apreciables de utilidad clínica, entre los que puedo citar innumerables manifestaciones y condiciones, para ejemplificar mencionaré:

- Los diferentes estilos de respuesta a la enfermedad.

⁶⁶ Referido en el subtítulo: La personalidad del paciente y su respuesta a la enfermedad abordada en el capítulo 2, página 42.

⁶⁷ Ver anexo N° 8 Cuestionario propuesto por la Sociedad Ecuatoriana de Asesoramiento Psicológico (SEAPSI).

- Los recursos disponibles para hacer frente de forma adecuada a los sucesos negativos vividos, superar las adversidades y aprender de las experiencias dolorosas (manifiestos elementos de resiliencia).
- La enfermedad y los síntomas no son típicos o exclusivos de una categoría, sin embargo, existen personalidades que operan de acuerdo a sus características.
- Pacientes con predominio del aspecto afectivo en su personalidad requieren un manejo adecuado de los acercamientos, la actitud hacia la enfermedad es influenciada por el estado de ánimo, son pacientes que sufren adicionalmente mucho más.
- Las respuestas a la enfermedad, los síntomas y las somatizaciones toman su peculiar forma de manifestarse, obedeciendo a los estilos propios de cada personalidad.

Disponer de estos datos importantes en el ejercicio de la clínica enriquece los contenidos que se registrarán en la Ficha Integrativa de Evaluación Psicológica (FIEPs), la cual constituye una herramienta indispensable para la recolección de datos, el diseño y la planificación del proceso, además, observar estas unidades es de gran valor para fortalecer el vínculo terapeuta paciente y optimizar las intervenciones. Cabe mencionar que este programa de desarrollo de la resiliencia en enfermos terminales, si bien atiende la personalidad como base con la finalidad de respetar los acercamientos, guiarse en los rasgos de cada una de ellas a la hora de considerar los criterios de inclusión al grupo, en estadios terminales no considera como objetivo, ni propósito la modificación de la misma.

5.7.3 Señalamiento de objetivos

Intervenir en atención primaria, centrada en la población de riesgo que busque reducir los trastornos y dificultades emocionales, los estados de ansiedad, depresión, que presenta el enfermo terminal, a través del desarrollo de estrategias de resiliencia.

Con relación a la problemática:

5.7.3.1 Objetivos de asesoramiento

Conociendo las características de nuestros pacientes y las necesidades inherentes a la etapa que cursan, atender entrevistas o incluir en las sesiones, tareas, ejercicios, proporción de información y asesoramiento que favorezcan o conduzcan a la resolución de problemas, así como la de conflictos inter e intrapersonales, forman parte de los objetivos del asesoramiento, es importante que los pacientes dispongan de herramientas útiles que faciliten una comunicación asertiva, una actitud resiliente frente a cada evento que pueda asociarse, elementos que a su vez coadyuvarán a mejorar la calidad de vida y propender de algún modo al desarrollo personal, aprender a compartir y conocer nuevas experiencias que posibiliten su crecimiento individual, espiritual, social, fomentar la integración de los pacientes aun independientes con aquellos que requieren de mayor atención.

Servir de apoyo mutuo en esta etapa donde se enfrenta el individuo a situaciones muy difíciles son elementos que motivan a enriquecer las tareas e intervenciones en pro de los objetivos. Los objetivos de asesoramiento pueden ser muy ambiciosos, mas siempre deberán ajustarse a la respuesta, aceptación y necesidad real de los asistidos.

5.7.3.2 Objetivos sintomáticos

El manejo de las personas mayores que adolecen una enfermedad crónica en la etapa terminal, requiere, además de una actitud muy positiva de los profesionales responsables de su cuidado, el conocimiento de los otros elementos y manifestaciones que acompañan esta fase. Por ello la competencia de los profesionales de la salud mental constituye un aporte cuya contribución irá encaminada a mejorar el estado de salud y condiciones de vida de las personas mayores. Los síntomas que acompañan al proceso tanto físicos, emocionales como cognitivos, entre otros y su previsible evolución serán los objetivos que definan las estrategias de intervención más adecuadas para cada caso.

De la investigación realizada en la Fundación Casa del Hombre Doliente, considerando los principales trastornos que se asocian a las patologías que adolecen los pacientes y los principales síntomas asociados a la ansiedad y depresión, como sentimientos de culpa, estado de ánimo deprimido, ansiedad psíquica, somática, insomnio, etc., se plantearon objetivos que se ejecutaron en esta segunda etapa, orientados a atender los elementos sintomáticos para el efecto, y de acuerdo a las necesidades de los pacientes se buscó:

- Disminuir o eliminar los síntomas específicos, para ello se espera que el paciente asuma una participación activa, buscando en el control y disminución de los síntomas de la depresión por ejemplo, el insomnio, la tristeza, la irritabilidad, etc., para ello el paciente debe aprender técnicas de control de la ansiedad, dolor e insomnio.
- Reducir o eliminar comportamientos desadaptativos, se trabaja con el paciente facilitando la identificación de los sentimientos que surgen frente a la enfermedad, en el reconocer y desvirtuar los pensamientos y distorsiones cognitivas, en diferenciar las emociones de los sentimientos.
- Adquirir conductas adaptativas frente a la enfermedad, luego de identificar los síntomas y signos asociados a la enfermedad, y formas de respuesta, se propende a que el paciente identifique y rescate de su historia de vida experiencias que representan respuestas resilientes, desarrollar creatividad, descubrir los elementos de resiliencia que se posee y su aporte como actitud de enfrentamiento, incorporar conceptos nuevos positivos, adquirir y utilizar lenguaje resiliente.
- Apoyar emocionalmente, en la práctica de atenta escucha, facilitar la identificación del paciente con el grupo de apoyo y que este se beneficie de la resonancia que el grupo ofrece.

Desde luego, conociendo los objetivos se realizará en el presente capítulo la descripción y el abordaje de las principales técnicas sintomáticas utilizadas desde el enfoque integrativo.

Cuando un paciente con una patología grave se interna, se desencadena una serie de alteraciones psicológicas que no pueden ignorarse. Primero, el hecho de conocer el diagnóstico rompe de una manera radical con la dinámica y estilo de vida que anteriormente llevaba. Segundo, el proceso de adaptación a un lugar no agradable, como es el hospital o centro asistencial, ya que éste confronta con la enfermedad, muerte (simbólica o real), sobre todo en este caso de pacientes con una enfermedad avanzada.

El paciente terminal y su posición frente a la muerte, es el tema que cada vez más se va abordando bajo una perspectiva realista y abierta, antes considerado como un cuestionamiento desagradable al que en lo posible se intentaba evitar por parte del equipo de salud. Hoy por hoy y poco a poco, los profesionales se implican más, en el apoyo a estos pacientes y se permiten abordar con frecuencia estas cuestiones como ¿Cuál es el papel a la hora de afrontar la muerte y agonía?, ¿Qué decirle a un paciente cuando pregunta si se va a morir?, ¿Cómo ayudar a la familia ante esta situación?. En este espacio el psicólogo tiene un papel fundamental a la hora de proporcionar apoyo, consejos prácticos sobre cómo encarar los sentimientos, temores del paciente y familia ante un enfermo terminal y la manera de actuar ante esta situación y a superar el duelo.

Las actitudes ante la propia muerte son varias y se pueden describir brevemente así:

- Actitud de indiferencia, esta actitud revela resistencia, defensa, restarle importancia al momento más crucial que atraviesa la persona en la vida.
- De temor, hablan poco de su miedo a la muerte más bien expresan su miedo al dolor, al sufrimiento inútil, a quedarse solo en ese momento, al juicio divino.
- Descanso, la muerte es esperada como la liberación del sufrimiento sobre todo en caso de personas que han padecido una enfermedad crónica o han sufrido mucho en la vida.

- Serenidad, en casos en donde el adulto mayor tiene conciencia de haber vivido una existencia plena en la vida, de haber sido útil a los demás y de estar preparado para despedirse.

“Cuando en otras edades choca tanto la realidad de la muerte resulta interesante pensar que algunos ancianos lo aceptan con cierta naturalidad e incluso hasta la desean” (al llegar el atardecer y el final de la vida). Algunos ancianos aceptan su realidad, porque consideran y reconocen el poco valor social que tiene su vida, ya no representan un rol importante y en algunos casos la sociedad los margina. El adulto mayor reconoce que el futuro es corto y que las limitaciones cada vez son mayores a todos los niveles: físico, afectivo y económico.

Hay un distanciamiento cada vez más grande entre las generaciones, dando la impresión de que los adultos mayores “ya vivieron su vida”, y que, el mundo pertenece a los más jóvenes y a lo que ellos puedan producir, sugiriendo que se debe ver la muerte como una salida natural. Salvo en algunos casos donde exista una depresión grave, la mayoría de ancianos realizan un balance razonable entre rechazo y aceptación de su propia muerte, consciente de sus límites y sacando recursos propios para afrontarla, que cuando hay compañía, afecto e interés de la familia es un acontecimiento de dolor pero con paz y esperanza.

En el paciente adulto mayor llega un momento en que la enfermedad se instala de manera definitiva, a ello se da el diagnóstico de enfermedad incurable, en otros casos, a edad avanzada frente a funciones que van bajando a tal grado que podemos considerarlo un adulto mayor terminal. Estos pacientes están atravesando una experiencia única para lo cual no ha recibido ningún entrenamiento, etapa que se encuentra entre la vida y la muerte y que de alguna manera presente se acerca su fin.

El afrontamiento de la enfermedad en la etapa terminal, sea cáncer, VIH, diabetes, etc., se inicia desde el impacto del diagnóstico, ya que, a pesar de los avances en los tratamientos, el dictamen de incurable presupone

una “advertencia” que amenaza la vida, que es equiparable a una sentencia de muerte. Esta “amenaza” que conlleva el diagnóstico, es significada por cada ser humano de modo muy personal y puede ser interpretada de formas diferentes: miedo, ansiedad, tristeza, aflicción, enfado, desafío, amenaza de que puede o no ocurrir daño.

Tales emociones, entre otras, darán lugar a distintos estilos de adaptación y afrontamiento: espíritu de lucha, evitación o negación, fatalismo o aceptación indiferente, desesperanza y desamparo o preocupación ansiosa, un cúmulo de emociones surgirán en los pacientes y cada uno de ellos le otorgará a esta vivencia emocional su significado individual. El paciente necesitará de ayuda psicológica emergente cuando su comportamiento provoque más malestar que la propia enfermedad o cuando sus reacciones emocionales le impidan sobrellevar su patología. Cuando más intenso sea el trastorno emocional, más vulnerable se encontrará la persona y más difícil le resultará afrontar los problemas que se le presentan.

En este capítulo, nos referiremos a los elementos de intervención y apoyo emocional a través del abordaje de las emociones recurrentes, si bien es cierto, se va a tratar con una población especial con un grave deterioro en su funcionamiento físico, en el aspecto cognitivo y afectivo aún conservado, requieren adquirir habilidades de afrontamiento básicas que les permita enfrentar las situaciones que involucran la terminalidad.

5.3.3.2.1 Apoyo emocional

Continuando con el abordaje de las emociones dolorosas, nos apoyamos en la propuesta trabajar con las emociones en psicoterapia de las autoras Greenberg Leslie y Paivio Sandra. A través de las fases propuestas:

5.3.3.2.1.1 Fase I Creación del vínculo

Los primeros acercamientos de este aporte terapéutico, implica la formación de una relación de apoyo mediante el reconocimiento, comprensión y validación de las emociones, cuando el paciente se siente comprendido se da lugar al vínculo emocional, elemento crítico en el desarrollo de la alianza. El reconocimiento del sentimiento desde el principio, sitúa también la atención desde la experiencia interna del paciente y sobre el impacto emocional que el entorno y los sucesos intra e interpersonales producen.

A medida que el abordaje progresa, el terapeuta se focaliza en las emociones dolorosas o que están constituyendo un problema, para ello utiliza el reflejo empático para subrayar el impacto emocional de la experiencia. Se aplica de este modo acciones consistentes y amables dentro del contexto de apoyo para ayudar a la persona a estar cada vez más cerca del sentimiento de malestar experimentado en su interior del sentirse abatido, herido, desesperado, con miedo. "Así, desde el inicio en lugar de evitar la experiencia dolorosa, se lleva a cabo un entrenamiento implícito de focalización y enfrentamiento de la experiencia interna".⁶⁸

La persona que va a morir, tiene derecho a ser informado para que pueda organizar el tiempo que le queda de vida y así decidir con quién quiere pasar ese tiempo y donde, que va a permitir o a que tratamientos accederá, así como, rehusar a estos de modo consciente y por razones de lógica importantes para él. En el caso de los enfermos de la Fundación que son personas indigentes, abandonadas por la familia o que la misma no puede cuidar de ellos, es más importante aún atender estos aspectos. La resiliencia tiene como meta afrontar la experiencia interna dolorosa, por ello es necesario que el apoyo emocional incluya un entrenamiento que permita enfrentar estos afectos.

⁶⁸ GREENBERG, Leslie., PAIVIO, Sandra. (2003). *Trabajar con las emociones en psicoterapia*. Ediciones Paidós Ibérica, S.A. Barcelona. Pág. 155.

La resiliencia no se basa o construye en el ocultamiento o enmascaramiento del dolor, sufrimiento o situaciones difíciles, se construye en base al fortalecimiento que el ser humano adquiere de situaciones desagradables, dolorosas, de pérdida y de ese transformar y extraer de lo difícil algo útil, integrar tales experiencias a su psiquismo, afectos y utilizarlo para hacer frente a las nuevas dificultades.

Una vez establecido el vínculo empático inicial, el terapeuta apoya al asistido y le conduce a identificar los elementos específicos que están conformando la experiencia dolorosa e incómoda, de este modo, tanto paciente como terapeuta llegan conjuntamente a entender que el primero de ellos presenta algún tema concreto que afecta su capacidad para regular sus afectos. Se consideran fuentes de aflicción, problemas relacionados con la etapa que experimenta el paciente, los síntomas que presenta las pérdidas que no asimila, la ausencia de la familia, tener sentimientos de malestar no resueltos con respecto a secretos de familia, resentimientos, etc.⁶⁹

En esta etapa, la meta es estar en contacto con el paciente, establecer un vínculo de colaboración cálido y empático, esto ayuda al asistido a sentirse comprendido, a relajarse y poder focalizarse en sus experiencias internas dolorosas, el terapeuta si cabe el término "sintoniza" empáticamente con sus sentimientos y a través de su actitud comunica y proyecta comprensión, reconoce el dolor del paciente, valida su lucha interior y se focaliza en el impacto emocional que los acontecimientos producen en su vida.

Para los pacientes, aunque parezca algo intrascendente visto desde otra perspectiva carente de empatía, temas como: hablar sobre los medicamentos y las rutinas de administración de los mismos, la invasión hacia la intimidad que puede acarrear un cambio de sonda o un baño, la pérdida de privacidad, la forma en la que debe tener un control estricto de su vida en función de depender de personas y tratamientos, necesidades

⁶⁹ Ver Caso Ruth, 23 años (FCHD), cáncer cérvico uterino en etapa terminal, empeoró su estado de salud, al experimentar niveles de ansiedad elevada... su pareja desconocía la historia de abuso e incesto que había marcado su infancia. Capítulo 1. Pág. 20.

no satisfechas, el temor al dolor, a afrontar la agonía, el terapeuta sensible a estos aspectos debe responder a las frases de malestar que enuncian los pacientes, atendiendo a la experiencia emocional manifiesta, validar estas frases o enunciados, reflejando lo duro que debe ser lo que está ocurriendo, abrirse a la experiencia de las lágrimas o al ocultamiento e inhibición de las mismas; ya que, se tratan de indicadores importantes acerca de los procesos afectivos cognitivos, mucho más aún si se trata de pacientes a quienes se les dificulta expresar sus emociones y sentimientos.⁷⁰

Una de las dificultades que se experimentan en este proceso, es el caso de algunos pacientes que se enfocan mucho en aspectos externos, lo que dificulta contactar con sus propios sentimientos, para ello es a veces necesario una "presión amable"⁷¹, que permita guiar al paciente al objetivo y contactar con la experiencia interna, para ello se sugiere preguntas y respuestas empáticas, seguido de un abordaje directivo e instrucciones del proceso que estimulen la emoción durante la sesión.

En esta fase o etapa de intervención, se da el establecimiento y el acuerdo acerca de las metas del tratamiento, estos objetivos se basan y afianzan en la comprensión que se va desarrollando, ejemplo, en el caso de un paciente deprimido podría ser: reconocer y defenderse de una autocrítica hostil exagerada que le produce sentimientos de inadecuación. Para otros pacientes, a quienes se les hace muy difícil depender de otros para atender sus necesidades, podría buscarse aprender a expresarse con asertividad, y comunicar con la finalidad de resolver muchas veces los resentimientos que les produce ser "invadidos" o sometidos como a veces lo interpretan a un régimen intrahospitalario que no respeta sus propios horarios biológicos.

⁷⁰ Ver caso Sandra, 52 años, cáncer de mama etapa terminal, el llanto acudía "si saben que ya no hay nada que hacer, que yo no me atendí a tiempo". Capítulo 1. Pág. 24.

⁷¹ GREENBERG, Leslie., PAIVIO, Sandra. (2003). *Trabajar con las emociones en psicoterapia*. Ediciones Paidós Ibérica, S.A. Barcelona. Pág. 160.

5.3.3.2.1.2 Fase II Evocar y explorar

Una vez que el asistido y terapeuta han establecido la alianza e identificado el "foco de trabajo", es decir, lo importante a intervenir, el terapeuta se concentra en el componente afectivo de la experiencia problemática del asistido, la terapia sigue la secuencia de evocar los sentimientos de malestar, (por ejemplo: desesperanza e indefensión, inutilidad) de modo que se viva en la sesión, una vez evocados diferenciarlos, explorar los sentimientos y determinantes de estos, acceder a las emociones primarias, miedo, tristeza, enfado, desesperación, etc., o a los esquemas centrales desadaptativos (inherentes a la personalidad y su dinámica) y utilizar los nuevos recursos a los que se accedió para afrontarla (resiliencia). Para facilitar la reorganización de dichos esquemas, se espera que la secuencia concluya con la validación y afirmación del sentido de sí mismo.

Las respuestas del terapeuta en este punto, deben subrayar dichas necesidades adaptativas que van emergiendo, como la necesidad de hablar sobre el tratamiento, sobre las cosas no resueltas, personas y vínculos significativos, etc. En el paciente enfermo terminal, las razones de afrontar los sentimientos y trabajar sobre ellos, están principalmente enfocadas en la calidad de vida, pues, las metas que se plantean son a muy corto plazo, se vive el aquí y ahora, bajo ningún concepto se puede generar esperanza en casos en donde no existe de acuerdo al dictamen médico ninguna posibilidad.

Las acciones del terapeuta durante esta fase, son fundamentalmente centrarse en el presente para poder analizar la expresión de este momento, para intensificar la experiencia y evocar los recuerdos, a estas instancias del proceso, el asistido debe estar consciente que evocar esos sentimientos o tratar esos temas "secretos", son relevantes para el tipo de ayuda, cambios y apoyos que se requieren.

En el caso de pacientes terminales, este proceso forma parte de los cuidados paliativos necesarios, que se proporcionan dentro de la

intervención psicológica y en este caso en particular del enfoque integrativo; podría situarse como una intervención en crisis con la finalidad de que en este período final y últimos días de vida, frente a esa necesidad de entender y necesitar dejar todo en "orden", es normal que las personas tengan asuntos pendientes: deudas afectivas, necesidad de dar perdón y recibirlo, reconciliaciones, personas olvidadas a lo largo de la vida, hablar con alguien de un tema especial que les atañe.

Sobre Ruth, 23 años (FCHD), cáncer cérvico uterino, entre las necesidades imperantes que manifestó eran dialogar con el padre de sus primeros hijos, conocer cuál sería el destino y apoyo que finalmente les brindaría, era su mayor preocupación. El conflicto se situaba en la dificultad para poder establecer un diálogo adecuado entre la moribunda y su ex conviviente frente a la presencia y conocimiento de su conyugue actual. Para Ruth, además era importante, perdonar a las personas significativas que le habían dañado, mientras que probablemente para "éstas" no existía la necesidad de pedirlo.

5.3.3.2.1.3 Fase III Reestructuración emocional

Estos sentimientos primarios recientemente accedidos y las necesidades e intereses que a ellos se asocian se utilizarán para cuestionar las cogniciones desadaptativas, reestructurar los esquemas disfuncionales y servir de base para nuevas autoorganizaciones. Por último, el terapeuta ayuda al asistido a validar las autoafirmaciones y a consolidar los nuevos significados mediante la construcción de una nueva narrativa. En los pacientes que fueron intervenidos, esta propuesta no es un determinante lineal, los procesos deben ser adaptados paso a paso en su secuencia a cada paciente.

Resumiendo:⁷² Adaptación de la Tabla de las fases de la intervención focaliza en las emociones.

⁷² Tabla de las fases de la intervención focaliza en las emociones, adaptación de la autora tomada de GREENBERG, Leslie., PAIVIO, Sandra. (2003). *Trabajar con las emociones en psicoterapia*. Ediciones Paidós Ibérica, S.A. Barcelona. Pág. 156.

Fase de creación del vínculo	Evocación y exploración	Reestructuración emocional
<ul style="list-style-type: none"> • Atender, empatizar, validar los sentimientos del paciente en el sentido del sí mismo en ese momento. • Establecer y desarrollar un foco de colaboración a las condiciones que generan el problema. • Identificar como focos de trabajo terapéutico condiciones generadoras tales como autoculpabilización, autocrítica, dependencia, pérdidas interpersonales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Evocar y activar los sentimientos problemáticos. • Explorar y desplegar las secuencias cognitivas afectivas que generan la experiencia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Acceder a los esquemas emocionales desadaptativos centrales y a las emociones primarias adaptativas. • Reestructurar los esquemas desadaptativos centrales facilitando que se cuestionen las creencias desadaptativas (tomando como base la emoción primaria y las nuevas necesidades que han emergido). • Validar los nuevos sentimientos y apoyar la sensación del sí mismo que surge. • Crear un nuevo significado.

5.3.3.2.2 Disminuir o eliminar síntomas específicos asociados a la depresión y ansiedad

A medida que avanza la enfermedad, los síntomas físicos derivados del propio padecimiento o del tratamiento cobran más importancia, esto va desencadenando progresivamente la presencia de trastornos psicológicos en los pacientes enfermos terminales, entre los principales síntomas que se observan asociados a las diferentes patologías están: la depresión, ya sea, menor, moderada o grave, a este estado de ánimo deprimido se adscriben los sentimientos de culpa, la ansiedad psíquica y somática, el insomnio, las distorsiones cognitivas, etc., es decir, tanto los síntomas fisiológicos, (taquicardias, disnea, agravación de los síntomas, insomnio), cognitivos (pensamientos negativos, distorsionados y recurrentes acerca de la enfermedad, miedo, catastrofismo, desrealización, despersonalización)

como los conductuales (aislamiento social, irritabilidad, mutismo, agitación psicomotriz, hiperactividad o abandono e inactividad).⁷³

La clínica que se presenta y deriva de estos casos, constituye una referencia útil que nos permite conocer la realidad y necesidades de cada paciente y los síntomas que experimenta, este aporte nos proporciona directrices para diseñar una intervención desde el enfoque integrativo, encaminada a brindarle al asistido una herramienta válida que le permita disminuir y tolerar los mencionados síntomas, que generan las complicaciones en su estado de salud. Para que el paciente pueda tomar control sobre los síntomas psicológicos que acompañan a su padecimiento, es importante que los conozca, que los identifique, que esté consciente de lo que va a enfrentar, cuáles son las características del mismo y como lo va hacer, con la ayuda del terapeuta, quien proporcionará las estrategias adecuadas y entrenará al paciente para afrontar el momento crítico.

Para poder entrenar al paciente en alguna técnica, es importante que exista ya el vínculo terapéutico, rapport, empatía y la absoluta confianza de que lo que se está planificando para él o ella es adecuado, útil y forma parte de su tratamiento, y que, al participar el paciente activamente en su tratamiento y control de síntomas, está atribuyéndose responsabilidad y control sobre sí mismo y los síntomas de la enfermedad, algo que había perdido por su dependencia tanto física como psicológica al cuidado de otras personas, fármacos, etc. Lógicamente, la proporción de información forma parte del proceso, y como técnica de comunicación estará adecuada al nivel sociocultural, edad, personalidad del paciente, estado de salud, etc.

Otro factor a considerar, es que el paciente conocerá de su estado terminal o mientras aprende la técnica sabrá que le será útil para mitigar el dolor, mejorar su calidad de sueño frente al insomnio, intentar mantener la calma frente a situaciones muy difíciles que se le presentan en la evolución del padecimiento. Debe conocer que tales técnicas no reemplazarán a los

⁷³ Ver capítulo 1.

fármacos o la atención médica especializada, debe estar consciente de que es apoyo idóneo diseñado para sus necesidades, que es otra forma de acceder a la calma, a la salud temporal, alivio y equilibrio, que usar este recurso es el “poner de su parte”, lo que le exige el personal de salud y la familia, que aprender esta técnica o método es contribuir consigo mismo.

5.3.3.2.3 Técnicas de control de síntomas y su aplicación

Uno de los síntomas que se asocian a los trastornos depresivos que se presentan en la enfermedad terminal son: el insomnio con sus características, dificultades de conciliación, sueño interrumpido, sueño no satisfactorio con cansancio al despertar, pesadillas, terrores nocturnos. Los trastornos del sueño se presentan con frecuencia en las personas mayores, agravándose su cuadro en el caso de pacientes con una enfermedad crónica, repercuten de forma importante en el bienestar y en la convivencia de las personas que le rodean, empeorando en el caso de pacientes institucionalizados. El trastorno del sueño se relaciona estrechamente con la ansiedad, la depresión, el estrés.

El ritmo de sueño es endógeno y está influido por múltiples factores: sociales, laborales, psicológicos y culturales y es imprescindible para la recuperación física y sobre todo psíquica del individuo; la recuperación física puede alcanzarse con reposo, pero la psíquica no. El sueño tiene que ver con las funciones de la memoria, sobre todo con el proceso de fijación del recuerdo. Cuando no se duerme disminuye la capacidad de concentración, la motivación, la memoria y existe fatiga. Las alteraciones del sueño pueden deberse a cambios en la calidad o cantidad de sueño y también por exceso o por defecto.

Con la edad se producen cambios en el sueño, aparecen diferentes variaciones físicas y psíquicas en las características del sueño de los mayores: se incrementan las interrupciones con más frecuentes despertares a lo largo de la noche (depresión), menor tiempo de sueño real, más horas en la cama, reducción de las fases más profundas del sueño (3 y 4).

Aumento de las fases de sueño superficial (1 y 2), más tiempo de demora para conciliar el sueño (depresión), cansancio y somnolencia durante el día, esto en condiciones normales de vejez; frente a una enfermedad crónica en etapa terminal los síntomas se ven agravados y consecuentemente con ello el estado de salud integral del paciente y por ende la calidad de vida.

Para tratar el insomnio las terapias no farmacológicas y sus técnicas, brindan al paciente que adolece insomnio una interesante alternativa; más aún, considerando el caso de nuestros pacientes cuya fisiología está modificada y saturada de medicación de orden paliativo, incorporar una opción no farmacológica representa un apoyo idóneo, y para tal propósito, se sugieren algunas técnicas tradicionales, entre otras innovadoras, cabe recordar que para cada persona existe una técnica, ya que unas funcionarán en ciertos casos y otras no, no hay una "técnica mejor e ideal".

Una de las técnicas consideradas idóneas para estos pacientes, será aquella que nos permita restaurar los mecanismos normales que se han roto o modificado por las circunstancias del paciente, y las condiciones del entorno, principalmente de su enfermedad, de este modo se buscará:

1. Restablecer las condiciones que disparan el sueño de forma automática y, posteriormente,
2. Lograr que se establezca el automatismo a la hora de lograr el sueño.

Para lograr el primer propósito se debe procurar para y con el paciente:

- Se realice ejercicio, actividad moderada de acuerdo a la condición del paciente, es recomendable incorporarlos al programa de fisioterapia, ergoterapia, terapia ocupacional o al programa de la institución.
- Controlar las variables fisiológicas antes de irse a la cama, no ir a la cama con hambre, sed, ganas de orinar, en pacientes que aún se movilizan como en aquellos que están ya postrados.
- Llevar una dieta adecuada y no comer demasiado antes de irse a la cama, en los pacientes diabéticos, la necesidad de ingesta tanto de sólidos como de líquidos frecuente suele representar un inconveniente.

- Evitar la ingesta de café, té, colas o cualquier estimulante del s.n.c. durante todo el día, pero sobre todo en horas cercanas al sueño.
- El alcohol inicialmente aumenta la somnolencia y puede propiciar dormir 4 ó 5 horas, pero aumenta la probabilidad de despertarse en la segunda mitad de la noche en el caso de pacientes a quienes se prescribe fármacos que contienen alcohol.

a) Mantener un ambiente propicio para el sueño.

Es importante conseguir un ambiente adecuado, controlar los estímulos físicos externos:

- Controlar el ambiente de la habitación.
- Controlar que la cama sea adecuada, que las sondas, vendas, protectores, etc. cumplan con su propósito de modo eficaz.
- Los ruidos son un factor distorsionador del sueño en un hospital donde se convive con pacientes muy delicados, es difícil de manejar se debe optar por entrenar al paciente a ignorar tales elementos.

b) Conseguir una desactivación física y cognitiva.

La desactivación física.- Para recuperar o lograr el automatismo se tiene que acudir al condicionamiento clásico, de forma que los mecanismos propuestos anteriormente ocurran de forma automática y sin ningún esfuerzo. Se tratará de controlar los estímulos de forma que, por ejemplo, al momento de ingresar en la cama se desencadene por sí mismo el sueño. Para lograr la desactivación física, se utilizará la relajación, uno de los métodos sugeridos es el de la relajación progresiva de Jacobson, método de carácter fisiológico, orientado hacia el reposo, siendo especialmente útil en los trastornos del sueño por la facilidad con que induce un reposo muscular intenso a través del cual sucede de forma espontánea la inmersión en el sueño, ya que enseña a reducir la tensión muscular y por lo tanto propicia la desactivación fisiológica.

Se enseñará al paciente, a relajar la musculatura voluntaria como medio

para alcanzar un estado profundo de calma interior, que se produce cuando la tensión innecesaria los abandona. Liberarse de la tensión física es el paso previo e imprescindible para experimentar la sensación de calma voluntaria (en nuestros pacientes se utilizará palabras acordes a su nivel sociocultural, lenguaje que ellos entiendan reconozcan e identifiquen, en el caso de los niños se recomienda utilizar un muñeco de tela e indicar las "secciones" relacionándolas con el cuerpo que se buscan relajar):

- Concentración de la atención en un grupo muscular.
- Tensión de ese grupo muscular, sin dolor, y mantener la tensión entre 20 y 30 segundos.
- Relajación de la musculatura, prestando atención a la sensación que se produce. Por ello tiene un componente muy elevado de propiocepción y por tanto de elevación del control de la zona que tratamos.

La desactivación cognitiva.- Los pensamientos y las preocupaciones son para algunos autores (Espie, 2002) el componente fundamental del insomnio. Se han estudiado el tipo de pensamientos que impiden el sueño y son aquellos a los que se dedica la persona que está en la cama y no duerme y se han identificado las siguientes clases: resolución de problemas diarios, preocupación acerca de no dormirse, los ruidos de la casa y otras condiciones de la habitación, preocupaciones generales (Harvey, 2000). Otros estudios (Watts et al. 1994) plantean más de los pensamientos intrusivos que interfieren con el sueño como son: tópicos triviales, pensamientos acerca del sueño, asuntos de familia, y a largo plazo, planes y asuntos positivos, preocupaciones somáticas (dolor), trabajo y asuntos recientes.⁷⁴

En consecuencia, para lograr la desactivación cognitiva, se han utilizado las siguientes técnicas:

- La intención paradójica dando la instrucción de seguir todos los pensamientos que se están teniendo sin establecer ninguna lucha para evitarlos, incluso se escriben para materializarlos y hacerlos concretos, por

⁷⁴ Psicoterapeutas.com [en línea]. Madrid, Centro de Psicología clínica y psicoterapia, 12 Dic 2008 [Ref. de Marzo 2009]. Disponible en internet: <http://www.cop.es/colegiados/M-00451/Insomnio.htm>, www.cop.es/colegiados/M-00451/.

supuesto se tiene que hacer fuera de la cama. Los ejercicios de aceptación ayudan de forma muy significativa a aceptar la ansiedad que produce no dormir.

- También se ha propuesto la observación del pensamiento, es decir, darse cuenta de lo que se está pensando y dejarlo ir. Simbólicamente se puede imaginar que se mete el pensamiento en un frasco o que se le abre una puerta en la cabeza para que se vaya.
- La interrupción de la estancia en la cama cuando no se duerme también sirve para este fin, aunque su misión principal sea asociar la cama al sueño.

En la reestructuración cognitiva, se debe intervenir sobre los pensamientos y creencias que están alterando el sueño, abordar los miedos y temores que pueden surgir a la hora del sueño en caso de existirlos.

Francisca, 58 años (FCHD), diabética, consideraba que dormir mucho tiempo representaría descuidarse de su integridad física y permitir que se aprovecharía esta situación para las temidas limpiezas quirúrgicas que para ella eran nocivas e innecesarias, por ello no podía permitirse dormir por mucho tiempo. El dolor del miembro fantasma que experimentaba le generaba ideas que ella entendía como alejadas de la cordura, pues ella indicaba, "a veces al sentir dolor en mi pie, pienso que es una señal de que Dios me lo devolverá, pero luego me digo a mi misma, eso es imposible me estaré volviendo loca?". Esas ideas le impedían conciliar el sueño, además temía experimentar el dolor del miembro fantasma una y otra vez durante la noche y el sueño.

En este caso, es adecuado establecer una reestructuración cognitiva, teniendo como marco de referencia la representación de la paciente, conseguir que Francisca fuera consciente de sus ideas nucleares básicas y pudiera comprobar lo irracionales que pueden llegar a ser sus pensamientos. Esta toma de conciencia, debe estar directamente relacionada con el sistema de creencias e idiosincrasia de la persona, se debe además complementar con proporción de información enfocando la

importancia del sueño para la salud y recuperación, etc., y siempre cuidando atender los afectos y significados.

La visualización, que consiste en la utilización de imágenes mentales que representan aquello que queremos conseguir, nuestro objetivo o meta, se basa en la idea de que la repetición continuada de aquello que queremos lograr facilita su consecución. Combinada con cualquiera de las técnicas de relajación, se sugiere la técnica especialmente al abordar pacientes con parálisis, en donde no se puede efectuar los ejercicios tensión relajación. Como lo hemos ejemplificado en el caso del insomnio, en general las técnicas de relajamiento muscular y sus variantes, pueden ser utilizadas en el control de síntomas del paciente, entre otras técnicas sugeridas podemos registrar las siguientes:

La relajación progresiva (Jacobson).- citando entre sus variantes:

- La relajación diferencial, que busca que el paciente se relaje en condiciones cotidianas, en las que no es posible adoptar la posición típica del entrenamiento de la relajación, esto es, sentado mientras se le administra una inyección, acudiendo a un examen de rutina mientras se le extrae sangre para análisis, etc.
- La relajación pasiva, para los autores Vera y Vila 1991⁷⁵, es una variante de la relajación progresiva, en la que solo se utilizan ejercicios de relajación de los grupos musculares, sin necesidad de establecer la tensión antes, es idónea para personas en las que no se pueden tensar determinadas secciones por discapacidad.
- Su eficacia se ha experimentado en caso de pacientes con disforia anticipatoria en el caso de pacientes oncológicos en quimioterapia.

El entrenamiento autógeno.- Es una técnica clásica de relajación, esencialmente consiste en inducir al paciente a un estado de relajación mediante la sugestión de sensaciones diversas de calor, peso, frescor y la concentración pasiva en la respiración. El terapeuta explica al paciente el método, el paciente se concentra en la frase "estoy completamente

⁷⁵ G. Martín, J. Pear. (1998). *Modificación de conducta qué es y cómo aplicarla*. Editorial Biblioteca Nueva, S.L. Madrid. Pág. 51.

tranquilo", luego se le indica la fórmula en la que debe concentrarse, la misma que tendrá las variantes de acuerdo al ejercicio que se esté realizando. El entrenamiento se divide en ciclo o grado inferior o ejercicios propiamente de relajación y en ciclo o grado superior o ejercicios de imaginación, en la práctica habitual clínica hospitalaria se utiliza los ejercicios del grado inferior.

Técnicas de respiración.- Los hábitos adecuados de respiración son útiles para aportar al organismo la cantidad de oxígeno necesario para un buen funcionamiento, purifica la sangre y con ello las células. La respiración completa es la mejor herramienta a nuestro alcance para normalizar los estados de nerviosismo, irritabilidad y ansiedad, provocados por factores exógenos como el trabajo, los estudios, malos hábitos, etc. Combinar respiración y relajación requiere una predisposición a un trabajo lento en el tiempo pero con resultado seguro.

Para desarrollar los ejercicios propuestos por las técnicas de respiración, se debe buscar las mismas condiciones que el entrenamiento de relajación, ambiente libre de distractores, ropa y postura cómoda, predisposición para aprender la técnica. Ejemplificaremos a continuación la propuesta de Cholz (1993)⁷⁶. Dentro del campo de la salud las técnicas de respiración y relajación entre otras son de gran utilidad para el manejo de los síntomas que acompañan a una enfermedad crónica.

5.3.3.2.4 Técnicas sintomáticas en el control del dolor

La experiencia de dolor, en especial el dolor crónico, se caracteriza por su multidimensionalidad, esto es, se compone de elementos tanto sensoriales como afectivos y cognitivos. El modo como el individuo afronte el dolor, determinados tipos de creencias y factores, como el estado de ánimo o el estrés, pueden modificar la experiencia de dolor en todas sus dimensiones muchas veces independientemente de la magnitud del daño patofisiológico o la intensidad de dolor.

⁷⁶ G. Martín, J. Pear. (1998). *Modificación de conducta qué es y cómo aplicarla*. Editorial Biblioteca Nueva, S.L. Madrid. Pág. 62.

Respecto al papel del afrontamiento en la experiencia de dolor, un estilo de afrontamiento pasivo se relaciona con mayor intensidad de dolor, peor ajuste psicológico, ansiedad, depresión, baja autoestima y peor funcionamiento físico (Turner, Jensen y Romano, 2000). Un estilo de afrontamiento activo se relaciona con menor intensidad de dolor y mejor ajuste emocional (Brown, Nicassio y Waltson, 1989). Sugieren algunos autores que en las personas mayores y en circunstancias especiales..., un estilo de afrontamiento pasivo y centrado en la emoción puede resultar beneficioso (Melding, 1995). En este sentido, algunos trabajos han puesto de manifiesto que estrategias como la negación del dolor, tradicionalmente considerada inadaptable, resultan adaptativas en el caso de las personas mayores (López, 2005).⁷⁷

Entre las estrategias adaptativas se sugiere optar por la distracción, cuyo uso se ha vinculado al mayor bienestar psicológico y menor intensidad de dolor e interferencia en las actividades cotidianas (Turner et al, 2001) y el empleo de autoafirmaciones positivas que se relaciona con menor depresión y menor malestar psicológico (Turner, Jensen, Warms y Cardenas, 2002).

El dolor está vinculado necesariamente a estados del ánimo, de hecho se ha puesto de manifiesto la existencia de una asociación entre el padecimiento de dolor y la existencia de depresión (Geerlings, Twisk, Beekman, Deeg y Vantilburg, 2002), en algunos casos la depresión es producto de la existencia de dolor (somato psíquico), en otros casos será la parte somática de los problemas depresivos (Sullivan, Rodgers y Kirsch, 2001) y otros sostienen que el dolor es una expresión del trastorno depresivo (Romano y Turner, 1985).

En lo que al aspecto cognitivo se refiere, la existencia de las distorsiones cognitivas en las personas con depresión, se basan en el modelo de Beck

⁷⁷ LÓPEZ, López Almudena., VELASCO, Furlong Lilian. (2007). "Dolor y envejecimiento". Madrid, Portal Mayores, Informes Portal Mayores, nº 70. Lecciones de Gerontología, XII [Fecha de publicación: 10/01/2007]. Disponible en internet: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/lopez-dolor-01.pdf>.

sobre la depresión (Beck, 1976). Los modelos basados en la indefensión aprendida, parten de la idea de que el dolor como experiencia aversiva incontrolable provocará sentimientos de indefensión que llevarán al estado depresivo. Los modelos conductuales (Fordyce, 1976) suponen que la depresión en los individuos con dolor crónico, responde a una disminución de la tasa de refuerzos positivos debido al dolor. Por último, el modelo de diátesis-estrés aplicado al dolor (Banks y Kerns, 1996) propone la interacción de factores de vulnerabilidad, como los esquemas cognitivos desadaptativos o los estilos atribucionales inadecuados y factores de estrés constituidos por los cambios que el dolor provoca y por la experiencia aversiva de dolor.

Elementos importantes que se presentan acompañando el cuadro clínico que deben ser intervenidos desde la perspectiva terapéutica:

- Estatus psicosocial: edad, sexo, nivel cultural y apoyo social.
- Caracterización del dolor: duración, frecuencia, intensidad, localización y cualidad del dolor.
- Historia del padecimiento: evolución, tratamientos previos y características personales.
- Se debe analizar y relacionar los cambios ambientales, comportamentales y cognitivos y su incidencia.
- Observar su aparición: aumento o disminución del dolor ante situaciones concretas, actuación de otras personas, (ganancia secundaria del paciente, necesidad de afecto, compañía, aliados).
- Se observará y analizará igualmente la relación entre el dolor y la tensión-relajación.
- Creencias acerca del dolor como fenómeno y de su carácter incapacitante: explorar la creencia del enfermo sobre la relación entre el dolor y la enfermedad, dolor y abandono, dolor y condición socioeconómica y el carácter "inevitable" del dolor en la edad avanzada.
- Fenómenos de anticipación del dolor y efecto de la atención sobre el aumento o disminución del dolor.
- Percepción de control por parte del paciente.

- Habilidades de afrontamiento para el control del dolor como para las situaciones problema vinculadas a éste.
- Conductas de dolor: aspectos verbales y no verbales de la conducta del individuo, socialmente indicativos de dolor (quejas, lamentos, gemidos, llantos).
- Interferencia del dolor en las actividades cotidianas y en el estilo de vida: problemas de incapacitación o invalidez, actividades suprimidas a causa del dolor, en pacientes institucionalizados el dolor provoca un retraimiento, el paciente evita participar de las actividades planificadas, ya sea en la terapia ocupacional, actividades religiosas entre otras.
- Evaluar dependencia e independencia del paciente, independientemente de la disfuncionalidad originada por el dolor.
- Activación emocional: nivel de activación y su relación con los cambios en el dolor. Evaluar la expresión de emociones por el paciente.
- Existencia de sintomatología depresiva y/o cuadros de ansiedad.
- Aspectos no problemáticos del comportamiento del paciente que informen sobre su capacidad, comunicación, asertividad, resiliencia, recursos de adaptación y afrontamiento generales.

5.3.3.2.5 Técnicas de control del dolor

La mayoría de los procedimientos de intervención psicológica en el dolor crónico provienen de la conceptualización biopsicosocial de la salud. Al aplicar los procedimientos en la práctica clínica del control del dolor, lo ideal es adecuar a las características y necesidades del paciente. Independientemente de la técnica, es conveniente que la primera fase de la intervención sea informativa (Proporción de información), no sólo debemos introducir una probablemente nueva conceptualización del trastorno al paciente, sino también a las personas significativas en su entorno y, si se requiere, a otros profesionales sanitarios:

- a) Individualización del tratamiento.
- b) Preparación psicológica del paciente para los componentes del tratamiento. Es importante, explicarle al paciente en detalle cada paso

del procedimiento, tal explicación debe ir adecuada al nivel sociocultural que posee, sencillo, claro, con palabras que entienda, es importante prepararse para responder lo necesario desde la competencia del psicólogo.

- c) Participación comprometida activa a adquirir responsabilidad con el propio tratamiento.
- d) Adquisición de las habilidades básicas para el tratamiento (aprendizaje de técnicas).
- e) Desarrollar expectativas acerca de la relación tratamiento y la propia mejoría.

El entrenamiento en relajación progresiva, ya descrito en este capítulo, está incluido como alternativa eficaz en los tratamientos del dolor crónico, con el entrenamiento en relajación progresiva se puede eliminar esto remplazándolo con relajación, distensión. Busca disminuir la ansiedad presente en los pacientes que adolecen dolor crónico. Proporciona al paciente cierto sentido de control sobre su funcionamiento psicofisiológico. En la práctica de la relajación progresiva el paciente aprende a concentrarse en sensaciones y elementos de distensión que pueden resultar placenteros, lo que distrae y evita que centre su concentración sobre el dolor.

Otra de las técnicas utilizadas, de igual modo descrita para el control no farmacológico del dolor, incluye el relajamiento autógeno y una de las técnicas desde otras corrientes que aportan al modelo integrativo, me permite incorporar la experiencia realizada por los autores Rodríguez-Marín y Hurtado (1999)⁷⁸, quienes aplican técnicas cognitivo conductuales a un problema de dolor crónico. Mencionada intervención se basa en el modelo de inoculación del estrés (técnica de habilidades de enfrentamiento) destinado a los tres componentes de respuesta:

- La ruptura de la asociación entre la percepción del dolor y las cogniciones de amenaza.
- La modificación de la dimensión motivacional del dolor, y

⁷⁸ G. Martín, J. Pear. (1998). *Modificación de conducta, qué es y cómo aplicarla*. Editorial Biblioteca Nueva, S.L. Madrid. Pág. 67.

- El control de los síntomas dolorosos, a través de la inducción de la respuesta de relajación muscular en competencia de las sensaciones dolorosas.

En casos de pacientes diabéticos y oncológicos que cursan la quimioterapia suelen ser de gran apoyo.

5.3.3.2.6 Control psicológico de vómitos y náuseas

Los síntomas fisiológicos secundarios a los tratamientos de quimioterapia y dolor oncológico, hacen que aproximadamente un tercio de los pacientes sufren náuseas y vómitos anticipatorios, es decir, antes de suministrarles la droga o mientras se les administra el medicamento, en algunos pacientes las náuseas y vómitos aparecen cuando están en la unidad de asistencia destinada para la administración del tratamiento, perciben olores familiares o personas relacionadas con el fármaco e incluso con sólo pensar en la droga. Para controlar y prevenir esto, la relajación en cualquiera de sus modalidades nos permitiría conseguir el control sobre el organismo, implica el aumento de la confianza en el enfermo que le permita prepararse para el tratamiento y sus implicaciones.

5.3.3.2.7 Hipnosis

La hipnosis, como técnica, ha resultado eficaz en el control del dolor como suplemento de la anestesia química. Mediante hipnosis o grados de sugestión profunda, se guía al paciente a un estado alterado de conciencia que le ayuda a concentrar o estrechar la atención, para reducir el malestar presente y el dolor. Las sugerencias para cambios positivos parecieran ser aceptadas más fácilmente, mientras una persona está tranquila y relajada. La mayoría de las personas encuentra la hipnosis tranquilizante, agradable y útil para aliviar el dolor.

Son muchas las patologías o trastornos en los que la hipnosis ha mostrado su eficacia: ansiedad, depresión, deshabituación del tabaco, asma, trastornos dermatológicos, síndrome del colon irritable, náuseas y vómitos en la

quimioterapia, estrés postraumático, dismenorrea, dolor crónico, quemaduras entre otros. Para el tratamiento del dolor la hipnosis se emplea asociado a una intervención cognitivo-conductual en donde los objetivos se dirigen a:

1. Reducción del dolor.
2. Reducción de la medicación.
3. Aumento de la actividad y el ejercicio físico o participación en la fisioterapia, terapia ocupacional, etc.
4. Aumento de la práctica de la higiene postural.
5. Reducción de la ansiedad y la depresión.

Para tal efecto, el abordaje incluye en su proceso la fase informativa, (suministrar información que se refiere principalmente a los mecanismos del dolor), la conductual (referente a actividades distractoras y en aplicar refuerzo por los avances en la consecución de dichos objetivos), respecto a las técnicas cognitivas, (básicamente se buscará la reestructuración cognitiva de los pensamientos catastrofistas que provoca el dolor).

Moix Queraltó J.⁷⁹ en su trabajo la hipnosis en el tratamiento del dolor, propone las siguientes sugerencias a emplear en la disminución del dolor, enfatiza en que la diferencia principal estriba en el tipo de sugerencias que se le dan al sujeto, una vez se encuentra hipnotizado. Las sugerencias que se emplean pueden ser de diversa índole, el autor las agrupa en tres grandes categorías:

⁷⁹ Moix Queraltó J. Hypnosis for the management of pain. [en línea]. Rev Soc Esp Dolor, Diciembre 2002 p a i n [Ref. de 5 DE MARZO 2009 16.51]. Moix*. R E V I S I Ó N. 5 2 5. Moix Queraltó J. Disponible en internet: pagines.uab.cat/jennymoix/sites/pagines.uab.cat/jennymoix/.../hipnosis.pdf.

5.3.3.2.7.1 Técnicas sugestivas en vigilia

Sugestiones se emplean para la disminución del dolor⁸⁰

VISUAL	SENSORIAL	COGNITIVA
<p>Tamaño y forma. Estas sugerencias consisten en dar forma, tamaño y color al dolor y progresivamente ir reduciendo el tamaño o degradar la intensidad del color, hasta finalmente conseguir que el dolor "ocupe menos espacio" o "se vuelva casi o totalmente transparente".</p> <p>Luces de colores. El paciente debe visualizar el dolor con un color concreto y el resto del cuerpo con otro color. El color procedente de las zonas donde no hay dolor se va extendiendo lentamente hasta que elimina el color del dolor.</p>	<p>Guante de anestesia. El objetivo de este tipo de sugerencia consiste en conseguir mediante sugerencias de entumecimiento que la mano se sienta anestesiada y visualizar la mano como un guante de anestesia. Una vez conseguido este objetivo, se le sugiere al paciente que al tocar otras partes del cuerpo donde existe dolor, éstas también serán anestesiadas y el dolor disminuirá o desaparecerá.</p> <p>Desplazamiento. Se pueden utilizar sugerencias de desplazamiento para provocar el "traslado" de las sensaciones dolorosas de una zona</p>	<p>Distracción. Mientras el sujeto se encuentra bajo hipnosis se le sugiere que realice diferentes tareas mentales (tareas aritméticas, recitar un poema, etc.).</p> <p>Entrenando nuevas estrategias de afrontamiento. Durante la hipnosis, es un momento idóneo para que el paciente se visualice a sí mismo afrontando positivamente su problema, utilizando las estrategias que se recomiendan durante la psicoterapia. Es importante que el paciente se visualice a sí mismo lleno de emociones positivas.</p> <p>Disociación. Este tipo de sugerencias se</p>

⁸⁰ Tabla, adaptación de la autora de la investigación.

<p>Símbolos. Muchos pacientes cuando describen su dolor utilizan metáforas como "mi dolor es como si me clavaran clavos en la espalda". Estos símbolos se pueden utilizar durante las sugerencias. En este caso, se podría sugerir al paciente que imaginara cómo los "clavos" van saliendo de su espalda.</p>	<p>corporal a otra. Esta sugerencia es útil dado que a veces hay zonas del cuerpo en que el paciente siente el dolor como más tolerable.</p> <p>Sustitución. Estas sugerencias consisten en sustituir las sensaciones dolorosas por otras menos negativas, por ejemplo sensación de: presión, calor, vibración, etc.</p>	<p>pueden emplear preferiblemente cuando el paciente debe permanecer inactivo (ej. durante un procedimiento médico). Se le sugiere que se experimente a sí mismo en otra situación, tiempo o lugar.</p>
---	---	---

5.3.3.2.8 Visualización

En los pacientes en etapa terminal, la visualización como técnica, resulta adecuada cuando acompaña a la relajación progresiva o a técnicas de respiración, debe ser su inducción hasta cierto punto controlada, en función de que las frases sugeridas deben conducir al paciente a evocar tal o cual elemento, se recomienda atender las comunicaciones por parte de los pacientes que indiquen estar fantaseando a través de la intensión de la visualización.

5.3.3.2.10 Procedimientos conductuales

Existen muchas técnicas de terapia conductual que pueden clasificarse de acuerdo con el modelo de condicionamiento clásico y el operante. A continuación describiremos aquellas técnicas y aunque no todas pueden ser recomendadas en poblaciones especiales como la estudiada, las citamos brevemente:

5.3.3.2.10.1 Desensibilización sistemática

Watson (1924) y otros han demostrado cómo el miedo podía aprenderse por condicionamiento y desaprenderse por el mismo mecanismo. Concibió la ansiedad como una respuesta emocional compleja y susceptible de ser condicionada, con arreglo a las leyes del aprendizaje.⁸¹

J. Wolpe (1958), basado en el principio de inhibición recíproca descrito por Sherrington (1906), señala que si se hace coincidir una respuesta antagónica a la ansiedad en presencia de estímulos ansíógenos, de forma tal que se acompaña de una supresión completa o parcial de la respuesta de ansiedad, el vínculo entre estos estímulos y las respuestas de ansiedad se debilita.

El procedimiento de desensibilización sistemática contempla tres fases:

1. Entrenamiento en técnicas de relajación (con o sin ayuda de hipnosis o droga).
2. Establecimiento de jerarquías de situaciones u objetos que provocan ansiedad en el sujeto.
3. Desensibilización propiamente dicha. De forma imaginaria o en vivo, presentando los elementos ansíógenos (objetos o situaciones) según la jerarquía establecida a la vez que se practica la relajación.

5.3.3.2.10.2 Entrenamiento Asertivo

En el entrenamiento asertivo se emplean técnicas muy variadas como: ensayo de conducta, imitación, feedback, procedimientos encubiertos y mecanismos de inhibición recíproca. Cuando se utiliza esta última, la relajación muscular (señalada en la desensibilización sistemática) es sustituida por una conducta asertiva como inhibidora de la angustia, ya que al ser ambas respuestas incompatibles, se consigue que el paciente

⁸¹ CASTAÑEDA, Pablo Félix. "Modelos de psicoterapia conductual y cognitiva frente a la conducta desadaptada" [en línea]. Revista de Psicología. Vol. II N° 1 Enero 1998. Disponible en internet: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/psicologia/1998_n1/modelos_psicoterapia.htm.

incremente su capacidad para adoptar conductas de autoafirmación social.

5.3.3.2.10.3 Técnica de biofeedback

En esta técnica, el terapeuta informa al paciente de una serie de procesos fisiológicos de los que él no suele ser consciente, permitiendo así que el sujeto los perciba y sea capaz de someterlos a control voluntario. Los instrumentos que se emplean deben ser sencillos, de tal forma que faciliten información directa al paciente: de tipo visual, auditivo, etc., haciendo referencia a los cambios fisiológicos asociados a factores psicológicos (Fuller, 1977). Tenemos el biofeedback EMG, EEG, de temperatura, de presión sanguínea, de tasa cardiaca. Su aplicación es eficaz en problemas relacionados con trastornos musculares, trastornos vasculares (hipertensión, arritmias y taquicardias), problemas de ansiedad, asma, insomnio, trastornos gastrointestinales y otros.

5.3.3.2.10.4 Modelamiento

Estas se basan en la idea de que se puede verificar un aprendizaje no solamente como resultado de una experiencia directa, sino que puede ser vicario, es decir, como una función de presenciar o de ser testigo de un comportamiento y del resultado que dicho comportamiento tiene en otras personas. El aprendizaje por imitación se utiliza para que el sujeto adquiera una nueva conducta con arreglo a: nuevos patrones, facilitación de conductas apropiadas, desinhibición de conductas evitativas, y extinción del miedo y la ansiedad unidos a la conducta a favorecer. Técnicamente consiste en la observación de la conducta de un modelo, ya sea filmado o en vivo. El terapeuta actúa como modelo, realizando en vivo la respuesta, y siendo observado por el paciente que luego ha de repetir en pasos sucesivos y bajo la dirección del terapeuta la misma conducta.

5.3.3.2.10.5 Aporte de otras corrientes

Los procedimientos cognitivo-conductuales en el control de síntomas y cogniciones.- El modelo integrativo ecuatoriano incorpora el aporte de otras corrientes considerando y validando los elementos útiles de su trayectoria ya conocida en el tratamiento de algunos síntomas, trastornos y procesos que se presentan en pacientes crónicos y otras poblaciones especiales. A los trastornos depresivos y de ansiedad (Beck, 1979), se utilizan intervenciones cognitivas modificando su alcance comportamental, las terapias cognitivas conductuales buscan efecto terapéutico sobre las estructuras sintomáticas, y también sobre los "esquemas" cognitivos o creencias controladoras.

En el grupo de estudio el abordaje y control de la esfera sintomática demanda de atención emergente, en este grupo de estudio que se encuentra en la fase terminal es imperante valorar el tiempo incierto del que se dispone y buscar la calidad de vida a través del bienestar emocional y la supresión parcial o total de síntomas. De este modo se trabaja en el nivel de la estructura sintomática (problemas manifiestos verbalizados) y en el de los esquemas subyacentes (estructuradas inferidas). Un esbozo de procesamiento cognitivo de cada paciente, un mapa mental que represente cómo se relacionan los pensamientos entre sí con las creencias nucleares y con las creencias intermedias que derivan de ellas. Facilitar o conducir al paciente a la comprensión de la conexión entre sus ideas y creencias, así como su forma de actuar frente a cada situación problemática que se va presentando concretamente, frente a la enfermedad, a los síntomas que se asocian a la misma, a las dificultades de adaptación y problemas de comportamiento.

Jhony, 43 años (FCHD), cuadripléjico, de funciones cognitivas superiores conservadas. Concebía el cáncer como una enfermedad "altamente contagiosa", que conforme el deterioro físico se incrementaba, las posibilidades de propagación se hacían más reales para él, compartir la habitación y la proximidad a compañeros con tales padecimientos, era

estar expuesto al contagio, temía estar desarrollando interna y silenciosamente la enfermedad. Esto le generaba miedo, además de la ansiedad que experimentaba, habitualmente trataba de evitar acudir a las actividades grupales y si lo hacía pedía estar apartado de aquellos pacientes, no toleraba olores desagradables que él decía percibir de sus cuerpos (en algunos pacientes en etapa terminal el cuerpo emana desagradable olor), le afectaba sensible y profundamente encontrarse próximo a estos pacientes".

En este caso los ejercicios concretos de análisis de sus ideas irracionales, trabajando en un contexto individual, organizado y atendiendo las implicaciones emocionales, sobre las conductas, los pensamientos, las emociones y las respuestas disfuncionales del paciente. Los errores en el procesamiento de la información derivados de los esquemas cognitivos o supuestos personales, recibe el nombre de distorsión cognitiva. Los pensamientos automáticos serían los contenidos de esas distorsiones cognitivas derivadas de la confluencia de la valoración de los eventos y los supuestos personales. Según (Mckay, 1981).⁸²

Así tenemos que:

- Los individuos ansiosos se preocupan por la anticipación de peligros.
- Los individuos deprimidos se obsesionan con sus pérdidas.
- La gente crónicamente irritada se centra en lo injusto e inaceptable de la conducta de otros...etc.

La función del terapeuta integrativo en este caso cumpliría con su rol de guía, ayudando al paciente a entender la manera en que las cogniciones influyen en sus emociones y conductas disfuncionales, y como catalizador, ayudando a promover experiencias correctivas o nuevos aprendizajes que promuevan a su vez pensamientos y habilidades más adaptativas, asertivas, resilientes. Se pide al paciente un feedback de su entendimiento, se ensayan en consulta los ejercicios y se asignan las TIS (Tareas intersesión).

⁸² RUIZ, Sánchez Juan José., CANO, Sánchez Justo José. *Psicoterapia por personalidad: Clínica de Psicología "V.mars"* [citado 20 de enero 2009]. Disponible en internet: <http://www.psicologia-online.com/ESMUbeda/Libros/Personalidad/personalidad7.htm>.

En la investigación que nos ocupa, luego de haber detectado los principales trastornos que se presentan en la patología del enfermo terminal, abordados extensamente en el capítulo 1, ejemplificaremos la intervención dirigida a la modificación de los síntomas, que presenten los pacientes en sus estados depresivos o ansiosos, desde los factores sintomáticos (interrelaciones entre cogniciones-afectos-conductas) a los factores "subyacentes" de tipo cognitivo (distorsiones y supuestos personales).

Por ejemplo en el caso de la depresión de modo esquemático, el abordaje de algunos síntomas objetivos:

5.3.3.2.10.5.1 Síntomas afectivos

- Tristeza: La atención debe ir enfocada a la experiencia interna, (sensación sentida corporalmente), la tristeza es una experiencia que se caracteriza por pasividad o inactividad, es importante confiar en las respuestas empáticas en las intervenciones activas, animarle al paciente a expresar sus emociones, a simbolizar el significado de la experiencia, a entender con que se relaciona esa sensación de: "dolor, vacío, opresión en el pecho, etc." que los abruma, como les afecta la situación que están experimentando. Cuando los pacientes elaboran su tristeza y pérdida ya sea de la salud, imagen corporal, familia, independencia, pueden experimentar emociones diversas y pasar rápidamente de la tristeza al enfado, al miedo, negación y retornar a la tristeza. "Un momento de llanto profundo puede estar seguido de una movilización de enfado o en medio de una expresión de enfado puede quedarse callado y retraerse".⁸³

Para acceder a la tristeza, el trabajo de la técnica de la silla vacía o el uso de imágenes suele ser útil, relatar historias similares a la suyas (uso de la metáfora) cuando tiene dificultad para expresar sus emociones, utilizar la inducción de cólera con límites temporales, uso de técnicas distractoras (Ejemplo: atención a estímulos externos, uso de imágenes o

⁸³ GREENBERG, Leslie., PAIVIO, Sandra. (2003). *Trabajar con las emociones en psicoterapia*. Ediciones Paidós Ibérica, S.A, Barcelona. Pág. 235.

recuerdos positivos), utilización prudente del humor, autoinstrucciones de afrontamiento, se podrá programar actividades incompatibles en esos momentos, buscar alternativas de soluciones, autoaceptación de la tristeza y descatastrofizar consecuencias o resultados de estar triste.

- Períodos de llanto incontrolable: entrenamiento en distracción, autoinstrucciones asertivas, resilientes y fijación de límites temporales con autorefuero.
- Sentimientos de culpa: preguntar al paciente por qué es responsable, examinar criterios reatribución. Cuestionar por la utilidad, ventajas y desventajas de la culpa.
- Sentimientos de vergüenza: relacionada con el sentirse expuesto y encontrarse carente de dignidad o valía, puede implicar sentirse observado con desprecio o inferior ante otras personas relacionada con la propia valía de uno como persona. La terapia focalizada en las emociones, destaca que lo principal de la intervención para contrarrestar la vergüenza, es una relación de apoyo empática y sintonizada, tiene como propósito reconocer los dolorosos sentimientos de vergüenza, expone las experiencias a una nueva información y reestructura los esquemas emocionales desadaptativos. Esta conciencia moviliza fortalezas y recursos saludables, tales como el respeto y el orgullo, que contrarrestan con los sentimientos de vergüenza, con lo que ayuda a construir un nuevo significado.
- Sentimientos de cólera: focalizarse en emociones y desarrollar estrategias para ayudar a que los pacientes se expresen, ayudarles a reconocer sus necesidades insatisfechas, externalizar apropiadamente la culpa y la responsabilidad, intensificar la sensación de fortaleza en sí mismo y facilitar la acción asertiva y resiliente. Para intervenir es útil la relajación muscular, inoculación al estrés empatizar con el ofensor.
- Sentimientos de ansiedad: jerarquizar situaciones por grados de ansiedad inducida, para facilitar su afrontamiento gradual, uso de actividad física cuando sea posible, entrenamiento en distracción, descatastrofizar los eventos anticipados y temidos.

5.3.3.2.10.5.2 Síntomas cognitivos

- Indecisión: valorar ventajas e inconvenientes de las posibles alternativas.
- Percibir los problemas como abrumadores e insuperables: jerarquizar o graduar los problemas y focalizar el afrontamiento de uno en uno, y listar los problemas y establecer prioridades.
- Autocrítica: comprobar la evidencia para la autocrítica, ponerse en el lugar del paciente, el role playing se puede enfatizar en motivar las habilidades de resiliencia que posee el paciente, permitiéndole a través del ejercicio de autocrítica, que el paciente evoque y se enfoque en esas experiencias difíciles que debió afrontar durante su vida y de las que salió avante y fortalecido.
- Polarización ("Todo-Nada"): buscar los aspectos positivos de los hechos percibidos como totalmente negativos, buscar grados entre los extremos y diferenciar el fracaso en un aspecto, del fracaso como persona global.
- Ideación suicida: no suele surgir con frecuencia en el enfermo terminal en función de que no desee la vida, es el dolor, el sufrimiento y su estado actual, el que le induce a desear descansar del cumulo de emociones sentimientos y sucesos que incorporan el tema de la terminalidad.

5.3.3.2.10.5.3 Síntomas conductuales

- Pasividad, evitación e inercia: programación de actividades graduales, detectar los pensamientos subyacentes a la pasividad, evitación e inercia y comprobar su grado de realidad.
- Dificultades para el manejo social: uso de tareas graduales de dificultad, ensayo y modelado conductual y entrenamiento en asertividad, habilidades sociales, resiliencia.
- Necesidades reales: diferenciar problemas reales de distorsiones y resolución de problemas.

5.3.3.2.10.6 Terapia racional emotiva conductual

La TREC propone: "No son las situaciones lo que determina como nos sentimos y actuamos, sino como pensamos acerca de ellas". Albert Ellis crea una terapia más breve directa y efectiva, con mayor implicación del terapeuta y el cliente, y con técnicas centradas en la influencia que ejercen los pensamientos y las creencias irracionales sobre las emociones y los comportamientos de las personas.

Esta terapia pretende favorecer un cambio de pensamiento enfocado hacia el positivismo y la esperanza, en la manera de interpretar y entender la enfermedad por parte del paciente terminal siempre y cuando, este se encuentre invadido por pensamientos, creencias, ideas o conceptos deformados, irracionales o inapropiados acerca de su enfermedad y su verdadera situación. Según la TREC, las personas se sienten perturbadas muchas veces, no por los acontecimientos de la vida, sino por la manera en que los interpretan. En el caso del enfermo terminal, dichos pensamientos irracionales obstaculizan su aceptación del diagnóstico, el seguir las prescripciones médicas y el participar activamente en la batalla contra la enfermedad.

La TREC emplea para conseguir su finalidad las siguientes técnicas:

1. Técnicas cognitivas:
 - a) Entrenamiento en detección de creencias irracionales.
 - b) Técnicas de persuasión verbal.
 - c) Entrenamiento en auto instrucciones.
 - d) Distracción cognitiva.

2. Técnicas emotivas:
 - a) Imaginación racional emotiva.
 - b) Técnicas humorísticas.
 - c) Biblioterapia.

5.7.3.3 Objetivos de la personalidad

Si bien toda terapia persigue un cambio positivo, saludable de adaptación y enriquecimiento individual, muchas de las técnicas están enfocadas a operar directa y procesalmente sobre la personalidad y sus rasgos. Mi trabajo, no buscará un cambio de los elementos constantes de experiencias internas, y de su manifestación en conductas inadecuadas que culturalmente se consideran normales, no se operará sobre trastornos y rasgos patológicos, rígidos y desadaptativos, principalmente, porque no se identificaron en los pacientes, trastornos de la personalidad y, en caso de haberse presentado, no hubiese sido posible integrarlos al grupo, pues los objetivos del programa estaban dirigidos a prevenir los trastornos asociados, al control de síntomas y al desarrollo de la resiliencia principalmente.

5.3.3.3.1 Los procedimientos constructivistas

La visión constructivista considera que tanto emociones, comportamientos, pensamientos (cogniciones) forman parte del proceso de construcción del significado de la experiencia, que el asistido va construyendo en torno a su enfermedad, padecimiento, vida y propia muerte, en relación al grupo humano estudiado. Todos los elementos referidos incluyendo los síntomas, resistencia a los cambios y comportamientos le otorgan sentido y significado a la experiencia, en la que la identidad propia del sujeto se pone en evidencia. Para el terapeuta quien cumplirá además el rol de facilitador Neimeyer define la psicoterapia "como un intercambio sutil y una negociación de significado interpersonales".⁸⁴

⁸⁴ BARINGOLTZ, Sara. (1998). La Psicoterapia Constructivista y el Terapeuta: Algunas Consideraciones. (Ed.), Constructivism in the Human Sciences. Vol. 3, n° 2, December 1998, International Congress on Constructivism in Psychotherapy. (pp.1-6). Centro de terapia cognitiva. Capital Federal – Argentina Disponible en internet: <http://www.ctcar.com.ar/publicaciones/La%20Psicoterapia%20Constructivista%20y%20el%20Terapeuta%20-%20Algunas%20Consideraciones.pdf>.

5.3.3.3.2 Tratamientos constructivistas

Las terapias constructivistas consideran al paciente como un participante proactivo. El papel del terapeuta lo sitúa como facilitador del desarrollo y de la búsqueda de este significado.

Algunas de las principales terapias:

5.3.3.3.2.1 La terapia de los constructos personales de Kelly

Kelly (1955-2001). En el ejercicio de la psicoterapia, le dio la importancia a la necesidad de las personas de ser escuchadas, cualquier orden propuesto por una figura de autoridad era aceptado y representaba un cambio para mejorar aspectos de su vida anterior, las personas intentaban entender lo que les pasaba y además creaban sus propias teorías sobre sus vidas y sucesos y las intentan comprobar. Según Kelly la realidad no se manifiesta directamente, sino a través de los constructos personales, por eso cada persona ve la realidad de distintas maneras y el problema no viene de la realidad en sí, sino de la construcción que haga de la realidad. Para Kelly "los procesos de una persona se canalizan psicológicamente conforme a la dirección según la cual anticipa los acontecimientos. [Todos los procesos de nuestra vida (experiencias, pensamientos, sentimientos, conductas,...) están determinados por la realidad externa, pero más aún por nuestro esfuerzo por anticipar lo que va a ocurrir, por nuestras expectativas sobre el mundo]".⁸⁵

El objetivo principal de la terapia de Kelly, es el de ayudar a sus pacientes a sustituir o reemplazar su sistema de constructos por otro más adecuado y, su principal técnica es la del Rol Fijo.

⁸⁵ Centro de Estudios Ramón Areces. Colección de psicología (mayo, 2007). Introducción a la psicología, fundamentos de la psicología: el constructivismo (capítulo 10). Disponible en internet: <http://www.e-torredababel.com/uned-parla/asignaturas/introducciónpsicologia/resumenmanual-capítulo10.htm>.

5.3.3.3.2.1.2 Técnica del rol fijo

La estrategia de la terapia radica en ayudar al paciente a modificar su sistema de constructos personales, cuando estos resultan ineficaces en la adaptación a su circunstancia. El Objetivo de esta técnica, es provocar en el paciente vivencias que le permitan construcciones alternativas de la realidad.

5.3.3.3.2.2 La terapia cognitiva postracionalista

Vittorio Guidano propone la modalidad narrativa tanto en la conceptualización de la psicopatología como también en la psicoterapia. En su modelo terapéutico, enfrenta al problema relacionando el cambio humano, la identidad personal y la narrativa personal. La construcción de la identidad personal significa, la tarea de individualizarse y de diferenciarse respecto a un mundo, lo que siempre implica una manera de ver el mundo y lo que es más importante una manera de sentirse en él. Para Guidano, el sentido de uno mismo coincide con la coherencia interna de esta historia de vida única de la cual uno es el personaje principal y que uno interpreta y vive cada día. Desde la posición constructivista postracionalista evalúa la capacidad que tienen las personas de adaptarse en función de su flexibilidad en las diferentes situaciones de vida.

5.3.3.3.2.2.1 Técnica de la moviola

La moviola representa la técnica con la cual, a través de la reconstrucción de eventos significativos como si fuesen partes de un guión, el terapeuta guía al sujeto en el trabajo de diferenciación entre experiencia inmediata y su explicación. Quiere decir que no solamente el paciente puede verse desde afuera, como quien ve en una película que le está pasando al personaje, sino que siendo él, el personaje puede mirar dentro de sí y conocer cómo se siente.

5.3.3.3.2.2 El enfoque de los procesos de cambio Mahoney

Según Michael J. Mahoney, el objetivo es eminentemente práctico: qué decirle al cliente y cuándo decirlo, qué técnicas usar y cómo usarlas, y qué formas deben adoptarse para superar los impases y convertirlos en oportunidades para el crecimiento. Mahoney integra perfectamente las ideas de la terapia narrativa y constructivista con aportaciones cognitivo-conductuales, humanistas, sistémicas, psicodinámicas y de otros enfoques. Otorga un valor especial en el proceso al rol del terapeuta. Entre sus principales aportes se encuentran las técnicas del uso del diario personal, revisión del proyecto de vida, la corriente o flujo de conciencia y el tiempo para el espejo.

5.3.3.3.2.3 Terapia cognitiva narrativa

Desde el construccionismo, la psicoterapia es un proceso de construcción de significados en el diálogo entre terapeuta y paciente, para la terapia cognitiva narrativa, la escritura posee beneficios terapéuticos, el asistido tiene la posibilidad de relatar y a través de ello explorar aspectos problemáticos y experiencias de su vida, los que son puestos en el contexto de su historia personal. Las técnicas utilizadas son varias: el uso de documentos escritos (cartas, diarios o autobiografías), y algunas formas de conducción en el diálogo terapéutico, como centrarse en soluciones, externalización y normalización del problema, identificación y exploración de las excepciones al discurso, estrategias de aflojamiento o rigidificación narrativa y de inducción del rol de observador, entre otras (Botella, 1999).⁸⁶

5.3.3.3.2.4 Enfoque constructivista sistémico

Boscolo y Cecchin (1987). La finalidad de esta modalidad terapéutica radica en comprender la historia que cuenta la familia en relación a la conducta definida como problema, y las premisas y mitos familiares que

⁸⁶ DIAZ, Olgún Rodrigo. El modelo narrativo en la psicoterapia constructivista y construccionista Artículo editado por CIPRA Círculo de Psicoterapia Constructivista. Octubre 2007, Disponible en internet: <http://www.cipra.cl/documentos/Narrativa%20y%20psicoterapia%20constructivista%20y%20construccionista%20-%20Diaz%20Olguin.pdf>. [Ref. 2009-07 -28], pp. 1-12.

han contribuido a tal definición o etiquetación (construcción). El terapeuta a base de preguntas circulares a la familia va detectando las circunstancias históricas que determinaron tal etiquetación y las creencias o mitos familiares que le sirven de base. Una vez realizada esta tarea se va presentando una hipótesis alternativa que permite cuestionar los mitos y reconstruir la historia, así como las conductas etiquetadas como problema de forma alternativa.

5.3.3.3.2.5 Las técnicas retrospectivas

Lo importante y aportativo de la técnica retrospectiva es que permiten al sujeto analizar su vida actual, en función de sus modelos familiares, indaga en la realidad del paciente buscando aquello en lo que se origina el problema o situación a modificar. La tarea es hacer una retrospección de la vida, esto es un proceso interno, que tiene que ver consigo mismo, una revisión profunda de los hechos que representan en la vida. Involucra cuestionar, buscar y analizar información, relacionar los hechos con pensamientos, formas de respuesta, emociones, implica clasificar, comparar y contrastar diversas perspectivas, resolver problemas, elaborar nuevas comprensiones.

5.3.3.3.2.6 Terapia de reminiscencia

Debido al grupo de intervención y las necesidades que se presentan en los pacientes en etapa terminal, la terapia de reminiscencia nos permite realizar abordajes de utilidad en el grupo de estudio. La terapia de reminiscencia proviene de los primeros trabajos de Butler en 1963 acerca de la "Revisión de la Vida". La describe como un proceso mental que ocurre de manera natural, en el cual se traen a la conciencia las experiencias pasadas y los conflictos sin resolver.⁸⁷ El objetivo era ayudar al adulto mayor a colocar sus experiencias vividas en perspectiva y ayudarles a prepararse para la muerte.

⁸⁷ FRANCÉS, I., BARANDIARÁN, M. Estimulación psicocognoscitiva en las demencias. Anales del sistema sanitario de Navarra, Clínica Psicogeriátrica "Josefina Arregui" [en línea. septiembre-diciembre 2003, VOL.26; N°3. [Ref. 2009-07-29], pp.339-480. Disponible en internet: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol26/n3/revis2a.html>.

Debido a que la memoria remota es habitualmente lo último que se deteriora aún en demencias, la reminiscencia sería un medio efectivo para comunicarse con personas con alteraciones amnésicas, el proceso de reminiscencia fue desarrollado como una técnica terapéutica definida por Woods y Col²³ como "un recuerdo verbal o silencioso de sucesos de la vida de una persona, ya sea sola, o con otra persona o grupo de personas". El trabajo incluye reuniones de grupo que se realizan al menos una vez a la semana, se motiva a los participantes a que hablen acerca de eventos pasados, con gráficos que representen escenas de la vida cotidiana para que realicen un collage con su historia personal. Es la técnica terapéutica habitualmente utilizada en el contexto de la estimulación cognitiva para pacientes con demencia (Kiernat).

5.3.3.2.7 Análisis de los significados

Cada persona tiene diversas experiencias en relación con el mundo y cada uno de nosotros percibimos la experiencia de modo distinto, y la misma experiencia puede ser percibida de modo distinto en distintas ocasiones. El ser humano constantemente realiza esfuerzos activos para interpretar la experiencia buscando propósito y significado a los acontecimientos que nos rodean. Nuestras construcciones del mundo surgen de nuestras interacciones con él "este procesamiento ocurre de forma dinámica en un tiempo que no es cronológico sino que supone un acontecer histórico y se ajusta a determinadas circunstancias ordenadas en un espacio mental específico, que marca los límites de la acción constructiva".⁸⁸

A través de las experiencias situadas en el ciclo vital, cada individuo desarrolla su propia comprensión de las cosas, acontecimientos y situaciones en el mundo y su vida. En el caso de los pacientes en etapa terminal, uno de los aspectos que se debe observar, escuchar e interpretar, es la forma en la que el paciente se enfrenta a su propia muerte, de acuerdo a su propia situación de vida familiar, cultural, de creencias religiosas, etc. Se espera le otorgue su personal y único significado y este sea

⁸⁸ FERNANDEZ, Héctor. (2005.). *Fundamentos de un modelo integrativo en Psicoterapia*. Editorial Paidós, Buenos Aires. Pág. 139.

observado conjuntamente con el terapeuta con la finalidad de utilizar esos contenidos y direccionarlos con absoluto respeto y comprensión a elaborar el propio duelo, de manera que constituya un momento de aceptación y construcción de una nueva forma de ver los sucesos, esto en el marco de la tranquilidad, descanso, afecto, compañía y espiritualidad.

Asumir el carácter natural y universal de la muerte, puede facilitar de algún modo el proceso de aceptación, pese al quebrantamiento existencial que induce la conciencia de ruptura del mundo físico y sus vivencias. El miedo al sufrimiento, a la separación de los seres significativos, familia, amigos, entorno, incertidumbre ante lo desconocido, a ser abandonados y ser considerados durante sus últimos días como un despojo de la sociedad, significa una gran fuente de angustia para esta población especial.

En la relación del paciente terminal con su familia y entorno hospitalario, en el caso del grupo estudiado, cualquier forma de expresión: silencios, gestos, palabras, adquieren significados diferentes a los que se asumiría en un contexto normal, tales circunstancias generan ansiedad en los involucrados, se darán así espacios en los que durante las conversaciones surjan grandes y dolorosas interrogantes sobre el futuro inmediato del paciente, aspectos no resueltos, preguntas no siempre fáciles de responder.

En casos como los del grupo de estudio: el sufrimiento, dolor, abandono son la realidad de lo cotidiano y muchas de estas vivencias se van agravando cada día frente a la inminente presencia de convivir con sus diferentes formas y significados, al estar imbuido en el ambiente hospitalario conjuntamente con personas, en quienes su estado de salud se deteriora aceleradamente o mueren próximas a sus camas, genera una dosis adicional de sufrimiento inevitable. "Compartir con otros su significado de dolor y sufrimiento, permite desplegar el dolor, humaniza el horror de lo intolerable, el sufrimiento cobra sentido y habilita el camino de la reconstrucción".⁸⁹

⁸⁹ THUMALA, Daniela. "Modernidad y Sufrimiento: Algunos elementos para la comprensión de la significación cultural de la experiencia del sufrimiento. Abril de 2002. Director: Juan Carlos Skewes. Universidad de Chile, Departamento de Antropología. Universidad de Chile, Revista Mad. No.8. Mayo 2003. Disponible en internet: <http://rehue.csociales.uchile.cl/publicaciones/mad/08/paper07.pdf>.

5.8 Cuarta etapa

5.8.1 Ejecución y aplicación técnica

Un gran número de personas que se hallan en situación terminal y la delicada problemática que experimentan, demandan la competencia del psicólogo, genera la necesidad de una búsqueda de alternativas eficaces hacer de esta situación algo más tolerable con la competencia de la respuesta resiliente. Nuestra asistencia propone el bienestar y la tolerancia, frente a una realidad de terminalidad terapéutica (presencia de una enfermedad avanzada, incurable y progresiva, sin posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico) en pacientes no susceptibles a tratamiento activo sino paliativo y en ese marco la intervención psicológica plantea sus objetivos y proceso.

Nos enfrentamos a personas con características comunes, aunque con grado de afección y patología diferente, sus síntomas obedecen a varios factores, que cambian de intensidad, frecuencia y respuesta. Además de los trastornos asociados que se han mencionado en el desarrollo de esta investigación, existen otros elementos implícitos cuya incidencia impacta en el funcionamiento psicológico de las personas:

- Aspectos emocionales, sociales y espirituales, comunicacionales.
- La hospitalización y la escasa posibilidad de movimiento implican gran disminución de la interacción social, que facilita el aislamiento y los procesos depresivos, respetando la condición del paciente, nuestra propuesta es movilizarlo para que interactúe con otros.
- Presencia y convivencia -explícita o no- de y con la muerte, generando un gran impacto psicológico, el paciente convive con la muerte y los sucesos que conlleva permanentemente, observa y conoce el deceso de sus compañeros.
- Los sentimientos de inutilidad e incapacidad que se producen en estas personas, provocados por comportamientos verbales y no verbales de familiares, compañeros, personas encargadas de su cuidado.

- El recelo puede ocasionar también aislamiento e incomunicación de malestar o de sentimientos, el paciente oculta sus preocupaciones por no molestar o ser malinterpretado por el personal de servicio.

El apoyo emocional se considera un aspecto básico, si el afecto negativo del paciente se incrementa, la expresión de emociones y necesidades se dificulta, lo que suele empeorar los cuadros depresivos y ansiosos en decrecimiento de la calidad de vida y repercute en los estados de salud ya deteriorados.

En una persona en la fase terminal surgen muchas inquietudes y dudas en relación a su real estado de salud, evitar o evadir el abordaje del tema de la muerte, el ocultamiento o evasión de la realidad merece especial atención por la frecuencia con que ocurre y por las consecuencias negativas que trae al paciente el hecho de no afrontarlo, pues, el paciente suele notar estas evasiones así como las incongruencias que se puede expresar con ciertas actitudes dentro de la comunicación no verbal. (El enfermo nota y se ve a sí mismo como desahuciado, a quien se pretende engañar, estos elementos se deben cuidar, pues podrían estropear la relación terapéutica u obstaculizar completamente la alianza). Estos aspectos implican una gran demanda de atención y soporte al enfermo y eventualmente a la familia, (en la Fundación, gran parte de pacientes han sido abandonados casi en su totalidad por la familia, quienes ocasionalmente acompañan a sus enfermos en la fase de agonía, la familia suele presentarse para el servicio fúnebre).

La aplicación de un proceso terapéutico basado en el desarrollo de la resiliencia desde el modelo integrativo, ejecutó su intervención de forma tanto grupal e individual. El grupo de trabajo en el que se intervino estaba conformado por pacientes: oncológicos, postrados, diabéticos, una paciente con artritis, cuyas funciones cognitivas superiores se encontraban conservadas, similares en cuanto a su nivel de instrucción, así como sociocultural, el rango de edad estuvo comprendido entre 23 y 75 años, de los cuales 7 eran varones y 8 mujeres.

Tabla de pacientes asistidos en grupo-características:

OR	NOMBRE	DIAGNÓSTICO	EDAD	HISTORIA DE VIDA ASPECTOS RELEVANTES	PROFESIÓN OCUPACIÓN	OBSERVACIÓN
1	RUTH	Cáncer	23		Empleada doméstica	FDP (Falleció durante el proceso) Terapia individual
2	NAPOLEÓN	Cáncer	38		Asistente en abasto	Terapia grupal
3	SANDRA	Cáncer	52		Recolector recicladora de basura	FDP Terapia grupal
4	VICENTA	Cáncer	53	Alcohólica	Secretaria	Terapia grupal
5	RUPERTO	Cáncer	58		Vendedor ambulante	FDP Terapia grupal
6	EUCLIDES	Cáncer	62		Obrero	FDP Terapia grupal
7	OLGA	Cáncer	70		Modista	Terapia grupal
8	FRANCISCA	Diabetes	58		Expendio informal de alimentos	Terapia grupal
9	MARGARITA	Diabetes	64		Expendio informal de alimentos	FDP Terapia grupal
10	WALTON	Diabetes	75	Extranjero	Músico	(FDP) Terapia grupal
11	PEDRO	Cuadripléjico	33	Alcohólico	Comercio informal	Terapia individual
12	CHARLES	Parapléjico	42		Marino/ Cocinero	Cambio de Institución Terapia grupal
13	JHONY	Cuadripléjico	43	Cárcel	Comerciante informal	Terapia grupal
14	MARUJA	Hemipléjica	56		Expendio informal de alimentos	Terapia grupal
15	GLORIA	Artritis	56		Empleada doméstica	Terapia grupal

En los pacientes registrados, se detectó la existencia de niveles de depresión moderada y mayor, ansiedad tanto psíquica como somática.⁹⁰

Como se puede observar, en la tabla constan 4 pacientes discapacitados cuadripléjicos o hemipléjicos, la Fundación los considera como pacientes postrados y son asistidos en la institución. En el grupo que se conformó, se incluyó a estos pacientes debido a su necesidad de apoyo psicológico; además de poseer características que consideramos aportarían al trabajo grupal, entre estas fortalezas citamos: la motivación, actividades a las que se incorporaban pese a su discapacidad, su estado de ánimo, aunque cambiante reflejaba pensamientos positivos, tranquilidad y esperanza. En lo que a su enfermedad respecta existían áreas parcialmente móviles que les permitía participar inclusive de los ejercicios de relajación. El grupo presentaba un buen nivel de procesamiento cognitivo dentro de sus características generales.

Dada la naturaleza de estos pacientes (crónicos en etapa terminal o con severa discapacidad y deterioro físico), los objetivos desde el abordaje terapéutico fueron concretos y en cierta medida limitados, algunos de los pacientes seleccionados se caracterizaron por una gran pasividad, dificultad para movilizarse, dolor constante y aislamiento social. El tiempo necesario para compilar los datos, a través de las entrevistas y aplicación de reactivos debió ser también reducido, el lenguaje considerando el nivel sociocultural fue comprensible, sencillo, para que el paciente lo entienda, utilizando inclusive sus propias palabras.

Por esta razón, el Programa de Desarrollo de la Resiliencia desde el Modelo Integrativo, enfocado a disminuir los síntomas que se asocian a los procesos de terminalidad, diseñó un taller lo más práctico posible, facilitando la generalización del tema a otras áreas, buscando la calidad de vida de la persona, en pro de una mejor adaptación, aceptación y cambio de actitud hacia la enfermedad o su propia muerte (siempre limitado), ayudando a la adaptación de su vida fuera del contexto familiar y dentro del hospitalario.

⁹⁰ Ver capítulo 3.

5.8.2 Los objetivos de la intervención

GENERAL	ESPECÍFICOS
<ul style="list-style-type: none">• Intervenir en atención preventiva brindando apoyo emocional, buscando reducir los trastornos y dificultades emocionales que se presentan.• Mejorar la calidad de vida del paciente que adolece una enfermedad terminal, a través del desarrollo de la resiliencia.	<ul style="list-style-type: none">• Proporcionar información sobre el padecimiento, explicar la relación entre los recursos de apoyo psicoterapéutico que facilitan el ajuste al padecimiento por parte del enfermo.• Proporcionar y entrenar al paciente a través técnicas que le permitan intervenir directamente en el control de los síntomas (dolor, insomnio, etc.). Hacerles participar con implicación y esfuerzo en sí mismo.• Favorecer la utilización eficaz de los recursos del paciente, tipo de personalidad, facilitar la reestructuración de los aspectos cognitivos existentes promoviendo cambios de actitud hacia la enfermedad, autoayuda y eficacia, que les permitan exponerse de una manera más adaptativa a sus conflictos.

“En el acercamiento al enfermo terminal, los tres objetivos fundamentales (Cox, 1987) son la preservación de la dignidad del paciente, el apoyo emocional y el control de los síntomas. La promoción de la autonomía y la dignidad del enfermo han de regir las decisiones terapéuticas, principio inamovible que implica elaborar con el enfermo los objetivos terapéuticos (Gómez-Batiste y Roca, 1989)”.⁹¹

Me permito citar los objetivos terapéuticos, que el autor sugiere se deben observar para estos grupos especiales, pues ellos guardan relación con las metas planteadas en nuestro trabajo de investigación.

⁹¹ BAYÉS, Ramón., BARRETO, M Pilar. El psicólogo ante el enfermo en situación terminal. Universidad de Murcia, Servicio de Publicaciones anales de psicología, [en línea. 1990, Vol. 6, Nº 2]. [Ref. 2009-08-29], pp. 169-180. Disponible en internet: <http://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/5311/1/AP6%20N2%20%281990%29%20P%20169-180.pdf>.

5.8.3 Aspectos metodológicos

Aspectos como el tiempo del paciente terminal exigieron que las sesiones de intervención terapéutica sean ejecutadas a modo de taller, así el desarrollo de la resiliencia se ejecutó de modo grupal e individual, buscando desde el inicio, la integración del grupo, el mismo que se formó luego de un cuidadoso proceso de entrevistas, aplicación de reactivos y observación de casos. Se seleccionaron aquellos sujetos que presentaban:

- Trastornos asociados a la enfermedad, síntomas y comportamientos similares (se descartó la posibilidad de incorporar al taller a pacientes extremadamente ansiosos o con depresión grave, los pacientes cuya gravedad les impedía movilizarse fueron intervenidos individualmente).
- Atención, orientación, discriminación, seguimiento de instrucciones y memoria conservada.
- Edades diferentes, todos eran adultos, el rango de edad tiene una amplitud de 5 décadas, la base está en 23 años y el techo en 75 años, un margen extenso en lo que a la edad respecta.
- La buena relación entre ellos, nivel intelectual similar, motivación e implicación hacia las actividades del centro (talleres de pintura, manualidades, juegos, actividades religiosas, etc.) y patologías naturaleza semejante (por lo menos en la mayor parte de los participantes).
- Los factores de vulnerabilidad eran comunes a casi todos ellos: abandono de la familia, sentimientos de abandono y desesperanza, negación o no aceptación de la enfermedad, al menos en lo que al concepto de terminalidad, intolerancia a la incertidumbre, aspectos irresolutos en sus vidas.

De este modo, los integrantes presentaban necesidades semejantes, considerándose en ese aspecto un grupo homogéneo, pese a que, factores como la edad, sexo y entidad clínica no fueran semejantes.

5.8.4 Criterios de exclusión para la terapia grupal

Los pacientes con los que se trabajó, no cursaban con ideación suicida, síntomas psicóticos, no presentaban trastornos de personalidad, deterioro cognitivo significativo o demencia, ya que en este caso, son criterios de exclusión para la terapia grupal. De la aplicación de reactivos psicológicos se obtuvo la información necesaria para incluirlos al grupo de trabajo, de igual modo de la entrevista al personal que los atiende, sus apreciaciones en otros espacios, horarios y desempeños fueron aportativos; retornando a los resultados de la aplicación de reactivos, pues como se refiere en el capítulo 4, "de los 15 casos investigados se determinó que el (53,33%) adolece depresión, mientras que (80,00%) de los pacientes presenta ansiedad en sus diferentes grados (evaluación independiente tanto de depresión como ansiedad)"⁹² tornándose prioridad el abordaje en estas áreas, entre los síntomas asociados identificados a las entidades antes referidas (tanto ansiedad como depresión) en el proceso de investigación destacan:

- Ansiedad psíquica moderada.
- Ansiedad somática severa.
- Estado de ánimo deprimido tanto severo como leve, se asocian los sentimientos de culpa e inadecuación, evidente tristeza, enfado (excesivo ante el dolor, las medicinas, el tratante).
- Insomnio en sus diferentes subtipos (precoz, intermedio, tardío).
- Las cogniciones: identificadas a través de sus verbalizaciones directas, referidas a la culpa: si trataban de manera grosera al personal que los asiste, si responden agresivamente a un compañero, referidas a la inadecuación social y cogniciones negativas "No le agrado a nadie", "Todos me miran feo", "me tratan muy mal, abusan de mi condición de enfermo", a la vergüenza, "No voy a ser capaz de hablar, soy ignorante". "No puedo opinar". Atención selectiva a lo negativo que influye aumentando la probabilidad de que se presenten afectos negativos.
- Excesiva preocupación somática, llanto fácil, anhedonia, desesperanza.

⁹² Ver gráfico 4. Capítulo 4. Pág. 95.

- Francos temores verbalizados relativos a la enfermedad y sus efectos, esfuerzos y autoexigencias por sentirse mejor, incorporarse, deambular, vencer la enfermedad, generan sentimientos ambivalentes, frustración, ansiedad y angustia.
- Temor a ser abandonado completamente, a morir solo, a que no reclamen su cuerpo, situación que le genera mucha ansiedad, sentimientos de impotencia e inutilidad.
- Preocupación con respeto al futuro de su familia, a los hijos, a la pareja y los padres.
- Resentimiento y rabia hacia su familia, por abandono, descuido y olvido.
- Dificultad en las habilidades sociales básicas y en asertividad observando claramente respuestas sumisas o agresivas, eventualmente asertivas.
- El miedo a la muerte, la elaboración del propio duelo.
- Las dificultades de comunicación, aislamiento de orden adaptativo.
- Muchos pacientes consideran que: sus necesidades son imperantes en relación a las de otros, o que las personas que los comprenden son las únicas sensibles y están a su nivel. Se consideran con un valor especial con respecto al resto y las reglas instauradas son para la mayoría, y mantienen la creencia de que tratándose de ellos en cuanto al cumplimiento de normas hay que considerar sus particularidades.
- El dolor oncológico, artrítico, diabético se presenta como una constante, ya sea de orden psicossomático o somato psíquico.

5.8.5 Procedimiento

El proceso se desarrolló en 13 sesiones, la última sesión se dedicó al cierre, el tiempo en que se ejecutó cada sesión fluctuó desde una hora hasta una hora con 30 minutos. Se incorporaron al proceso 15 pacientes, que participaron en la terapia grupal, en 2 casos debido a dificultades para movilizarse y resistencia para abordar un tema frente al grupo, se trabajó en sesiones de forma individual, los temas que se abordaron fueron los planificados en el encuadre para todo el grupo.

5.8.5.1 Primera fase

1ª y 2ª sesión: de introducción en grupo, al programa de desarrollo de resiliencia, presentación del equipo y sus miembros. Planteamiento de objetivos, recepción de expectativas de los participantes. Motivación al trabajo en grupo, interés y compromiso positivo hacia la terapia y responsabilidad sobre su propio tratamiento.

5.8.5.2 Segunda fase

3ª, 4ª, 5ª sesión: similitudes y diferencias entre vivencias y acciones, pensamientos, emociones, sentimientos y distorsiones que coexisten en la enfermedad. Análisis en grupo de los aspectos afectivos y cognitivos que involucran la enfermedad y los síntomas que se asocian.

Mantenimiento de la motivación y de la interacción grupal, buscando proactividad del grupo. Detección y discusión en grupo de creencias disfuncionales, reestructuración cognitiva.

5.8.5.3 Tercera fase

6ª, 7ª, 8ª Sesión Psicoeducativa: adquiriendo conocimiento, identificando la resiliencia y sus características, descubriendo la propia resiliencia a través del autoregistro de la historia de vida. Reestructuración de creencias disfuncionales en torno a la enfermedad.

5.8.5.4 Cuarta fase

9ª, 10ª, 11ª, 12ª, 13ª Sesión: adquiriendo responsabilidad en el control de los síntomas y el dolor, siendo agente de su propia terapia. Expresándose con un lenguaje positivo con características resilientes. Centrar la interacción en el aquí-ahora. Cierre, palabras de despedida en el grupo.

A continuación se exponen las sesiones de las que constó la intervención terapéutica grupal:

5.8.6 Ejecución y aplicación técnica⁹³

⁹³ En el caso de terapia individual, la guía número 6 es la que corresponde para registrar la aplicación y ejecución técnica de cada una de las sesiones, en este caso de intervención grupal la versatilidad del modelo integrativo nos permite diseñar una herramienta de registro personalizada.

5.8.6.1 Sesión 1: Objetivos

- Creación de un buen clima grupal.
- Establecimiento de la resonancia (empatía grupal).
- Integración del grupo.
- Observar cómo se da la interacción social interpersonal de los miembros.

Fecha	Actividad	Evolución-Observaciones
	<p style="text-align: center;">SESIÓN 1</p> <p>Creación de una integración grupal.</p> <p>1. Saludo inicial de bienvenida. 2' Inicia la actividad citando fecha, día, hora, lugar y finalidad de la reunión grupal, este último en términos generales.</p> <p>2. Exposición de los objetivos del programa. 15' Para y por qué estamos aquí reunidos en términos muy generales se les explica que el grupo tiene el objetivo hoy de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar las principales dificultades que presentan en cada uno de los pacientes y compartir vivencias con respecto a la enfermedad. - Saber que no están solos con su dificultad, que existen otras personas que padecen enfermedad y que estarán juntos para apoyarse. <p>3. Exposición de las reglas del trabajo en grupo. 5'</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acudir a todas las sesiones, participar, guardar los secretos de las personas del grupo, intervenir y hablar de modo ordenado siempre, enfatizando que no estamos allí para juzgar, criticar a las personas sino para escucharlas, apoyarlas, sostenerlas como grupo. <p>Presentación de los integrantes. 30'</p> <p>Recapitulación de los contenidos. 15'</p>	<p>Tiene la finalidad de mantener y observar aspectos de orientación, motivación y perspectiva del trabajo grupal.</p> <p>Se presentan los miembros participantes. Han referido su nombre, edad, estado civil, comida favorita, color, música de su agrado, animal preferido.⁹⁴ Se permite y facilita la libertad de intervención se nota el intercambio de diálogos, en pro del establecimiento de la resonancia (Empatía grupal).</p> <p>A la recapitulación se agrega el enunciado de que los pacientes que forman el grupo son personas valiosas en un momento delicado de sus vidas y que forman parte de un grupo que compartirá, entenderá y apoyará.</p> <p>Nota: Se observa y destaca:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Los elementos afectivos que surgen, tonalidad afectiva en general. 2. Escucha grupal e intercambio. 3. Elementos disociativos en un caso (probablemente responda a su personalidad, nivel de tolerancia). Se trabajará individualmente de manifestarse nuevamente estos aspectos.

⁹⁴ No se ha mencionado en lo absoluto aun, qué patología adolecen, son temas que los pacientes no suelen y no considero se deba abordar fácilmente en la primera sesión.

5.8.6.2 Sesión 2: Similitudes y diferencias entre vivencias y acciones relacionadas con la enfermedad

Objetivos:

- Identificar los síntomas y signos asociados a la enfermedad que se presentan y son semejantes entre los miembros del grupo.
- Identificar las formas de respuesta que se presentan frente a la enfermedad y sus síntomas.

Fecha	Actividad	Evolución-Observaciones
	<p>SESIÓN 2</p> <p>1. Saludo inicial de bienvenida. 2'</p> <p>2. Similitudes y diferencias entre vivencias y acciones relacionadas con la enfermedad.</p> <p>3. Incitación general como técnica de comunicación. 5'</p> <p>a) Mapeo de elementos comunes de la enfermedad, los síntomas y las vivencias. 20'.</p> <p>b) Mediante la ayuda de una pizarra (lluvia de ideas) se va registrando los principales inconvenientes o molestias que acompañan a la enfermedad.⁹⁵</p> <p>4. Conexión entre el repertorio de vivencias y de acciones (evitación, control, ritualización, relajación, etc.). 25'</p> <p>Mediante el registro contrastamos como cada persona y con qué acciones maneja su malestar y qué parece darle resultados. 10'</p> <p>5. Generalización. 5'</p> <p>Reflejo de sentimientos (como técnicas de comunicación).</p> <p>Destacar:</p>	<p>2. a) Viabiliza a que los pacientes identifiquen los síntomas que se presentan asociados a la enfermedad, permite que incorporen nuevas palabras a su vocabulario.</p> <p>2. b) Facilita la identificación de síntoma-vivencia y acciones varias como respuesta.</p> <p>Registro síntomas vivencias acciones:</p> <p><i>Tristeza: llanto, deseo de no hacer nada.</i>⁹⁶ Cambios en el estado de ánimo, quejas, gemidos, irritabilidad.</p> <p><i>Negación: deseos de irse a casa.</i>⁹⁷ Pienso es pasajero pronto estaré bien.</p> <p><i>Dolor: miedo, ira-inactividad, agitación, preocupación, sufrimiento en soledad, sentimiento de abandono, de maltrato.</i></p> <p><i>Vergüenza, culpa: al verse enfermo- de la total dependencia de otros para su cuidado- evito pensar en ello.</i></p> <p><i>Insomnio: fluyen los recuerdos, sufrimiento, miedo de morir, ira, pensamientos tristes: se siente más el dolor, humedad, calor.</i></p> <p><i>Pesadillas: de empeorar, morir, no salir de aquí, de no poder gritar;</i></p>

⁹⁵ Aun no se han familiarizado con la palabra síntomas, por ello se utiliza el lenguaje simple; "molestias, inconvenientes, malestar".

⁹⁶ Registrado con cursiva la respuesta a la vivencia o síntoma.

⁹⁷ Lo manifiestan en la mayoría de casos, forma parte de la negación de la enfermedad, la desadaptación frente a la institucionalización.

<p>Existen algunos malestares que acompañan a la enfermedad, y muchas formas en las que responde el ser humano a las mismas circunstancias, no somos las únicas personas a las que les sucede esto, por lo tanto no estamos solos.</p> <p>El sufrimiento, la ira, la alegría, la vergüenza, la culpa son emociones que acompañan al ser humano en la enfermedad, de nosotros depende hacerles frente o dejarnos llevar por ellos, pensar que ya tenemos suficiente con la enfermedad.</p> <p>Existen formas de combatir esto. Malestares debemos aprenderlos para enfrentar el problema.</p> <p>Durante el trabajo de grupo utilizar en varias ocasiones la 1 persona del plural de este modo enfatizaba más en el reflejo de sentimientos así como en la generalización</p>	<p>llanto agitación. Sueños que camino, vuelo, estoy sano, que tengo mi vida normal, estoy con mi familia. Me da alegría, lloro en silencio.</p> <p>Con respecto a la espiritualidad: Fe, actitud hacia la enfermedad y aceptación de la misma con fortaleza.</p> <p>Nota: Se observa y destaca:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Los elementos afectivos han surgido. 2. Escucha grupal e intercambio de ideas. 3. Algunos miembros se han sorprendido al conocer que otras personas experimentan lo mismo y que a pesar de aparentar fortaleza, lloran, tienen miedo y sufren a su manera. 4. Elementos de resiliencia, gran espiritualidad y fortaleza basada en la Fe. 5. Se ha notado que al utilizar esta forma de abordaje, facilita la sensación de bienestar y confianza; pues los pacientes no se sienten frente a un terapeuta directivo sino participativo activo, sensible, lo que coadyuva a la alianza terapéutica, a la técnica de reflejo de sentimientos. (Se les explicó al iniciar la terapia grupal que no adolecía enfermedad alguna, no empero utilizaría el yo y nosotros en las intervenciones con la finalidad de mejorar la comprensión de los contenidos). <p>Aprendieron los términos: Insomnio: Experimentar como sinónimo de sentir, pasar, suceder, percibir, etc.</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Una deserción.⁹⁸
--	--

⁹⁸ La persona con rasgos disociadores, luego de descalificar a sus compañeros decidió no participar, su decisión fue oportuna, pues se pensaba sugerirle, como finalmente se le indicó que se trabajará individualmente si se siente mal interactuando en grupo.

5.8.6.3 Sesión 3: Aprendiendo a reconocer mis pensamientos y emociones frente a mi enfermedad.

Objetivos:

- Identificar los principales sentimientos y emociones que se experimentan.

Fecha	Actividad	Evolución-Observaciones
	<p>1. Saludo de bienvenida. 2'</p> <p>2. Recapitulación de los temas anteriores. 20'</p> <p>3. Sesión psicoeducativa. 20' Tema: Aprendiendo a identificar mis emociones y como puede la forma de pensar influir en éstas.</p> <p>En el pizarrón se han registrado las principales emociones que se expusieron en la sesión anterior:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ira, tristeza, miedo, culpa, vergüenza entre las principales. <p>Se ha expuesto al grupo lo siguiente:</p> <p>a)"Nuestros pensamientos influyen directamente en nuestras emociones y en nuestros comportamientos es decir existe una interrelación entre cogniciones-afectos-conductas.</p> <p>De esta manera no es la enfermedad, el dolor, el abandono lo que nos transforma y traumatiza sino lo que entendemos o "significamos de ella".</p> <p>b) Se ha explicado que las emociones influyen en nuestra forma de pensar y por ende en nuestra actitud y en una condición de enfermedad cuando estas emociones se constituyen en una idea permanente es decir con: <i>intensidad, frecuencia y duración</i> del malestar, llegan a alterar el estado de ánimo y por ende a interferir en la salud.</p> <p>En otras palabras citaremos un ejemplo:</p>	<p>Al enunciado a) se agrega que la prueba de esto es que: no todas las personas se comportan de la misma manera ante las mismas situaciones (dolor, abandono, enfermedad avanzada, miedo a morir, etc.). Por ello existen tanto personas como reacciones diferentes.</p> <p>Al enunciado b) se explica que el continuo pensamiento erróneo, negativo "engañoso"⁹⁹ genera las distorsiones cognitivas (Beck) o ideas irracionales (Ellis) cuya influencia suele ser nociva para el estado de salud mismo del paciente, ya que influencia de modo negativo.</p> <p>Registro de los pensamientos automáticos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Cuando tarda en llegar la medicación automáticamente se piensa, que ya se va a morir y que decidieron ya no dar por ello ninguna medicación. -Que la familia abandonó al paciente porque no lo aman. -Que la medicación administrada a la madrugada es para la gente moribunda. -Cuando alguien muere es un problema menos para la Fundación. -<i>Recibir los alimentos licuados, le produce mucha tristeza ya que le recuerda su deterioro.</i> <p>Distorsiones cognitivas:</p>

⁹⁹ Utilizando los términos que los pacientes manejan.

	<p>Nuestras ideas y pensamientos influyen en nuestra forma de actuar, decisiones y marcan el curso de nuestra vida como si fueran una brújula.</p> <p>Los pensamientos, distorsionados, equivocados, actúan como un imán y que sucede cuando a una brújula se acerca un imán? marca el rumbo equivocado.</p> <p>En esta sesión trabajaremos con los pensamientos, las emociones, sus efectos y las formas en que se presentan y como pueden desorientar nuestra forma de responder así:</p> <p>Pensamientos Automáticos: 30' Se realiza el registro a través de la lluvia de ideas.</p>	<p>-Es peligroso acercarse demasiado a los ancianos con cáncer, la enfermedad es contagiosa.</p> <p>-La terapia física causa mucho dolor y no ayuda a mejorar.</p> <p>-La lucha, inversión emocional económica y física contra el cáncer es innecesaria.</p> <p>Nota: Se observa</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Los elementos afectivos que surgen se observa tristeza y aflicción en los rostros. 2. Escucha grupal e intercambio. 3. Feedback y auto-observación: compartiendo los pensamientos y las distorsiones individuales y grupales.
--	---	---

5.8.6.4 Sesión 4: Los pensamientos automáticos y las distorsiones cognitivas

Objetivos:

- Desvirtuar, mediante argumentos válidos y reales aquellos pensamientos automáticos negativos y las distorsiones.

Fecha	Actividad	Evolución-Observaciones
	<p>1. Saludo de bienvenida. 2'</p> <p>2. Recapitulación del tema anterior. 15'</p> <p>3. Tema: Analizando los pensamientos automáticos, buscando evidencias. 50'</p> <p>a) Se explica a los participantes la dinámica y el objetivo de las actividades que se van a trabajar en la sesión. Se han elaborado tarjetas con los principales pensamientos automáticos que fueron identificados y registrados en la sesión anterior, se los coloca en el pizarrón (el mismo proceso se realiza con las distorsiones cognitivas).</p> <p>b) El siguiente paso es buscar la evidencia o pistas que nos permitan comprobar si lo que se piensa es verdad. (Búsqueda de evidencia para comprobar la validez de los pensamientos automáticos).</p> <p>Se trabajo en la búsqueda de evidencias de un pensamiento automático muy difundido, a su vez esta "idea" ya generalizada había generado una verdadera distorsión cognitiva a nivel intrahospitalario que desmotivaba además de provocar miedo y ansiedad en los pacientes.</p> <p>c) A partir de la experiencia de los miembros del grupo se hace una recolección de evidencias en pro y en contra de los pensamientos automáticos planteados como supuesto que se anticipa (hipótesis del paciente).</p>	<p>En el saludo de bienvenida se enfatiza la condición de confidencialidad del grupo, y se avala la participación de los miembros.</p> <p>En la recapitulación de los contenidos, evocamos con los pacientes mientras se colocan las tarjetas todas las ideas obtenidas en la sesión anterior, anunciamos que existen mucha similitud en los pensamientos, que se han generalizado, que producían una respuesta muy personal en cada uno de los pacientes, lo importante era juzgar la pertinencia de mantener una idea que podía estar equivocada como real y permitir que esta afecte, emociones, comportamientos y por ende la salud.</p> <p>Sobre el pensamiento automático elegido: -Cuando la medicación que es prescrita a los pacientes tarda en llegar o no es administrada (algunos fármacos, especialmente aquellos muy costosos que eventualmente no adquiere la fundación) oportunamente se debe a que decidió el personal de enfermería, no medicar a un paciente que por su grave estado de salud ya no responderá al tratamiento.</p> <p>Algunas supuestas evidencias: -X falleció anteayer por eso fue que ya no se le administraron los medicamentos necesarios ni siquiera en la comida (hipótesis). -X empeoró seriamente su estado de salud ya deteriorado, no podía deglutir ni los alimentos, la medicación necesaria que se le</p>

	<p>Utilizar evidencias contradictorias provenientes del terapeuta u otros significativos para hipótesis similares a las del paciente.</p> <p>Uso de preguntas para descubrir errores lógicos en las interpretaciones del paciente.</p> <p>Al concluir la sesión se invita a comprobar la hipótesis formulada por el paciente, quien deberá indagar a la enfermera del porqué se tardo en administrar la medicación, se insta con la sugerencia "preguntar de buena manera y con educación", (ya que aún no se ha trabajado en la comunicación asertiva).</p> <p>El mismo procedimiento se debe realizar con las distorsiones cognitivas (generalmente de elaboración muy personal) a nivel grupal:</p> <p>-Es peligroso acercarse demasiado a los ancianos con cáncer, la enfermedad es contagiosa.</p> <p>-La terapia física causa mucho dolor y no ayuda a mejorar.</p> <p>-La lucha, inversión emocional económica y física contra el cáncer es innecesaria, finalmente se muere.</p>	<p>administró fue por vía parenteral, (desvirtuando las supuestas evidencias).</p> <p>Evidencias contradictorias: -La Sra. X no ha recibido la medicación por 2 semanas, en lugar de ésta la familia trajo otra, ella se siente mejor.</p> <p>-Se entrevista breve pero directamente a la enfermera los pacientes se permiten preguntar ¿Cuáles son los motivos por los que no se administra a tiempo de terminado fármaco?.</p> <p>-Se pregunta a un miembro del grupo a quien se les suspendió X medicación por unos días.</p> <p>Uso de preguntas: ¿Ha fallecido alguien a quien por decisión del personal se le suspendió un fármaco? Crean que realmente el personal de auxilio realiza la guardia, los cubre, atiende, baña y conversa con los pacientes por compromiso, porque tiene la orden de hacerlo?</p> <p>Nota: Se observa: 1. Los elementos afectivos surgen, se observa cierto alivio. 2. Se observa en el grupo la fortaleza de la resonancia, el respeto por las ideas y opiniones de los demás. Se sitúan las siguientes verbalizaciones: -"Algunos medicamentos son caros, no se pueden comprar pero nos dan otros en lugar de esos". -"Cuando se compran los medicamentos que todos necesitamos deben darles primero a los que están más enfermitos o tengan más dolor." - "Para que van a dar remedios a los que van a morir".</p> <p>Se observa : Sentido y atribución de responsabilidad con respecto a la decisión de corregir las distorsiones en beneficio de un cambio positivo.</p>
--	--	--

5.8.6.5 Sesión 5: Reconocer la diferencia entre emociones y sentimientos

Objetivos:

- Diferenciar las emociones de los sentimientos.
- Evocar y explorar los componentes afectivos de las experiencias.

Fecha	Actividad	Evolución-Observaciones
	<p>1. Saludo de bienvenida. 2'</p> <p>2. Recapitulación de la sesión anterior. 20'</p> <p>3. Tema: La diferencia entre las emociones y los sentimientos. 50'</p> <p>4. Proporción de información. Se aborda el tema iniciando con el enunciado: la mayoría conocemos la diferencia entre emociones y sentimientos, los adultos los experimentan a lo largo de su vida y les otorgan el valor de acuerdo a sus motivos y vivencias personales.</p> <p>Sin embargo, en ocasiones nos resulta difícil algunos conceptos encasillarlos en una u otra de las categorías, de este modo exploraríamos las concepciones acerca de los mismos:</p> <p>La ira, el miedo (con respecto al futuro), la vergüenza (con respecto al pasado) son emociones.</p> <p>El amor, el odio, el respeto, la admiración, inutilidad, son sentimientos.</p> <p>Para la actividad de identificación de emociones utilizamos las láminas con caras.¹⁰⁰</p> <p>5. Explicamos a los pacientes la dinámica y el objetivo de las actividades que se van a trabajar en la sesión.</p> <p>Se han pegado las láminas en el pizarrón y se pregunta a cada uno de los participantes que sentimiento</p>	<p>En la recapitulación de los contenidos, evocamos y exploramos los temas tratados en las sesiones anteriores, enfatizando en el tema de los sentimientos como producto de la realidad y de algunos pensamientos (de este modo la sesión constituye un trabajo de refuerzo de las anteriores).</p> <p>La finalidad de abordar este tema es conocer las emociones y los sentimientos de los pacientes que integran el grupo.</p> <p>Esta sesión coadyuva al desarrollo y fomento de la fase 1, en donde abordar las emociones favorece el desarrollo del vínculo terapeuta grupo.</p> <p>Otro de los objetivos de la actividad radica en que al descubrir que los contenidos que acompañan a la enfermedad en el aspecto afectivo responden a las emociones y que por lo tanto son más fáciles de manejar, controlar y modificar, no así en el caso de un sentimiento que es algo más fundamentado, profundo y que responde a una estructura multifactorial más compleja que la de una emoción.</p> <p>Si el paciente reconoce una emoción sabe que será más fácil luchar contra ella, asumirla o enfrentarla.</p> <p>No se pretende en esta sesión conducir a análisis profundos, que buscan un cambio a largo plazo,</p>

¹⁰⁰ DE LA CRUZ, M^a Victoria., MAZAIRA, M^a del Carmen. (1992). *Programa de desarrollo socio afectivo*. Tea Ediciones, S.A. Madrid. Pág. 103.

	<p>o emoción representan los rostros dibujados en cada lámina.</p> <p>Inmediatamente debajo de cada lámina anotamos la asociación rostro emoción de cada paciente.</p> <p>6. Realizamos un análisis de lo expuesto y contrastamos de este modo con lo que es un sentimiento.</p> <p>El siguiente paso es buscar ejemplos de la vida diaria y anotarlos.</p> <p>Al concluir la sesión se invita a opinar libremente al respecto.</p>	<p>pues conocemos las limitaciones inherentes a la enfermedad, buscamos una identificación y reconocimiento básico de los elementos, con la finalidad de otorgarles el significado real y re-significar aquello que erróneamente se concebía y por ende confundía.</p> <p>De los ejemplos de la vida diaria verbalizaciones citadas:</p> <p>-Creí que sentía odio (sentimiento) cuando en realidad era rabia (emoción) hacia mi hija por haberme ingresado en este lugar.</p> <p>-Pensé que la enfermera estaba interesada en mí como hombre cuando en realidad es la forma de hacer su trabajo.</p> <p>-Creí estar enamorado y hasta pensaba en casarme con alguien a quien en realidad admiro.</p> <p>-Ese rostro refleja asombro no asco.</p> <p>-Ese rostro refleja miedo.</p> <p>-Ese refleja aburrimiento.</p> <p>-Este refleja dolor.</p> <p>Nota: Se observa un grupo unido que cuestiona sus concepciones sobre el tema.</p>
--	---	---

5.8.6.6 Sesión 6: La resiliencia

Objetivos:

- Conocer el concepto de resiliencia y su aporte como actitud de enfrentamiento.
- Descubrir los elementos de resiliencia en cada uno de los miembros del grupo.

Fecha	Actividad	Evolución-Observaciones
	<p>1. Saludo de bienvenida. 2'</p> <p>2. Recapitulación de los temas sesión anterior. 15'</p> <p>3. Sesión psicoeducativa. 50' Tema: La Resiliencia.</p> <p>-El terapeuta enuncia brevemente el término de resiliencia y su significado.</p> <p>-Uso de la metáfora, lectura interactiva: LA TAZA DE TÉ.¹⁰¹</p> <p>a) Se entrega una copia de la lectura a los pacientes que la soliciten, algunos están en capacidad de leer otros no, La psicóloga lee inicialmente los párrafos poniendo énfasis en cada texto, se le solicita a los pacientes que sigan la lectura pero que visualicen cada detalle de la historia que se narra.</p> <p>Como es lectura interactiva cuando los participantes no leen adecuadamente el terapeuta repite poniendo énfasis pero validando siempre la intervención anterior.</p> <p>b) Se recepta y registra las opiniones de cada uno.</p> <p>c) Se introduce el tema y concepto de resiliencia, se registra en el pizarrón las ideas principales de los pacientes quienes deben aportar con la finalidad de estructurar el concepto correcto de lo aprendido a través de la lectura y de lo</p>	<p>A la recapitulación se agrega el enunciado de que muchas son las vivencias y formas de responder frente a una enfermedad o tragedia, pero que hay maneras de sobreponerse frente a ello e inclusive salir fortalecido de las dificultades y enfermedad.</p> <p>Se incentiva a incorporar lo siguiente:</p> <p>-Se padece una enfermedad pero no soy la única persona y existen maneras de enfrentarlo.</p> <p>-Soy capaz de alentar, consolar, aconsejar y apoyar a mis compañeros en sus momentos de dolor pese a mi propio sufrimiento, eso me hace valiente, resiliente y aportativo.</p> <p>-Las cosas, situaciones y vivencias difíciles de mi vida han contribuido para hacerme valiente, resiliente aunque no lo había notado.</p> <p>-Hay que aprender a doblarse sin romperse.</p> <p>Nota: Se observa y destaca:</p> <p>-Los elementos afectivos surgen, se puede notar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sensibilidad ante los contenidos de la historia. "necesidad de llorar" se han movilizado los afectos. • Verbalizaciones que indican resignación "no queda más que aguantar", cierto alivio.

¹⁰¹ Anexo 11.

	<p>ampliado por parte del terapeuta.</p> <p>Tarea intersesión: Registro de historia personal de resiliencia. (Se indica como tarea que piensen y que si es posible lo anoten).</p> <p>Término aprendido: resiliencia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Resonancia, escucha grupal e intercambio de ideas. <p>Existe cierto grado de identificación con el tema y los contenidos por parte de los pacientes refieren:</p> <ul style="list-style-type: none"> -La historia de la lectura se relaciona con la enfermedad. -Lo importante de soportar el dolor. -Lo importante de sacar los pensamientos malos. -Concentrarse en el dolor sólo para combatirlo. -No dejarse vencer.
--	---	---

5.8.6.7 Sesión 7: Creando una historia personal de resiliencia

Objetivos:

- Identificar en la historia de vida elementos de resiliencia.
- Desarrollar la creatividad, eliminar la tensión y el estrés a través de la técnica del collage.

Fecha	Actividad	Evolución-Observaciones
	<p>1. Saludo de bienvenida. 2'</p> <p>2. Recapitulación del contenido de la sesión anterior. 10'</p> <p>3. Incitación general: Nos apoyamos en la lectura: LA VASIJA ROTA,¹⁰² breve análisis por parte del terapeuta. 10'</p> <p>4. Creando una historia personal de resiliencia. 40'</p> <p>a) Se indica a los participantes que se diseñará un collage¹⁰³ en donde se plasmen las experiencias e historias de vida, feas o bonitas a elección en donde se pueda identificar respuestas resilientes.</p> <p>Se utiliza materiales varios, cartón, tela recortes de revistas cromáticas, acromáticas, de figuras varias, rostros expresiones varios, a elección libre del paciente, goma, lápices de colores.</p> <p>En el caso de pacientes discapacitados el personal de servicio ayudará.</p> <p>b) Se realiza una puesta en común cada participante expondrá su creación, hará su comentario o reflexión. 20'</p>	<p>- A la recapitulación se agrega el enunciado de que todos poseen una historia importante, que aunque pueda considerarse triste, vergonzosa, o muy bella, solo trascenderá si puede enseñarle algo a alguien, además se podrá reconocer cuán valiente se fue frente a esas circunstancias.</p> <p>Nota: Se observa y destaca:</p> <p>1. Los elementos afectivos surgen a través del recuerdo.</p> <p>2. Intercambio grupal de material e ideas.</p> <p>3. Creatividad y esfuerzo por realizar el trabajo propuesto, más aún en los pacientes discapacitados.</p> <p>-Se ha motivado a los pacientes con dificultades de movilidad a participar, se les ha indicado que el personal de servicio y el psicólogo le prestarán las manos, los ojos si encuentran dificultad para realizar la tarea. De este modo se ha validado la necesidad del paciente de expresarse pese a la discapacidad.</p> <p>-Se ha sensibilizado al personal de servicio y enfatizado en la importancia de su aporte para el paciente.</p>

¹⁰² Anexo 12.

¹⁰³ Se utilizó un lenguaje sencillo al proporcionar las indicaciones "haremos una historia o un dibujo si desean; lo formarán con recortes los que Uds. elijan, a través de este "dibujo" las cosas que nos han pasado en la vida, cosas difíciles, feas o bonitas y como nos afectaron, ¿Cuál fue nuestra respuesta a eso?".

5.8.6.8 Sesión 8: Como participar en el control de los síntomas

Objetivos:

- Asumir una participación activa en el control de los síntomas.
- Incorporar conceptos nuevos.

Fecha	Actividad	Evolución-Observaciones
	<p>1. Saludo de bienvenida. 2'</p> <p>2. Recapitulación de los contenidos. 15'</p> <p>3. Proporción de información. 30' La resiliencia nos enseña a adoptar una actitud de enfrentamiento ante las situaciones difíciles y de algún modo a beneficiarnos de éstas y salir fortalecidos.</p> <p>Generalmente una persona afectada con cáncer, diabetes o discapacidad para realizar movimientos, etc., presentan ciertos síntomas así:</p> <p>a) El insomnio y el dolor se manifiestan físicamente y con características tanto semejantes como diferentes entre una persona y otra.</p> <p>b) La depresión, tristeza, ansiedad, estrés, son manifestaciones psicológicas relacionadas con los pensamientos y sentimientos de las personas como ya lo hablamos en otras sesiones, se presentan con frecuencia en las personas enfermas y en algunas con mayor intensidad que en otras.</p> <p>De este modo se ha realizado una generalización muy breve y sencilla sobre la naturaleza de los síntomas.</p> <p>4. Persuasión. 10'</p> <p>a) Cada persona responde, afronta, acepta o se deja vencer de estos pensamientos o síntomas.</p> <p>b) Para el dolor, las náuseas, la falta de sueño, la tristeza, ansiedad, el</p>	<p>La recapitulación es necesaria en todas las sesiones, como refuerzo, para fortalecer el trabajo de grupo, para informar de algún modo a los pacientes que por alguna causa no estuvieron presentes en la sesión anterior.</p> <p>La recapitulación de los contenidos de las dos sesiones anteriores, se la realizó con la ayuda de los pacientes, haciendo hincapié en sus verbalizaciones sobre todo aquellas que reflejan resiliencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soy capaz de resistir. • Puedo enfrentarme al dolor. • Tengo que luchar para vencer. • Debemos aceptar la realidad. • Sería bueno aprender a ayudarnos a nosotros mismos. <p>La necesaria proporción de información nos permitió incorporar además nuevos términos:</p> <p>Frecuencia, intensidad, técnicas, fármacos, estrategia.</p> <p>Para explicar el término estrategia se utilizó la metáfora del caballo que cayó en el hoyo.¹⁰⁴</p> <p>Se observa y destaca:</p> <p>-Los pacientes acuden a la sesión motivados, aunque desplazarlos a la sala de reuniones, (se acondiciona el comedor) representa desplegar un esfuerzo físico, además de la inversión de algunos minutos hasta reunirlos.</p> <p>-Paciente X motiva a la</p>

¹⁰⁴ Anexo 13.

	<p>insomnio existen medicamentos, pero también las personas pueden aprender ejercicios llamados también técnicas para enfrentar estos "problemas".</p> <p>Para el miedo a morir, la soledad, el sentimiento de abandono, de inutilidad, las cosas que no hemos solucionado, los resentimientos, existe el diálogo, el apoyo de los compañeros, etc.</p> <p>Los fármacos son necesarios y ayudan aliviar pero no pueden dialogar con las personas de sus miedos o sentimientos.</p> <p>La resiliencia que hemos desarrollado, descubierto o aprendido en las sesiones la vamos a enriquecer con técnicas o ejercicios, estas serán estrategias que nos servirán para contrarrestar principalmente los síntomas físicos que se presenten.</p> <p>Estrategia es una habilidad, un arte, una forma o fórmula que usaremos para conseguir vencer el malestar.</p> <p>De este modo formaremos parte activa de nuestro tratamiento, cuidado y mejor manera de vivir cada día.</p> <p>5. Proporción de información breve. 20' Exposición de las Estrategias, destacando la diversidad de las técnicas y sus resultados.</p>	<p>participación de grupo, "ya sabemos que hoy nos toca psicología".</p> <p>-Observo que X paciente al ser entrevistado individualmente expresa ideas positivas, en otras ocasiones intenta ocultar su tristeza detrás de verbalizaciones, tengo que luchar, no me voy a dejar vencer, al tiempo que se frustra porque su cuerpo no responde a la necesidad de movilidad por ejemplo.</p> <p>La alianza y la transferencia de algún modo lograda, hace que los pacientes busquen no decepcionar al terapeuta mostrando su tristeza.</p> <p>La resiliencia debe albergar la aceptación del dolor y el sufrimiento y un tiempo para cada expresión, es decir trabajar en:</p> <p>-Aceptar la necesidad de llorar y desahogarse porque se está viviendo algo muy duro.</p> <p>-No se es menos valiente, resiliente o luchador por que se experimenta miedo, debemos estar en capacidad de manifestarlo y buscar hablar de ello, porque es algo normal y frecuente frente a estas situaciones.</p> <p>Conocieron a través de la proporción de información sobre la respiración y relajación de modo muy general, buscado generar expectativas sobre lo importante de aprender las técnicas.</p>
--	---	---

5.8.6.9 Sesión 9: Técnicas de respiración

Objetivos: Aprender a respirar adecuadamente.

Fecha	Actividad	Evolución-Observaciones
	<p>1. Saludo de bienvenida. 2'</p> <p>2. Recapitulación de los contenidos.10'</p> <p>3. Proporción de información. 15' Tema: La respiración, explicación de la técnica.</p> <p>Debemos saber respirar bien porque es la función más importante del cuerpo y de ella dependen las demás funciones, sin embargo, la respiración es una función bastante olvidada.</p> <p>El hombre puede vivir algún tiempo sin comer, menos días sin beber, pero sin respirar puede sobrevivir pocos minutos, controlar nuestra respiración nos dará mayor vitalidad, ayuda a concentrarnos mejor y a relajarnos.</p> <p>Aprenderemos primero a respirar mejor a través de una técnica.</p> <p>4. Explicación de la técnica.50' Al inspirar es decir "cada vez que respiramos pensaremos que nos estamos llenando de energía y al expirar o votar el aire imaginaremos que sacamos y eliminamos las preocupaciones los problemas y las enfermedades.</p> <p>Respiración en cuatro tiempos:</p> <p>1. Inspirar profunda y pausadamente por la nariz acumulando todo el aire en el interior del abdomen, observe como éste se hincha al máximo de su capacidad. (practiquemos).</p> <p>2. Una vez que el abdomen quede lleno de aire, hay que apoyarnos en él y hacemos subir el aire al</p>	<p>En la recapitulación se enuncian las técnicas mencionadas en el cierre de la sesión anterior: relajación y respiración.</p> <p>Realizamos un ejercicio práctico de cada paso, permitiendo que noten en sí mismos y sus compañeros la dinámica de la técnica.</p> <p>Finalmente hacemos la secuencia completa en algunas ocasiones.</p> <p>Los pacientes deberán practicar la respiración en alguna hora de tarde en que encuentren las condiciones para hacerlo.</p>

	<p>pecho (tórax)¹⁰⁵ y pulmones ensanchándolos al máximo de tal forma que tanto el tórax como los pulmones queden llenos de aire.</p> <p>3. Mantener el aire en el pecho y los pulmones unos tres segundos y luego empezar a expulsarlo lentamente desde el abdomen al tórax.</p> <p>4. Sacar el aire por la boca muy lentamente, 1ro contraer el abdomen para sacar todo el aire de él y luego el tórax con lo cual se irán aflojando (relajando) todos los músculos.</p> <p>Ejercicio con todos los pasos: Cerrar los ojos e inspirar profunda y pausadamente, llene el abdomen de aire y deje que éste invada su tórax y sus pulmones retener aire en esta posición 1, 2, 3 segundos y empezar a expulsar todo lentamente.</p> <p>Hacerlo de forma natural hacer respiraciones pausadas profundas para llenarnos de energía y eliminar los problemas.</p>	
--	--	--

¹⁰⁵ Aquí, al igual que en otros pasos de la técnica, utilizaremos las palabras con las que comúnmente se denomina al citar las partes del cuerpo; pensando como antes lo hemos referido en las características del grupo.

5.8.6.10 Sesión 10: Técnica de respiración para el insomnio

Objetivos: Conseguir el sueño a través de la práctica de la técnica.

Fecha	Actividad	Evolución-Observaciones
	<p>1. Saludo de bienvenida. 2'</p> <p>2. Recapitulación de los contenidos. 5'</p> <p>3. Explicación de la técnica. 50'</p> <p>a) Acostado boca arriba, piernas ligeramente separadas, brazos junto al cuerpo, cabeza a la altura del cuerpo o un poco más baja.¹⁰⁶</p> <p>b) Cerrar los ojos.</p> <p>c) Inspire suavemente esta vez no va a hinchar demasiado los pulmones, expire todo el aire, repetir el ejercicio tres veces.</p> <p>d) En la tercera respiración suelte todo el aire y retenga el aliento cuanto pueda sin respirar, entonces repita las tres respiraciones suaves y vuelva a retener el aliento hasta el final de la tercera respiración.</p> <p>Para ayudarse a contener la respiración y aguantar sin inspirar durante unos momentos nos vamos a imaginar un jarrón de flores y visualizar (imagen mental) los colores de las mismas, son algunos colores...</p> <p>Ejercicio con todos los pasos. Repetimos el ejercicios de 5 y hasta 8 veces:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inspire-expire... Inspire-expire... • Inspire-expire...retener el aliento lo más que pueda imagine el florero o lo que sea de su agrado. • Inspire-expire... Inspire-expire... Inspire-expire.....retener el aliento visualizar... • Inspire-expire...Inspire-expire... Inspire-expire.....retener el aliento visualizar... <p>Ahora respirará suavemente y con normalidad.</p>	<p>En la recapitulación se refuerza realizando el ejercicio de cómo respirar adecuadamente.</p> <p>Realizamos un ejercicio práctico de cada paso, permitiendo que noten en sí mismos y sus compañeros la dinámica de la técnica.</p> <p>Finalmente hacemos la secuencia completa en algunas ocasiones.</p> <p>Los pacientes deberán practicar las respiraciones acostados en sus camas para lograr conciliar el sueño, o si han despertado durante la noche.</p>

¹⁰⁶ Aunque sea la posición ideal para realizar el ejercicio y relajarse, debemos considerar las particularidades del paciente, algunos de ellos con úlceras de decúbito o que requieren de almohadas adicionales, en esos casos se sugerirá ponerse lo más cómodo posible.

5.8.6.11 Sesión 11: Técnicas de relajación para el control de la ansiedad

Objetivos: Obtener un control de la ansiedad a través de las técnicas.

Fecha	Actividad	Evolución-Observaciones
	<p>1. Saludo de bienvenida. 2'</p> <p>2. Recapitulación de los contenidos. 10'</p> <p>3. Proporción de información. 5' Tema: La técnica de relajamiento y sus beneficios para controlar el dolor.</p> <p>a) Explicación del concepto de relajación y la técnica:</p> <p>La relajación es un estado de "alivio, descanso o aflojamiento del cuerpo y de tranquilidad de la mente".¹⁰⁷</p> <p>Estos ejercicios de relajación buscan llevarnos a esa tranquilidad y mientras los realizamos nos concentraremos en la respiración.</p> <p>De igual manera, estos ejercicios serán de apoyo y se pueden realizar cuando se esté muy preocupado o cuando se experimente mucho dolor.</p> <p>Para realizarlos buscamos un lugar tranquilo, lejos de los ruidos, si puede música suave que le guste y de tranquilidad, apoye la espalda en una silla, mantenga la columna recta, piernas separadas formando un ángulo recto, y las manos apoyadas en las rodillas.</p> <p>El ejercicio de relajación consta de algunas partes en donde va a imaginarse y sentir:</p> <p>La técnica: 45'</p> <p>b) Empezaremos aprendiendo a</p>	<p>La recapitulación se centra en un breve repaso de técnicas aprendidas anteriormente, un ejercicio práctico de la técnica sencilla de respiración luego del saludo de bienvenida.</p> <p>Se realizó un ejercicio práctico durante la sesión, posteriormente el paciente ensayará lo aprendido en la sesión.</p> <p>Observaciones: Los pacientes discapacitados no participan de esta relajación, la recomendación para ellos es repasar la técnica de respiración.</p> <p>Recomendaciones: Las personas resilientes responderían asumiendo la responsabilidad de actuar sobre el control del dolor que no disminuye con fármacos, en lugar de angustiarse, llorar o responder con agresividad.</p> <p>Hacer uso de las herramientas que nos brinda el programa del desarrollo de la resiliencia.</p> <p>TIS-Ensayo y refuerzo como recomendación.</p> <p>Ud. debe repasarlo todos los días durante 15 minutos aproximadamente en su habitación, recostado en la cama piernas estiradas separadas brazos igual separados ambos lados del cuerpo, es importante elegir la posición más cómoda y natural y que le permita mayor concentración.</p>

¹⁰⁷ Por las características del grupo ya antes referidas, explicamos los conceptos con palabras sencillas o con sinónimos de las mismas, con la finalidad de asegurarnos, de que dichos conceptos sean asimilados y los pacientes se familiaricen con ellos.

<p>aflojar los músculos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cierre los ojos, levante el brazo derecho,¹⁰⁸ debe contraer fuertemente el puño apretar con fuerza, mucha fuerza y luego aflójelo deje totalmente flojo, totalmente suelto, note la sensación de tranquilidad sentir la sensación de relajación en todo el brazo. A continuación: <p>Repetir el mismo ejercicio con el brazo izquierdo.</p> • Después levante la pierna derecha contraiga, todos sus músculos con fuerza, sentirá la sensación de tensión en toda la extremidad, es algo molesto incómodo, luego déjela suelta aflójela, distendida, ahora la sensación es de descanso y relajación. Esta descansado totalmente descansado, tranquilo y sin tensión. Repetir la sensación con la otra pierna, ya puede sentir "percibir" la sensación de tensión y de relajación y notar la diferencia. • El vientre también debe relajarse, primero debe contraer fuertemente el vientre y el estómago, apretando con fuerza hasta que sienta la sensación molesta de tensión, después afloje totalmente su vientre y libérela de toda tensión, sienta esa sensación agradable de paz de armonía total. • Pase ahora a contraer el tórax, debe apretar fuertemente el pecho, contráigalo y sienta esa molesta sensación de tensión, para pasar inmediatamente a aflojarla, a sentir la distensión y la relajación total, como vemos se trata de tomar primero conciencia de la tensión para luego percibir la diferencia con la relajación y flojedad de los 	<p>Observaciones:</p> <p>Frente a la respuesta de algunos pacientes en donde se observa fatigabilidad a los ejercicios extensos, realizamos estas técnicas sencillas, lo importante es que recuerden el proceso en sí y lo pasos a seguir de la técnica.</p>
--	--

¹⁰⁸ El paciente realizará el ejercicio solicitado hasta donde le sea posible; levantar el brazo, apretar el puño, largos etc. No se debe exigir ya que sería contraproducente y en lugar de lograr estados de relajación generaríamos estrés. En estos ejercicios no participaron los pacientes cuadripléjicos.

	<p>músculos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pase ahora a la frente, intente primero a contraerla inicialmente a sentir la sensación de tensión apretando fuertemente, después, libérese de esa presión y déjela totalmente floja su cabeza sintiendo como va quedando fresca y relajada, haga lo mismo con la nuca y el cuello, contráigalos primero fuertemente, concéntrese durante unos instantes la tensión en esa zona, para luego aflojarlos suavemente dejándolos libres, mueva la cabeza ligeramente de arriba-abajo y de izquierda a derecha sienta esa agradable sensación de paz. • Los ojos es necesario aprender a relajarlos, cerrar con fuerza y sienta la tensión en ellos es una sensación molesta, por ello al aflojarlos notará un gran descanso en párpados y experimentará en ellos una sensación de relajación, aprete la boca hasta que sienta la sensación desagradable en las mandíbulas, luego aflójelas, abra ligeramente la boca y apoye la lengua en los dientes inferiores, todo su cuerpo esta relajado y siente una agradable sensación de paz y armonía, vigile su cuerpo y repase si todos los músculos están relajados, ha eliminado las tensiones mediante respiraciones largas, lentas y profundas, ha conseguido la relajación, un descanso. <p>Quando repasemos la relajación debemos detenernos en zonas en las que existan más tensiones.</p>	
--	--	--

5.8.6.12 Sesión 12: Expresiones de personas con características resilientes

Objetivos: Conocer, adquirir y utilizar un lenguaje resiliente.

Fecha	Actividad	Evolución-Observaciones
	<p>1. Saludo de bienvenida. 2'</p> <p>2. Recapitulación de los contenidos. 10'</p> <p>3. Proporción de información. 5' Tema: Adquiriendo y utilizando en nuestra comunicación expresiones de resiliencia.</p> <p>Inicialmente se han pegado cartulinas en la pared, cada una de ellas lleva un rótulo: "Yo tengo", "Yo soy", "Yo estoy", "Yo puedo". Expresiones resilientes.</p> <p>a) Dinámica de grupo (tingo tango). 40'</p> <p>Explicación de la dinámica Tingo Tango: En esta actividad participaremos buscando frases de apoyo y las relacionaremos (pegaremos) debajo de las palabras que reflejan nuestra forma de responder ante las dificultades, ahora que hemos aprendido e identificado nuestra resiliencia, para poder participar todos en orden e igualdad de oportunidades utilizaremos esta pelotita de goma que se hará circular entre los participantes del grupo.</p> <p>Cuando yo diga tango, aquella persona que conserve la pelota se acercará al grupo de tarjetas en donde se encuentran anotados algunos enunciados con frases de resiliencia, elegirá la que le agrada y la colocará debajo de las palabras pegadas con anterioridad en el pizarrón.</p> <p>Esta dinámica permite que todos los pacientes interactúen entre sí y aporten cada vez que se busca</p>	<p>La recapitulación se centra en un resumen de las actividades realizadas relacionadas con las técnicas aprendidas.</p> <p>Se han elaborado con anterioridad las cartulinas con frases que reflejan resiliencia, muchas de ellas compiladas a lo largo de las sesiones, así como las entrevistas individuales o los diálogos realizados con los pacientes.</p> <p>Observaciones: Los pacientes discapacitados participan siempre en las sesiones, para generar la confianza necesaria a la hora de integrarlos enunciamos: todos participan, si en este momento Ud. no puede utilizar sus manos por algún motivo nosotros le prestamos las nuestras, vemos por Ud., pegamos por Ud., etc.</p> <p>FRASES RESILIENTES: -Personas alrededor en quienes confío y quienes me quieren incondicionalmente. -Personas que me enseñan como sobrellevar los malos momentos. -Personas que me muestran por medio de su atención que les interesa mi salud y bienestar. -Personas que desean que pueda atenderme y desenvolverme solo, es decir conserve mi movilidad e independencia. -Personas que me ayudan cuando estoy con dolor o alguna otra molestia. -Una persona por la que los otros sienten aprecio y cariño. -Una persona delicada de salud</p>

	<p>una frase de resiliencia acorde a las propuestas en la pizarra. (El terapeuta puede sugerir una redistribución de las frases si es necesario, consultando con el grupo).</p> <p>b) Puesta en común lectura de la pizarra en voz alta, se anima a participar a quien lo desee e inclusive seguir aportando con un mensaje si lo desea.</p> <p>Las tarjetas se pueden distribuir a los pacientes para que las utilicen como separadores de libros o las conserven para que las repasen cuando deseen.</p>	<p>pero con deseos de disfrutar cada instante de mi vida haciéndola bonita.</p> <p>-Feliz cuando hago, digo o siento algo bueno para los demás y les demuestro mi afecto o ayuda.</p> <p>-Respetuoso de mí mismo y del prójimo.</p> <p>-Capaz de desarrollarme y crecer como individuo de las nuevas experiencias y aprendizajes.</p> <p>-Agradable y comunicativo con mis familiares cuidadores, compañeros de habitación.</p> <p>-Dispuesto a responsabilizarme de mis actos, pensamientos y lo que pueda hacer para sentirme mejor.</p> <p>-Seguro de que todo saldrá bien aunque no sea fácil.</p> <p>-Triste, lo reconozco y lo expreso con la seguridad de encontrar apoyo, cariño, compañía.</p> <p>-Rodeado de compañeros y personal de salud que me aprecian.</p> <p>-Hablar sobre cosas que me asustan o me inquietan.</p> <p>-Buscar la manera de resolver mis problemas.</p> <p>-Controlarme cuando tengo ganas de hacer algo indebido, inadecuado, que lastime a los demás.</p> <p>-Buscar el momento apropiado para hablar con alguien o para actuar.</p> <p>-Encontrar a alguien que me ayude cuando lo necesito.</p> <p>-Equivocarme sin perder el afecto y respeto de las personas con quienes habito.</p> <p>-Sentir afecto y expresarlo.</p>
--	--	---

5.8.6.13 Sesión 13: Cierre

Objetivos: Lograr que las personas incorporen conceptos positivos adecuados a la imagen de ellas mismas mediante el intercambio de comentarios y cualidades personales del grupo.

Fecha	Actividad	Evolución – Observaciones
	<p>1. Saludo de bienvenida. 2'</p> <p>2. Recapitulación de los contenidos. 20'</p> <p>3. Proporción de información: Tema: Acentuado lo positivo y las cualidades de cada persona.</p> <p>Explicación de la dinámica: 15'</p> <p>Todas las personas, a lo largo de estas sesiones, hemos observado la participación de cada uno de los miembros de este grupo y conocemos cada una de nuestras cualidades lo que hemos aprendido y enseñado.</p> <p>Muchos hemos crecido con la idea de que no es "correcto" el autoelogio, o para el caso, elogiar a otros.</p> <p>Con este ejercicio, se intenta cambiar esa actitud al hacer que en grupos de dos personas compartan algunas cualidades personales entre ellos. En este ejercicio, cada persona le da a su compañero la respuesta a una, dos o las tres preguntas:</p> <p>-Dos aspectos de mi personalidad (forma de ser)¹⁰⁹ que me agradan de mí mismo.</p> <p>-Dos cualidades que indican resiliencia y que me agradan de mí mismo.</p> <p>-Una capacidad que conservo, que me agrada de mí mismo.</p> <p>Puesta en común. Intervención voluntaria.</p>	<p>La recapitulación se centra en un resumen de las actividades realizadas relacionadas con las técnicas aprendidas.</p> <p>Se han elaborado con anterioridad las cartulinas con frases que reflejan resiliencia muchas de ellas compiladas a lo largo las sesiones, así como las entrevistas individuales o los diálogos realizados con los pacientes.</p> <p>Observaciones: Los pacientes discapacitados participan, siempre en las sesiones, para generar la confianza necesaria a la hora de integrarlos enunciamos: todos participan si en este momento Ud. no puede utilizar sus manos por algún motivo, nosotros le prestamos las nuestras, vemos por Ud., pegamos por Ud., etc.</p> <p>Nota : Dada las características del grupo, considerando lo que se ha trabajado, se concluyó el proceso usando dinámicas que permitieran a los pacientes, notar aspectos positivos saludables y potencialidades que aún poseen pese a la enfermedad, que cada paciente es único, que es importante conservar la esencia del ser humano y poder brindar algo bueno de sí mismo hasta el último momento.</p> <p>La importancia de vivir el aquí y el ahora.</p> <p>Los pacientes inicialmente</p>

¹⁰⁹ Haciendo uso de un lenguaje sencillo y claro para facilitar el diálogo y motivar la participación.

	<p>A continuación a cada participante se le coloca una tarjeta en la espalda y se le indica caminar en el centro de la sala, mientras lo hace sus compañeros libremente escribirán en la tarjeta los aspectos positivos y cualidades que han notado de esta persona o la otra.</p> <p>Finalmente cada uno conservará como recuerdo las tarjetas y las características positivas que le han obsequiado de algún modo.</p> <p>Se coloca música alegre y se puede sugerir bailar o moverse al ritmo mientras se escribe, los pacientes discapacitados circularán en sus sillas y el terapeuta o auxiliar presente puede escribir por ellos.</p> <p>Cerramos la sesión reforzando los contenidos expuestos por los pacientes, frases, elogios cualidades destacamos aquellas que involucran resiliencia.</p> <p>Comunicamos que las sesiones han concluido, pero que cada uno adquirió conocimientos para poder hacer uso de el, cuando sea necesario, así como para ayudar a sus compañeros en algún momento que éstos lo necesiten.</p>	<p>sintieron recelo de enunciar sus cualidades, elementos de vergüenza surgieron, por ello fue necesario persuadirlos enunciado las cualidades que se ha observado en ellos.</p>
--	---	--

CAPÍTULO 6

QUINTA ETAPA EVALUACIÓN DE LOS PROCESOS Y RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA

6.1 Con relación a la problemática

En la etapa terminal es indispensable, como lo hemos venido resaltando, que el paciente sea atendido de forma integral, una vez que se ha dictaminado su diagnóstico, el paciente experimenta situaciones y emociones diversas que pueden tornarlo vulnerable a desarrollar o agravar los trastornos existentes; por lo referido durante este trabajo de investigación, uno de los objetivos fue intervenir en la prevención.

Para poder incidir de algún modo y crear la expectativa y la motivación necesaria para adherirse, aceptar y beneficiarse de un proceso terapéutico grupal, fue necesario realizar algunas entrevistas previas con los pacientes, con la finalidad de introducir el tema de la psicoterapia, contenido nunca antes tratado, y de esta forma dar lugar al proceso, que partió con la proporción de información, en donde inicialmente se socializó los siguientes aspectos:

- Qué es psicoterapia, qué se espera de este espacio, qué actividades forman parte del tratamiento que recibirá.
- Para qué y con qué finalidad se integrará el paciente al grupo.
- Qué y cuál es el rol del psicólogo, qué y cuál el rol del asistido, cuál el del grupo que se formó.
- Cuáles son los roles y normas que han de seguir durante el proceso, qué se espera de las tareas entre sesiones.
- Generalidades sobre la intervención terapéutica y el encuadre, aspectos sobre la confidencialidad y lo que ella representa en un proceso grupal.

En esta necesaria apertura que se realizó y que buscaba iniciar e involucrar al paciente al trabajo terapéutico, fue preciso reforzar las intervenciones

orientadas a motivar la participación e integración a un grupo de pacientes, que inicialmente tenían la oportunidad de dialogar sobre como se sienten con respecto a su estancia en la Fundación, los tratamientos que reciben, etc., para luego ir cuidadosamente dirigiéndonos a tratar las delicadas vivencias de la etapa terminal, de este modo, se logró crear el ambiente propicio para dar inicio a las sesiones terapéuticas estructuradas en base a los objetivos planteados a través del desarrollo de la resiliencia.

Para persuadir al paciente de formar parte de un grupo, fue necesario propiciar algunos abordajes, inclusive en ocasiones había que acompañar y presenciar alguna curación con la finalidad de brindar apoyo psicológico a través del reflejo de sentimientos durante y después del tratamiento. De este modo, se fue logrando progresivamente el vínculo con el paciente en el marco de la confidencialidad y la ética, en el espectro de una carrera contra el tiempo. Estas entrevistas, algunas informales, que se situaron dentro del ámbito hospitalario, involucraron el uso del humor, lo cual era bastante aceptado por algunos pacientes, siempre con respeto y buscando no herir la susceptibilidad en muchas ocasiones exacerbada. De esta manera se adjuntó como recurso estos espacios que permitieron identificar estilos y potenciales miembros para el grupo.

La respuesta de los pacientes, luego de observar el interés del psicólogo por su bienestar y de conocer los beneficios que puede brindar una reunión grupal, en donde se permite tratar inquietudes y aprender la mejor forma de afrontar la enfermedad, finalmente se manifestó, accediendo a participar en el proceso y cada una de sus sesiones, lógicamente, para esto ya se había aplicado en el transcurso de las entrevistas los reactivos a los cuales describimos como documentos o registros, que servirían para receptar las molestias e incomodidades que experimentan, principalmente aquellas relacionados con el estado de ánimo y el malestar existente.

De los miembros ingresados en la Fundación, solo 15 fueron incorporados al grupo cumpliendo los criterios de inclusión, la condición de salud muy deteriorada en algunos casos no lo permitió, no por ello se dejó de atender

y escuchar en su momento a estos pacientes brindándoles apoyo psicológico. Por otro lado, si bien el objetivo era prevenir que sus emociones se desborden o que la depresión mayor o moderada empeorara su cuadro clínico, existieron muchos aspectos incontrolables desde el plano terapéutico que contribuyeron a empeorar su condición tanto médica como psicológica, generalmente estos inconvenientes que afectaban al enfermo, estaban relacionados con la política administrativa y los recursos humanos existentes, es frente a estos aspectos y condiciones inmodificables cuando la resiliencia toma partido pasando de una intervención paliativa a constituirse en una fortaleza necesaria.

Acompañar a los pacientes con una comunicación adecuada, al momento del diagnóstico es indispensable, en el grupo descrito, aunque la mayoría de los casos conocía sobre su padecimiento, ninguno de ellos aceptaba totalmente que estaba frente a un proceso final, esto se debe a que luego de una "sentencia" de incurable, se experimentan fases de respuesta psicológica que involucran todas las esferas (volitiva, afectiva, cognitiva, etc.), estas etapas incluyen un periodo inestimable de tiempo inherente a cada ser humano antes de llegar a la aceptación, es aquí cuando se expresa el psiquismo con gran ansiedad y estados afectivos de diversa intensidad, por ello, una de las tareas que se incorporaron a las sesiones, estaban destinadas a ayudar al paciente, a identificar las emociones y sentimientos que representaban las características de alguna fase.

Utilizando la generalización como técnica y la proporción de información, teniendo en cuenta no desestimar las vivencias de ningún caso en particular, se trabajó el tema en la sesión: Aprendiendo a reconocer mis pensamientos y emociones frente a mi enfermedad, esto favoreció el abordaje de los aspectos emocionales y condujo a la redefinición de los conceptos existentes y generales en torno a sentir emociones varias e identificarlas como tales. Este proceso al realizarlo de forma grupal permitió, que el grupo cumpla con las funciones para las que fue creado, entre estas: apoyo y soporte, elementos que favorecen al individuo quien llega a

percibir que pertenece y está integrado en un espacio con personas que comparten y sufren una situación de vida semejante, en el grupo los pacientes encontraron una estructura en la que fue posible comunicarse como resultado y compartir, saberse así como sentirse valorados lo cual resultó muy aportativo en estas circunstancias.

La proporción de información como técnica, coadyuvó en el proceso de prevención para los pacientes que experimentaron niveles de ansiedad y depresión ya mencionados en el análisis; conocer qué síntomas acompañan a un proceso depresivo y cuál es la diferencia de la tristeza normal secundaria a su padecimiento, ayudó a disminuir la angustia que suele presentarse, de algún modo, saber que lo que le ocurre, es frecuente y esperable, ya no le atemoriza tanto en el sentido de que muchos pacientes al experimentar depresión y/o ansiedad creen estar "perdiendo la razón".

La detección y discusión en grupo con respecto a las creencias disfuncionales que ocurren en torno a la enfermedad, fue un elemento que surgió en las sesiones y permitió conducir a una reestructuración cognitiva; no empero, los ejercicios de autodescubrimiento por introspección, autoexploración y autoobservación, generaron en las sesiones elementos afectivos que se acompañaron de aflicción y tristeza lo que evidenciaba cuanto valor y energía psíquica se atribuía a las distorsiones y cómo éstas operaban en los individuos, era necesario que estos contenidos fueran modificados de algún modo y reemplazados por un lenguaje enmarcado en la resiliencia, como representación de una nueva forma de pensar y concebir los hechos.

Entre las ideas distorsionadas que predominaban citamos las siguientes:

- Temor a contagiarse y por ello evitar contacto con los compañeros. Sobre los temores infundados acerca del contagio de las enfermedades, fue necesario ejemplificar, para ello se estableció en la sesión un análisis muy sencillo con los pacientes, "las enfermeras, los psicólogos, el personal

de salud en general, etc., han trabajado en contacto con pacientes y sus diversas patologías por años, ninguno de ellos refiere haber sido contagiado, aún realizando curaciones directas de las heridas abiertas de los pacientes".

Esta idea intensamente difundida creaba temores innecesarios, alejamiento de los pacientes entre sí, tales aspectos en una comunidad que exige la convivencia diaria, suele constituirse además en un problema de difícil manejo intrahospitalario, como ya podía evidenciarse. Debíó reforzarse indistinta e individualmente en algunos casos para finalmente lograr soltura en la relación del grupo, menos tensión a la hora de realizar las dinámicas y por supuesto propiciar aproximaciones y contacto físico tan necesario como vehículo del afecto que requiere un paciente en estas condiciones.

El hecho de que me permitieran saludar afectuosamente con la mano, una palmada en el hombro o sostener sus dos manos simultáneamente al saludar, despedirme o realizar alguna instrucción en la marcha, sirvió de refuerzo en la cohesión de grupo, además de generar un aprendizaje mediante modelado.

- Descalificar la terapia física por el dolor que se asocia a ella y evadirla.

Para atender los contenidos enunciados en las sesiones, se incorporó la psicoeducación con ejemplos claros y lenguaje muy sencillo, se logró abordar temas como: del dolor físico secundario a la enfermedad o del dolor que suele acompañar a la terapia física, lo importante era puntualizar que las intervenciones o tratamientos, pese a conllevar dolor, no debe alejarlos de la oportunidad de mantener móvil las articulaciones, o impedir de algún modo que progrese la discapacidad por falta de movimiento, principalmente para aquellos pacientes postrados. Aquí se ha de mencionar la importancia de ensayar las técnicas de respiración para buscar relajarse, y distraer el dolor mientras se reciben los tratamientos, limpiezas quirúrgicas o cuando sobreviene el dolor agudo. Como resultado observado a esta intervención, una paciente con artritis, permitió, que se

concluya con ella las sesiones de terapia física a la cual se había resistido anteriormente.

- La lucha, inversión emocional, económica y física contra el cáncer u otra enfermedad crónica es innecesaria:

En la condición de indigencia y enfermedad terminal, la inversión económica, no es un tema que se deba obviar, sin embargo, pasa a un segundo plano, cuando se sustenta que el mejor y mayor recurso que posee el ser humano, es la espiritualidad y la riqueza interior que este mantenga pese a su condición, aquí, la resiliencia, entre otros aspectos, será la capacidad que contribuya a equipar emocional y psíquicamente al individuo para afrontar la adversidad; además, las funciones cognitivas están conservadas y debido al progreso del padecimiento, lo único que puede potenciarse de modo creativo en el ser humano, son los aspectos espirituales, los sentimientos, las emociones positivas, los pensamientos en el marco de la salud mental, por ello, los elementos mencionados deben constituirse en esas herramientas dispuestas dentro de la estrategia de la resiliencia.

Sin embargo, para ser considerado un individuo resiliente y reconocer sus características en nuestra forma de operar y responder, no basta con tener buenos sentimientos, ideas positivas, etc., es importante ser capaz de transformar ese dolor (de la enfermedad, la pérdida, la desfiguración, etc.), en una lucha para seguir adelante por sí mismo o por los que los rodean. Algunos pacientes como resultado del abordaje terapéutico, significaron, descubrieron y desarrollaron sus componentes resilientes al final de sus días, constituyéndose esto en motivo enriquecedor y ejemplificador para sí mismos y los demás.

Mediante la psicoeducación, preparé al paciente, quien asimiló que sus emociones pueden influir directamente sobre su estado de salud, por ello era importante atribuirse sobre sí mismo la responsabilidad de un cambio que opere sobre los pensamientos, emociones y sentimientos que pueden afectar su psiquismo e incidir inclusive en su aspecto inmunológico.

6.2 En relación con la sintomatología

Proporcionar y entrenar al paciente a través de técnicas que le permitan intervenir directamente en el control de los síntomas (dolor, insomnio, etc.) que experimenta, hacerles participar con implicación y esfuerzo en sí mismo, constituyó otro de los objetivos planteados para la intervención. Como bien conocemos, los síntomas y signos que expresan la existencia de un trastorno asociado a la enfermedad, interfieren significativamente en la calidad de vida de los individuos, a lo largo de esta investigación hemos citado la comorbilidad formada por el dolor de origen físico y la depresión, además esta última puede somatizarse tomando a menudo diferentes tipos de dolor.

De allí que tiende también a exacerbarse la respuesta al dolor, el dolor crónico lleva a la depresión, ansiedad y se acompaña a su vez de otros síntomas. Vencerse a merced del diagnóstico y dolor, así como, adoptar una actitud pasiva frente a los sucesos, parece acelerar el desenlace; mientras que, la actitud de enfrentarse con el dolor y aceptarlo, parece reducir la intensidad del mismo y de algún modo incide en la experiencia depresiva. Para esto, la clínica de la depresión, nos orienta si nos permitimos monitorear al paciente y buscar la relación existente entre el dolor, su forma de significarlo y la esfera del afecto, cabe mencionar que muchos de los pacientes, por citar la mayoría, no reciben tratamiento farmacológico para la depresión, por ello, la psicoterapia es el único recurso viable que soporta los aspectos afectivos que se presentan, atribuyéndose una gran responsabilidad dentro de los cuidados paliativos.

La ansiedad que presenta el paciente, ligada con el temor ante la percepción de la cercanía de la muerte, la tensión ante los síntomas pobremente controlados, los efectos de los fármacos, complicación de la enfermedad y del tratamiento, temas existenciales, problemas emocionales, los miedos y todo lo que esto representa, suele acompañarse de síntomas somáticos generales (refiérase algunos sistemas que involucra la ansiedad) siendo este aspecto muchas veces ignorado, pues se asume que forma

parte y de hecho, se confunde con las complicaciones físicas de las enfermedades terminales.

Frente a los síntomas que se asocian a estos casos, el objetivo es entrenar o enseñar a un paciente que ya ha sido motivado, que conoce su potencial resiliente y ha llegado a concientizar y asumir responsabilidad sobre su forma de responder y adaptarse a su esquema individual de tratamiento a través de la psicoterapia, la cual buscaría como respuesta, reducir o enfrentar los síntomas que acompañan a los trastornos existentes.

Para trabajar los síntomas que se presentan, es preciso enseñar las técnicas que harán efectivo el control de los mismos, para lograr este objetivo se inicio con la proporción de información, insistiendo en la necesidad de aprender a respirar adecuadamente y se explicó la técnica paso a paso, reforzándola con ejercicios en la práctica. De este modo, se integró la respiración como herramienta disponible y útil para el control del insomnio y del dolor, como resultados, ésta técnica, fue la más aceptada en la mayoría de los casos debido a la sencillez que involucra realizar el ejercicio, por ende, fue la más practicada y utilizada para intentar controlar el dolor, mientras se realizaba algún procedimiento médico ya sea limpiezas quirúrgicas, terapia física o frente a episodios de dolor agudo. Los pacientes investigados a quienes se indagó en cuanto a la efectividad del ejercicio para mitigar el dolor respondieron:

- a) Que los procedimientos (limpiezas quirúrgicas), dolieron pero que la intensidad fue menor y que el tiempo de duración del mismo pareció haberse reducido también, pues estaban preocupados por realizar el ejercicio; por lo tanto, podríamos sugerir que el ejercicio distrajo al paciente y éste experimentó menos dolor. Referido 3 pacientes.
- b) Que al realizar la terapia física, hacer el ejercicio fue visto con agrado por parte del fisioterapeuta, quien sincronizó los movimientos con la respiración, lo que hizo más llevadero el tratamiento, un paciente en particular consideró, que su opinión con respecto al enfermero cambio

ya que pudo percibir en su actitud interés y respeto. Referido 1 paciente.

- c) Otros pacientes sólo practicaron en las sesiones, luego refirieron no recordar los ejercicios, por lo que no se pudo registrar su efectividad o no. Referido 2 pacientes.
- d) Para los restantes, el dolor no se mitiga con nada, pero intentando realizar los ejercicios parecen calmarse un poco y buscan la ayuda farmacológica sin desesperarse tanto, así que podemos registrar que coadyuva al control de la respuesta ansiosa que trae consigo el dolor agudo.

Respuesta resiliente y control del dolor.

En la siguiente tabla se resume la respuesta resiliente, los pacientes han asumido la responsabilidad en el control del dolor, ejecutando ejercicios de respiración ante diferentes procedimientos médicos y acceso de dolor agudo.

Limpiestas quirúrgicas producen dolor	Terapia física produce menos dolor	No realizaron los ejercicios	No disminuyó el dolor
20%	6,66%	13,33%	60%

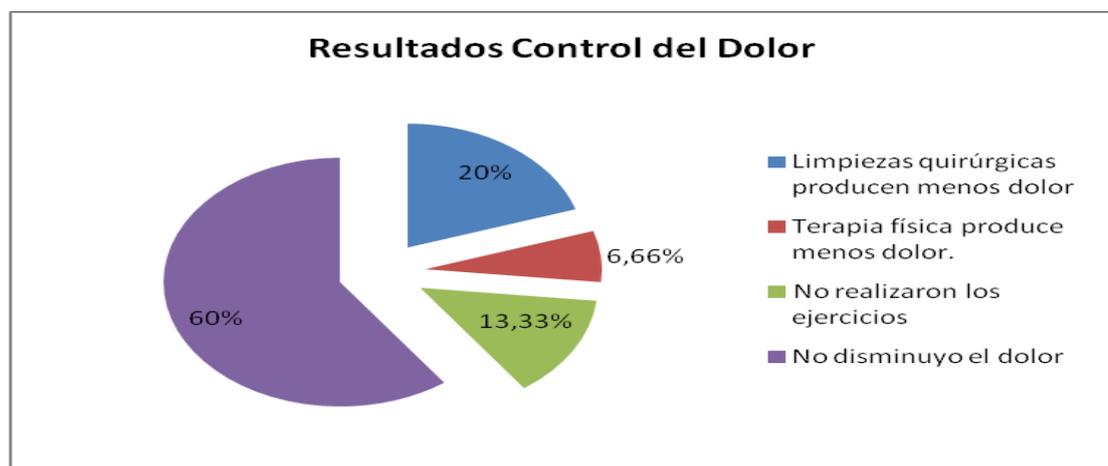


Gráfico N° 11

El gráfico representa los resultados que se observaron de la práctica de los ejercicios de respiración, que realizaron los pacientes como técnica para el control del dolor, de esto se desprende que: el 20% (3 casos) refirieron haber experimentado menos dolor durante las limpiezas quirúrgicas, gracias a los ejercicios que practicaron durante éstas; el 6,66% (1 caso) accedió a recibir fisioterapia y experimentó menos dolor durante la sesión, el 13,33% (2 casos) no realizaron los ejercicios, pues "no los recordaron", el 60% (9 casos) el dolor no disminuye por nada, pero se logró controlar la ansiedad durante las crisis de dolor agudo.

En cuanto al insomnio, si bien es cierto, las condiciones físicas que impedían un sueño reparador no fueron modificadas por políticas inherentes a la institución, ya que guardaban relación con el cuidado y administración de fármacos, interferían interrumpiendo con mayor facilidad el sueño, por ello los despertares nocturnos y el sueño superficial, estaban más condicionados por situaciones externas inevitables, las mismas que repercutían en la vigilia, por lo tanto no se logró un control efectivo del insomnio debido a lo referido.

En el caso de los pacientes oncológicos, el dolor crónico y el factor ambiente físico, se combinaban manteniendo y facilitando el insomnio, a esto asóciase que habían desarrollado un patrón de sueño diurno, por lo que era importante abordar el tema de la higiene del sueño. Pese a la intervención psicoeducativa al respecto, no fue mucho lo que se pudo lograr, de cierta forma los pacientes institucionalizados se habitúan a estos aspectos, además, en condiciones de terminalidad, si bien es cierto, se propone calidad de vida, no siempre la concepción de la misma, es la que sintoniza con las necesidades, opciones y expectativas del paciente.

Para intervenir en este tema, la técnica específica que se practicó para el efecto, pareció distraer en algo la ansiedad cuando era ejercitada por los pacientes, logrando en algunos casos inducir al sueño, refirieron algunos pacientes, sentir tranquilidad y relajarse principalmente cuando visualizaban imágenes agradables, aunque estuvieran asociadas a tiempos pasados en goce de salud, como estas imágenes evocan vivencias, que estimulan

emociones y pensamientos, generalmente no se recomendaban, sin embargo, eran muy recurridas. Los pacientes experimentan en su gran mayoría, sentimientos ambivalentes al repasar estos recuerdos, que si bien es cierto, son tratados en la terapia, no son del todo favorables a la hora del sueño (surge la tristeza, el llanto y luego el sueño por fatiga).

Volviendo al tema afecto y síntomas, en muchos casos, no fue posible realizar un retest, que permitiera establecer una comparación cuantitativa, verificando de este modo, si había disminuido la ansiedad o la depresión; no obstante, en la marcha del proceso, la observación de la actitud del paciente, las verbalizaciones, su respuesta frente a los sucesos inesperados, se expresó en un ambiente de mayor tranquilidad, podría decir, que con una respuesta más asertiva, más adaptativa que agresiva que en días y situaciones anteriores se hubiese notado. No por ello, debemos dejar de mencionar, que pese a todo lo antes referido, en algunos casos, la tranquilidad, la respuesta adecuada eran transitorias y se alternaban con periodos de mucha angustia, miedo y dolor como es lógico de esperar, no por ello considero que fuera inútil el trabajo realizado con algunos pacientes basándonos en sus inesperadas respuestas "no debe resultar fácil aprender a morir además solo se hace una vez". Aquello nos dio la pauta para reforzar cuando fuera posible.

Resumiendo con respecto a los resultados del aporte de las técnicas en el control de los síntomas asociados, se pudo observar una respuesta más cualitativa que cuantitativa.

6.3 En relación al conocimiento de la resiliencia y la generación de cambios

La importancia de desarrollar resiliencia, para los enfermos en etapa terminal, buscó un objetivo importante, mejorar la calidad de vida del paciente. La resiliencia ofrece por sus potenciales aplicaciones en este campo de la salud un aporte inestimable, a través de la elaboración de estrategias a desarrollar desde el ámbito intrahospitalario orientados a:

motivar, enseñar y fomentar una actitud más que positiva, una cualidad resiliente que coadyuva a la construcción de la propia calidad de vida, una respuesta que adopta el paciente cuando debe superar las crisis, el programa desarrollo de la resiliencia, buscó descubrir y potenciar los recursos personales existentes, que permitan a la persona reconstruir, resignificar, superar y transformar circunstancias adversas y estresantes.

De los resultados de la intervención terapéutica, se evidencia, que los pacientes adquirieron la capacidad de responder expresándose con un lenguaje positivo de características descritas como resilientes, así, en las sesiones grupales, en donde se incorporó el uso de la metáfora como técnica narrativa, se pudo observar que, dentro de un ambiente de escucha grupal e intercambio de ideas, se fue desarrollando la resonancia del grupo, lo cual fue muy favorable para los objetivos trazados, así los pacientes lograron identificarse con el tema y los contenidos, de este modo, algunos mensajes y verbalizaciones contradictorios y destructivos o la interpretación que pueda hacerse de las comunicaciones, que provenían de fuentes y figuras significativas o no, fueron cambiando, por lo que la resignificación hizo su espacio a través de las verbalizaciones: YO TENGO, YO SOY, YO ESTOY, YO PUEDO, todos estos enunciados junto con otros aparecen en el lenguaje resiliente, a su vez, la confianza en sí mismo, en el entorno representado por los compañeros y el personal de salud, la independencia, evidenciaron el avance.

En el programa desarrollo de resiliencia, cada paciente fue redescubriéndose como una persona por la que los otros sienten aprecio, respeto y admiración, por su actitud de lucha frente a sus experiencias, como una persona capaz de ofrecer apoyo y consejo desde su condición, pese a su propio sufrimiento, valiente, resiliente y aportativo por su apertura ante la posibilidad de aprender nuevos conceptos, por su capacidad de intentar resolver los problemas y una comunicación cada vez menos agresiva o pasiva para ser adecuada y asertiva.

El paciente ha logrado centrarse en el "aquí y el ahora", algo que no había resultado sencillo, ya que muchos pacientes experimentaban negación y resistencia; de igual manera, concientizar y asimilar que se padece una enfermedad crónica sin expectativas alentadoras, pero también, que no es la única persona y que existen maneras de enfrentarlo, que todas las vivencias difíciles de su historia de vida han contribuido para hacerlo resiliente. Emocionalmente han notado que su nueva actitud frente a sus propios sentimientos es diferente, asume su necesidad de llorar sin avergonzarse de ello, ciertamente muchos contenidos ya no se reprimen lastimando más, algunos logran canalizarse adecuadamente o al menos se comunican. Considero que si la resiliencia ayuda a restaurar, entre otras cosas, la dignidad de un ser humano inmerso en una condición muy adversa, eso contribuye a otorgarle sentido y calidad a los últimos días de su vida.

6.4 En cuanto a los objetivos relacionados con la personalidad

En el grupo de investigación, se estableció los principales rasgos de personalidad de los integrantes, estos rasgos sobresalientes en una persona proporcionan una referencia útil para guiarnos en los acercamientos adecuados que nos permitieron entrevistarlos, interpretar sus demandas, desarrollar un vínculo adecuado, potenciar sus recursos e integrarlos al grupo. La meta u objetivo en relación a la personalidad, no fue modificarla, además debo indicar que no se registraron la existencia de trastornos, rasgos excesivamente patológicos o totalmente desadaptativos, en esta situación fue necesario readministrar ciertos rasgos con la finalidad de favorecer la adaptación y desarrollo de la resiliencia.

Me referiré brevemente a los rasgos y actitudes que presentan algunos pacientes ante la terapia, por ejemplo: los pacientes con rasgos paranoides de la personalidad, se caracterizaban por estilos de pensamiento y sentimientos algo rígidos, diría que desconfiados, se mantenían distantes, les costaba socializar, abrirse y por ende integrarse al grupo, su dificultad para relajarse con los ejercicios hacía necesario un refuerzo individual.

Generalmente están a la defensiva y suelen ser muy cuestionadores de los compañeros, la terapia y el terapeuta, se atribuyen con facilidad verbalizaciones de otros pacientes como indirectas, se sienten aludidos, atacados, se desesperan con facilidad y parecen percibir ciertos tratamientos y cuidados como humillantes si no se cuidan los detalles en las comunicaciones y acciones. En realidad, parecen responder los sujetos de rasgos paranoides con mucha más irritabilidad que otras personalidades, representa un trabajo difícil, sin embargo, también suelen beneficiarse de las intervenciones dirigidas a cambiar sus distorsiones y percibir la realidad de modo más objetivo.

El individualismo exagerado, propio de los pacientes con rasgos narcisistas, quienes exigen una atención especial en las sesiones en donde buscan atraer para si toda la atención, resulta una demanda de energía adicional, estos pacientes suelen ser muy participativos, pero a veces no consideran o subestiman las intervenciones de los demás, sus expresiones y manifestaciones catárticas, hecho que hay que regular inmediatamente, distrayendo la atención y centrándose en el tema de partida, es preciso otorgar igual valor a otros aportes y hacérselos notar, aunque esto suela incomodarles mucho porque reduce su sobrevaloración.

Este tipo de perfiles demandan mucha atención durante sus intervenciones, lo cual no siempre es proactivo para el grupo, porque en realidad la idea es que se cohesione y cumpla con sus funciones, y estas actitudes suelen obstruir esos procesos; sin embargo, estos pacientes aportan porque lo que comunican en terapia suele desencadenar interrogantes y repuestas, generan polémica en los demás, quienes se ven avocados también a exponer sus propias inquietudes, su malestar, su forma de pensar con respecto a lo tratado, también son aquellos que por su estilo convocan al grupo, eventualmente suelen estimularlo.

Lo complicado de los rasgos histriónicos de la personalidad en una terapia de grupo, en donde se busca desarrollar la resiliencia, es cuando la labilidad afectiva propia de estos perfiles hace presencia en las sesiones,

sobreestiman los hechos, las palabras, las emociones y se desbordan a veces generando malestar e incomodidad en el grupo, pero es justamente, este pasar de un estado al otro, el que tiene que ser aprovechado para ejemplificar.

Sus distorsiones y la apertura con que suelen expresarlas, son herramientas útiles para el trabajo grupal, suelen motivar la participación, igualmente buscan ser el centro de atención y necesitan ganarse el afecto de los demás miembros brindándolo también, lo que da al grupo la característica de acogedor, lógicamente, no es nada saludable incorporar en un grupo heterogéneo más de un paciente con estas características, la actitud y respuesta resiliente, en estos casos, es menos observada que en los perfiles narcisistas, los pacientes con rasgos histriónicos más bien suelen adoptar una actitud de víctima, con respecto a este último aspecto, la magnificación de los eventos suele repercutir en el grupo, la sobreestimación debe ser utilizada y aprovechada para transformar la experiencia y el mensaje de modo general, así se enfatiza en que pese a lo terrible que ha referido X, ha sabido recuperarse y salir fortalecido, además, algunos pacientes suelen comparar estos aspectos con los suyos, tranquilizándolos de cierto modo, al pensar que lo sufrido por ellos es menos trágico que lo expuesto.

Haciendo hincapié en los aspectos desadaptativos de cada personalidad, se trabajó sobre las distorsiones de los individuos, considero que se logró respuestas resilientes justamente de la utilización de los aspectos no tan saludables de los perfiles y su posición frente a la enfermedad, además enfatizo que, sin embargo de lo inadecuado que pueda ser un individuo, referido a su comportamiento, humor predominante e independientemente de la enfermedad que le aqueja, siempre existe la probabilidad de transformar eso en algo positivo y utilizarlo para su propio bienestar y el de los demás.

Los pacientes de rasgos dependientes requieren de mayor atención, previa a la inclusión al grupo, a menudo requieren de cuidados que en realidad no son necesarios o indispensables, demandan que se les indique

minuciosamente como proceder frente a tal o cual circunstancia, problema o incomodidad, aunque jamás adopten la actitud haciendo finalmente lo que desean, por ello se debe propender al uso y desarrollo de la independencia en estos casos. Se adaptan a la institución y la compañía del grupo, siempre y cuando éste satisfaga sus necesidades de afecto, apoyo, atención, suelen ser aportativos en función de hacerles sentir útiles e importantes a otros pacientes que cursan con momentos de baja autoestima.

En el grupo de trabajo, se incorporó personas con distintos rasgos de personalidad, como ya se mencionara fue un grupo heterogéneo, la idea principal siempre radicó en no excluir salvo razones de "fuerza mayor", corresponde recordar que estos pacientes tienen una historia de vida llena de exclusiones, discriminación y hasta marginación social, así que independientemente de los rasgos de personalidad, pero siempre cuidando los criterios de inclusión, se dio marcha a la psicoterapia de grupo en desarrollo de la resiliencia con los citados casos y experiencias.

Los rasgos y personalidades límite, antisocial, anancásticos, evitativo y esquizoide no se identificaron con el perfil del grupo investigado, los rasgos paranoides y narcisistas suelen beneficiarse más si se los atiende y refuerza de modo individual.

Considero que los objetivos planteados en el Programa de Desarrollo de la Resiliencia, se lograron en la mayoría de los casos que se incorporaron al grupo, lamentablemente el deceso de algunos pacientes o el deterioro severo en el que se sumieron otros en el curso del programa, no permitió evaluar cuantitativamente o aplicar un retest que me brindara datos objetivos o disponer de resultados confiables, ya que por haber registrado una experiencia en poblaciones especiales como la investigada, se requiere de una herramienta especial y en el medio aunque existen test de valoración de resiliencia muy apropiados para otros grupos, considero que los pacientes terminales requieren de una herramienta exclusiva de exploración, ya que, en este tipo de pacientes, es imprevisible la respuesta

que suele acompañar los últimos días, por lo que me remito a los resultados observables desde lo cualitativo.

De este modo, se cumplió los objetivos de acuerdo a la etapa y condición de los individuos con relación a la problemática, atendiendo en prevención, brindando apoyo emocional e intentando la reducción del impacto frente a los diagnósticos, esto se logró a través de las entrevistas individuales y psicoterapia.

Mejorar la calidad de vida, situando a la resiliencia dentro de los cuidados paliativos, mantuvo una relación estrecha entre el uso de la misma y la generación de cambios de actitud frente a la enfermedad, de esta forma el paciente logró una reconceptualización de la experiencia, encontrando un significado diferente a su vivencia en este ciclo, la resignificación surgió de la transformación de las amenazas en retos, en aceptación, ajuste, autoconocimiento y resignación, reconstrucción de ideas y distorsiones.

Buscando en el paciente y comprendiendo que aún posee fortalezas, virtudes, valores y potenciales que pueden ser canalizados en su propio beneficio, se intervino brindándole la posibilidad de conocer y aprender ejercicios que ayudarían a mitigar los síntomas que se asocian a las enfermedades, ansiedad, angustia y específicamente a intentar controlar los episodios de dolor agudo que se presentan, tolerar las curaciones y limpiezas quirúrgicas, la fisioterapia, hacer algo por restituir el sueño y manejar en lo posible los despertares nocturnos. A esta alternativa, muchos pacientes se motivaron, aprendieron y practicaron la técnica, un grupo menor participó de los ejercicios en las sesiones pero no le encontró aplicabilidad en el momento necesario, o se dejaron vencer por el aspecto físico que involucra el dolor.

Se pudo notar, que se había operado un cambio en algunas personas por su actitud, forma de percibir y respuesta positiva frente a las situaciones, pero era importante conocer el criterio de las personas que convivían con los pacientes, los turnos de doce horas, es decir, el personal de salud que

tiene la oportunidad de observar a los pacientes y sus reacciones en diferentes actividades, durante la jornada en relación con el aseo e higiene, administración de medicamentos, alimentación, exámenes, limpiezas quirúrgicas, visita médica, relaciones interpersonales. El valor intrínseco de estos aspectos se evaluaron sin desestimar en ningún momento el periodo de las entrevistas y sesiones de psicoterapia, en donde aspectos como el vínculo y la relación terapéutica pueden generar actitudes muy saludables y de ajuste que podrían ser transitorios o limitarse al periodo, dando falsos positivos que nos indiquen cambios que en realidad no existen.

Las observaciones del personal de salud, se realizaban tanto formal como informalmente, eran comunicadas con frecuencia, requerían el apoyo psicológico, realizaban observaciones sobre ciertos casos y enunciaban "quejas" inclusive en presencia de los pacientes como:

- X está demasiado irritable con sus compañeros, ha atacado y ofendido a los más ancianos que se quejan de dolor por las noches.
- X no desea tomar la medicación o acudir a la terapia física.
- X ha insistido en que desea el alta e irse a su casa pero Ud. sabe su condición (muchas veces los pacientes manipulaban al personal, los sensibilizan en busca de ganancia secundaria, pidiendo irse a sus hogares, requiriendo espacios físicos y de soporte que en realidad no existen o en quienes ya no tienen lugar).
- X a discutido con Y, se agredieron mucho verbalmente, X llegó al punto de hacerlo caer, ahora todos reprochan a X, quien está muy alterado, no ha dejado de llorar, no desea hablar con nadie.
- X pide la presencia de su familia, pero hace 2 meses que lo dejaron acá y nunca se interesaron por él/ella.
- Innumerables aspectos se suman a los antes referidos, que son comunes y forman parte de lo cotidiano, en estos espacios el psicólogo es el llamado a solucionar todos esos impases, inherentes a la competencia de todos los miembros, esto complejiza la tarea, pues no es responsabilidad del clínico atender todo esto, sin embargo, se suele intervenir en lo que es emergente, pero estas situaciones que incurren simultáneamente cuando

se está buscando generar cambios mediante la intervención terapéutica, son elementos que pueden desalentar, sin embargo son marcadores de la realidad y deben por lo tanto contribuir a la planificación de nuestro trabajo, hechos como éstos ameritan que se incorpore en la sesión espacios de reflexión con los temas suscitados.

La medición de los cambios positivos y de una expresión resiliente, se puede identificar en las verbalizaciones que distinguen el discurso y actitudes del paciente, quien se expresa con esperanza, entusiasmo y suele reflejar un semblante acorde a su estado de ánimo, se muestra participativo, mejora la independencia así como sus relaciones interpersonales, colabora con el entorno, ayuda y acompaña a otros pacientes, dialoga, bromea con el personal, realiza sus ejercicios, intenta relajarse, expresa sus deseos de sobreponerse, luchar y acepta su condición final.

A lo antes referido, las observaciones del personal de salud avalan esta apreciación del terapeuta, estos aspectos mencionados son los indicadores objetivos que nos permiten verificar la eficacia del trabajo realizado. No obstante la estimación de los resultados en trabajos como el ejecutado, es una tarea que deja abierta a la investigación, creación, comprobación y validación de una herramienta que pruebe los resultados cuantitativamente en caso de que fuere necesario.

CONCLUSIONES

Los ciclos vitales y las características de cada etapa, representan espacios llenos de elementos enriquecedores, típicos de cada ser humano y sus particulares vivencias tanto en la niñez, juventud, adultez y senescencia. El adulto mayor ha enfrentado durante su vida probablemente muchas pérdidas, duelos y situaciones que representaron verdaderos retos existenciales, de los cuales pudo obtener la experiencia que definirá su estilo de afrontamiento personal. A la vejez bio-psico-social se la asocia con enfermedad y fin, aunque, no toda la población que la representa este severamente enferma o sea dependiente, del mismo modo, a la juventud se la asocia con vida, productividad, salud y disfrute.

Situarnos en la realidad a la que convoca el tema tratado, el aspecto existencial que a todo ser humano atañe, sin fecha, espacio y hora definida, es el deceso. Conseguir el mayor bienestar posible y un deceso en aceptación y paz, precisa un adecuado manejo de todas las condiciones que rodean al paciente, y entre estas, un factor muy importante, es el apoyo psicológico dentro de la atención integral. Al finalizar la propuesta de intervención del desarrollo de la resiliencia en el paciente enfermo terminal planteada en la presente tesis, y sintetizando la experiencia observada, puedo concluir con los siguientes aspectos relevantes:

En relación a las características del grupo

- Los pacientes son ingresados en condición de salud grave, indigencia y abandono, tienen escasas posibilidades de mantener contacto con su familia, amigos o vínculos significativos, es el personal de salud quien debe asumir este rol en los últimos momentos.
- Por su condición sociocultural, nivel de instrucción e imbuidos en creencias y mitos de nuestra idiosincrasia, carecen de nociones que los acerque a la acepción de psicoterapia o terapeuta, atribuyéndole a la práctica un contexto mágico, inclusive relacionándolo con otras

prácticas tradicionales, socializar el tema de la psicoterapia garantiza un buen inicio y continuidad del proceso.

- Los pacientes asistieron a por lo menos 7 sesiones de 13 planificadas participando activamente, las causas de ausentismo respondieron a: interconsultas y exámenes varios secundarios a dolor severo, somnolencia o sedación. Surgieron 2 deserciones, una por inadecuación al grupo y otra debido a la insidiosa evolución de la enfermedad, durante el proceso ocurrieron 6 decesos.
- Los casos derivados a terapia individual, cursaron un proceso muy breve, donde los objetivos respondieron a la necesidad emergente, las técnicas retrospectivas, narrativas, de respiración para el control del dolor fueron las más relevantes en esta etapa.
- Inicialmente algunos adultos mayores manifestaban duda o timidez, al progresar las sesiones surgió confianza y también interrogantes, brindaron sugerencias y consejos enriqueciendo el grupo de apoyo.
- Los jóvenes postrados, fueron más participativos, aportativos y cuestionadores que otros pacientes adultos mayores, que se limitaron a escuchar o seguir la secuencia de la sesión pasivamente.

En relación a los objetivos de asesoramiento

- En un sistema que carece de apoyo psicoterapéutico, la psicoeducación es el medio a través del cual se proporciona información al paciente sobre el padecimiento, esta actividad dirigida de forma tanto individual como grupal permitió que los asistidos incorporen conocimientos útiles sobre: diagnóstico, procedimientos aplicados, medicamentos administrados, expectativas, estado de salud y las fases que experimentará durante esta etapa de la propia muerte.

- En cuanto al diagnóstico, el cómo, cuándo y que comunicar es la gran disyuntiva que surge en el entorno del paciente, responder con evasivas ocultar la verdad genera ansiedad y preocupación excesiva, la desconfianza e inseguridad que surge del ocultamiento, puede conducir a que el paciente llegue al final de la vida: inseguro, desconfiado y sin tener la oportunidad de poner sus aspectos personales en orden y despedirse de sus seres queridos.
- La perspectiva resiliente le ayuda de cierto modo a alejarse del agobio, de la sensación de impotencia, a ver algo positivo de la realidad y sus vivencias, no le permite abrigar expectativas irreales, aunque esto involucre aceptar la soledad, enfermedad, privación, abandono y muerte, implica que el paciente admita que la adversidad y carencias que caracterizaron su vida, representan su realidad, y que, pese a ello, existen elementos válidos, útiles, rescatables en su historia que le permiten afrontar, adaptarse y luchar.
- La proporción de nueva información acerca de la enfermedad, la utilización de los mecanismos de afrontamiento que posee el paciente para enfrentarla, le conducen al autodescubrimiento por introspección, autoexploración y autoobservación.

En relación a los objetivos sintomáticos

- A los principales trastornos identificados depresión y ansiedad, se asocian síntomas y signos secundarios como el insomnio, trastornos del apetito, pérdida de energía y fatiga, guardan importante relación con el dolor, por lo que su control es esencial en el manejo de la depresión.
- Los criterios diagnósticos de la depresión usados con otras poblaciones, no son del todo apropiados para evaluar al enfermo terminal, no siempre es posible distinguir la depresión de la tristeza al final de la vida, por ello algunos elementos como verbalizaciones, resignificación, conductas

adaptativas, resiliencia y respuestas asertivas nos dan la pauta o pueden ser considerados indicadores de resultados positivos en el tema.

- Para lograr conductas adaptativas frente a los síntomas y signos asociados a la enfermedad, aporta en el trabajo grupal generalizar en relación a las formas de respuesta esperables y frecuentes, luego invitar al paciente que rescate de su historia de vida, experiencias que representan respuestas resilientes y refocalizadas como actitud de enfrentamiento.
- Los pacientes que asumen una participación activa en el control de síntomas obtienen mejores resultados que aquellos que permanecen pasivos o demandantes de fármacos.
- En relación a la experiencia del dolor frente a los procedimientos (limpiezas quirúrgicas, etc.), los pacientes refirieron que la intensidad fue menor, los ejercicios de respiración, funcionaron como catalizador en beneficio de la disminución del dolor en algunos casos y como distractor en otros, y aunque el dolor no se mitigará, se pudo controlar la respuesta ansiosa que trae consigo el dolor agudo.
- En cuanto al insomnio, los despertares nocturnos y el sueño superficial, estuvieron condicionados por situaciones externas que guardaban relación con el cuidado y administración de fármacos, por ello fueron inevitables, por lo tanto no se logró un control efectivo del insomnio, pero si se logró una reinducción voluntaria al sueño en los casos en los que se practicó técnicas de respiración. En el caso de los pacientes oncológicos, el dolor crónico y el factor ambiente físico se combinaban manteniendo y facilitando el insomnio.
- Aunque las técnicas de visualización de imágenes agradables son útiles, se debe evitar asociarlas a tiempos pasados en goce de salud, estas imágenes evocan vivencias que estimulan emociones y pensamientos

ambivalentes al repasar estos recuerdos, no son del todo favorables a la hora del sueño (surge la tristeza, el llanto y luego el sueño por fatiga).

- Las intervenciones psicoterapéuticas de apoyo, counselling individual o grupal cuando se emplean por tiempo suficiente y, se controlan lo mejor posible los problemas médicos, tienen un efecto discreto o moderado para síntomas depresivos leves en pacientes terminales.
- Las técnicas de respiración fueron las más aceptadas en la mayoría de los casos por la facilidad en su aplicación, siendo las más prácticas para controlar el dolor, el insomnio y para tranquilizarse ante el deceso de un compañero.
- Otras técnicas como el collage y la pintura, facilitaron la representación gráfica de estados emocionales, de la propia historia a través de la proyección, alivio y distracción del estrés.

En relación a los objetivos de la personalidad

- Los rasgos de personalidad orientan los acercamientos de modo eficaz, cada paciente tiene un estilo de respuesta a su padecimiento definido por la dinámica de su personalidad, el acercamiento debe ser cuidadosamente observado, desatenderlo dificulta el trabajo en grupo y privan en sí de los beneficios que brinda. Es necesario potenciar la riqueza de los rasgos al servicio del crecimiento grupal. Para cada caso siempre habrá que estimar los beneficios versus ineficacia de las intervenciones.
- Cada ser humano configura e interpreta su realidad en base a la forma de vivir y experimentar cada fenómeno, la aplicación de procedimientos técnicos desde diversas formas de psicoterapia, surge desde el constructivismo cuando la necesidad de reconstruir la realidad, aún con los elementos existentes, esto admite dar un nuevo significado a la experiencia y dar cabida a la resiliencia como respuesta y nueva competencia adquirida.

- En relación a las técnicas retrospectivas, reminiscencias y remembranzas favorecen el autoconocimiento, la reconstrucción en base a las experiencias vividas, las técnicas narrativas, el uso de la metáfora le brindan al paciente la posibilidad de asociar la historia representada con la propia, desarrollando así una narrativa sobre sí mismo, induciendo a la reflexión, al reproceso de recuerdos, sucesos, personas significativas. Las técnicas de reestructuración cognitiva, condujeron a sustituir creencias y superar acontecimientos negativos, redirigiendo la atención a aspectos positivos de sus vivencias.

En resumen, puedo indicar que los objetivos planteados al inicio de esta investigación guardaron relación con la práctica, se centraron en la población, buscando reducir los síntomas asociados a los trastornos que presentan los enfermos terminales, atender sus dificultades emocionales y elementos de su personalidad, utilizando estos rasgos como indicador para los acercamientos a través del desarrollo de estrategias de resiliencia, con el propósito de incidir en la calidad de vida.

RECOMENDACIONES

Una vez finalizado con mi trabajo de investigación, me permito realizar las siguientes recomendaciones:

- La intervención terapéutica y apoyo psicológico a enfermos terminales y adultos postrados, debe constituirse en un proceso establecido permanente dentro de los cuidados paliativos en instituciones que se especializan en poblaciones especiales como la investigada, es importante que el psicólogo mantenga una entrevista breve diaria con cada paciente, ya que permite observar la evolución y atender otras demandas que surgen.
- La intervención en resiliencia desde el enfoque integrativo, enmarcado en el constructivismo debe implementarse en el contexto del abordaje al paciente terminal, pues, su utilidad y validez quedó evidenciada en el presente trabajo.
- El personal de enfermería y auxiliares que asisten a los pacientes terminales, requieren de psicoeducación, evaluación del nivel de estrés, estrategias de manejo ante situaciones estresantes, para optimizar su trabajo y evitar que el desconocimiento del tema repercuta en sus funciones y por ende en la atención al paciente.
- De los pacientes y los síntomas asociados, los beneficios y los efectos de los medicamentos (ansiolíticos, antidepresivos) en caso de ser administrados, siempre deberán considerarse como adjuntos a una buena comunicación, apoyo psicológico, escucha atenta, asesoramiento y nunca como un sustituto de los mismos.
- Sería importante que los alumnos de Universidades y Centros de Formación Superior al momento de realizar su trabajo práctico, busquen poblaciones especiales como está, ya que representan grupos humanos descuidados por la sociedad y el Estado, se debe fortalecer los

programas de formación académica de especialistas involucrados y destinados a ofrecer una atención integral a estos grupos.

- Las condiciones físicas de la institución, tanto para la actividad como para el descanso, deben poseer características adecuadas en el caso específico del paciente terminal, se lo debe mantener activo de acuerdo a sus posibilidades de movimiento, propender a conservar su independencia, facilitar el ejercicio de técnicas para el control del insomnio, dolor, ansiedad, generar un ambiente idóneo para el descanso y bienestar de los pacientes, repercute directamente en su calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA

- ALFREDO, C Ángel. Resiliencia: ¿Cómo enfrentar la desventura y el infortunio? [En línea] Miércoles, 29 de enero de 2003 [citado noviembre 12, 2008]. Disponible en internet: <http://www.analitica.com/va/politica/opinion/5445271.asp#>.
- ARBIZU, J.P. *Factores psicológicos que intervienen en el desarrollo del cáncer y en la respuesta al tratamiento*. ANALES DEL SISTEMA SANITARIO DE NAVARRA [En línea] 10 de Junio 2010, Servicio de Oncología. Hospital de Navarra. Pamplona. [Ref. 14 agosto 2010]. Disponible en internet: www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol24biblio13/suple16a.html.
- ASTUDILLO, Wilson., MENDINUETA, Carmen. *Tratamiento de los síntomas neuropsiquiátricos*. [en línea]. texinfo 1ª Ed. [San Sebastián, España], 2005 (referencia 20 julio 2008). Disponible en internet: <http://www.sovpal.org/upload/publica/libros/Alivio-situaciones-dificiles/06-TRATAMIENTO-DE-LOS-SÍNTOMAS-NEUROPSIQUIÁTRICOS-Astudillo-Mendi.pdf>.
- BALAREZO, Lucio Msc. Seminario Taller Internacional, *abordaje integral y psicoterapia integrativa en el adulto mayor*. [Material gráfico proyectable] Quito-Ecuador [2007]. 51 diapositivas. Aplicación del modelo integrativo en adultos mayores.
- BAGLADI, Verónica. *Psicoterapia Integrativa. Aportes del Paradigma Cognitivo*. [Material gráfico proyectable]. Ecuador [2006]. 33 diapositivas. Supraparadigma Integrativo en Trastornos Adictivos.
- BARINGOLTZ, Sara. (1998). *La Psicoterapia Constructivista y el Terapeuta: Algunas Consideraciones*. (Ed.), *Constructivism in the Human Sciences*. Vol. 3, nº 2, December 1998, International Congress on Constructivism in Psychotherapy. (pp.1-6). Centro de terapia cognitiva. Capital Federal – Argentina. Disponible en internet: <http://www.ctcar.com.ar/publicaciones/La%20Psicoterapia%20Constructivista%20y%20el%20Terapeuta%20-%20Algunas%20Consideraciones.pdf>.
- BAYÉS, Ramón., BARRETO, M Pilar. *El psicólogo ante el enfermo en situación terminal*. Universidad de Murcia, Servicio de Publicaciones *anales de psicología*, [en línea. 1990, Vol. 6, Nº 2]. [Ref. 2009-08-29], pp. 169-180. Disponible en internet: <http://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/5311/1/AP6%20N2%20%281990%29%20P%20169-180.pdf>.
- CANO, Antonio. *Control emocional, estilo represivo de afrontamiento y cáncer: ansiedad y cáncer*, *PSICOONCOLOGÍA*. Disponible en internet: <http://revistas.ucm.es/psi/16967240/articulos/PSIC0505120071A.PDF> Vol. 2, Núm. 1, 2005, pp. 71-80.
- CASTAÑEDA, Pablo Félix. "Modelos de psicoterapia conductual y cognitiva frente a la conducta desadaptada" [en línea]. *Revista de Psicología*. Vol. II Nº 1 Enero 1998. Disponible en internet: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/psicologia/1998_n1/modelos_psicoterapia.htm.

- DIAZ, Olgüin Rodrigo. *El modelo narrativo en la psicoterapia constructivista y construccionista*. Artículo editado por CIPRA Círculo de Psicoterapia Constructivista. Octubre 2007, Disponible en internet: <http://www.cipra.cl/documentos/Narrativa%20y%20psicoterapia%20constructivista%20y%20construccionista%20--%20Diaz%20Olguin.pdf>. [Ref. 2009-07 -28], pp. 1-12.
- Centro de Estudios Ramón Areces. Colección de psicología (mayo, 2007). Introducción a la psicología, fundamentos de la psicología: el constructivismo (capítulo 10). Disponible en internet: <http://www.e-torredebabel.com/uned-parla/asignaturas/introducciónpsicologia/resumenmanual-capítulo10.htm>.
- DE LA CRUZ, M^a Victoria., MAZAIRA, M^a del Carmen. (1992). *Programa de desarrollo socio afectivo*. Tea Ediciones, S.A. Madrid.
- ECHEBURÚA, E. (2004). *La resistencia humana ante los traumas y el duelo*. Pág. 7. Ref. 24 Junio 2009. Disponible en: www.paliativossinfronteras.com/.../18-LA-RESISTENCIA-HUMANA-EN-EL-PROCESO-DEL-DUELO-Echeburua.pdf.
- *El dolor neuropático como causa de ansiedad, depresión y trastornos del sueño en condiciones de práctica médica habitual: resultados del estudio naturalístico DONEGA*. Rejas, J; Ruiz, M; Vidal, J; Marsal, C; Gálvez, R; Unidad del Dolor, Servicio de Anestesia, Hospital Virgen de las Nieves, Granada, España Rev Soc Esp Dolor 13 (2006); 2:81-95. Disponible en internet: <http://revista.sedolor.es/articulo.php?ID=414>.
- *Factores de riesgo asociado a depresión mayor en pacientes con artritis reumatoide*. Lujan Walter, Ramírez Erick, García Julio, Berrocal Alfredo y Calvo Armando. Servicio de Inmunoreumatología. Hospital Nacional Cayetano Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú Heredia. Rev. Perú. reumatol. 2003; 9 (1): 9-22. Disponible en internet: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/reuma/v09_n1/riesgo.htm.
- FERNÁNDEZ, Álvarez. (2005). *Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia*. Editorial Paidós, Buenos Aires.
- FERNÁNDEZ, Héctor., OPAZO, Roberto. (2004). *La integración en Psicoterapia*. Ediciones Paidós Ibérica S.A. Barcelona.
- FRANCÉS, I., BARANDIARÁN, M. *Estimulación psicocognoscitiva en las demencias*. Anales del sistema sanitario de Navarra, Clínica Psicogeriátrica "Josefina Arregui" [en línea. septiembre-diciembre 2003, VOL.26; N°3. [Ref. 2009-07-29], pp.339-480. Disponible en internet: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol26/n3/revis2a.html>.
- FUENTENEbro, Filiberto. 1990. *Psicología Médica. Psicopatología y Psiquiatría*. Mc.GRAW-HILL-INTERAMERICANA DE ESPAÑA S.A.
- GREENBERG, Leslie., PAIVIO, Sandra. (2003). *Trabajar con las emociones en psicoterapia*. Ediciones Paidós Ibérica, S.A. Barcelona.
- G. Martin, J Pear. (1998). *Modificación de conducta qué es y cómo aplicarla*. Editorial Biblioteca Nueva, S.L. Madrid.

- <http://fcmfajardo.sld.cu/jornada/ljornada/Marilet/DIABETES%20MELLITUS1.htm>.
- <http://www.cáncer.org/epidemiologia>. 2007.
- <http://www.fundaciongrifols.org>, 09/02/2008.
- http://es.wikipedia.org/wiki/Trastorno_psicosom%C3%A1tico.
- HERSCOVICI, Rausch Cecile. Resiliencia familiar. *La resiliencia a lo largo del tiempo* [En línea] 23, febrero de 2006. [citado noviembre 5, 2008]. Disponible en internet:<http://www.depsicoterapias.com/articulo.asp?IdSeccion=16&IdArticulo=76>.
- INBAR, Jacinto. *Modelo Integrativo enfocado en las soluciones para el desarrollo de la resiliencia individual y familiar*. [En línea] 2006, perspectivas sistémicas. Universidad de Derby (Inglaterra). Disponible en internet: <http://www.redsistemica.com.ar/articulo94-4.htm>.
- IZQUIERDO, Maricruz Dra. (2006). *El Psicoterapeuta del Modelo Integrativo*, revista de la sociedad ecuatoriana de asesoramiento y psicoterapia integrativa.
- JIMÉNEZ, Ambriz María Guadalupe. (2008). "Resiliencia y vejez". Madrid, Portal Mayores, Informes Portal Mayores, nº 80. Lecciones de Gerontología, XV [Fecha de publicación: 07/02/2008]. Disponible en internet:<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/jimenez-resiliencia-01.pdf>.
- KAPLAN y SADOCKS, MD. (1996). *Terapia de Grupo*. Editorial. Médica Panamericana. S.A. Madrid.
- LAMAS, R Héctor., MURRUGARRA, Alcira Psic. *El desarrollo humano como principio y fin de la salud, calidad de vida en el adulto mayor*. [En línea] 07 de Abril 2006, Sociedad Peruana de Resiliencia [Ref. de 26 mayo 2006]. Disponible en: <http://www.ecoportel.net/temas-especiales/salud-ecoportel.net>.
- Letelier, Carmen. *Principios de Influencia* (Etiología). [Material gráfico proyectable]. Ecuador [2006]. 39 diapositivas; Propuesta de intervención desde el modelo integrativo supraparadigmático a la temática del duelo en adultos.
- LÓPEZ, López Almudena., VELASCO, Furlong Lilian. (2007). "Dolor y envejecimiento". Madrid, Portal Mayores, Informes Portal Mayores, nº 70. Lecciones de Gerontología, XII [Fecha de publicación: 10/01/2007]. Disponible en internet: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/lopez-dolor-01.pdf>.
- MARTINEZ, A. Constructivismo ¿Una vuelta a los principios filosóficos del positivismo? Sevilla CL& E. 1995. 28, pp-5-13 [versión electrónica]. Disponible en internet: dialnet.unirioja.es/servlet/fichero_articulo?codigo=2941772...0
- MARIN, N., Benarroch. *Precisiones sobre el constructivismo e implicaciones para la educación*. Paideia. [En línea]. Revista de Educación A. (Universidad de Concepción). Chile 2000 N°28. 19-34. [Ref. de 6 de mayo 2009]. Disponible en: <http://www.cibernetia.com>.

- Moix Queraltó J. Hypnosis for the management of pain. [en línea]. Rev Soc Esp Dolor, Diciembre 2002 p a i n [Ref. de 5 DE MARZO 2009 16.51]. Moix*. R E V I S I Ó N. 5 2 5. Moix Queraltó J. Disponible en internet: pagines.uab.cat/jennymoix/sites/pagines.uab.cat.jennymoix/.../hipnosis.pdf.
- MUNIST, SANTOS, KOTLIARENCO. *Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes*. [en línea] Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Autoridad Sueca para el Desarrollo Internacional (ASDI), septiembre de 1998 [citado noviembre 14 2008]. Disponible en internet: <http://resilnet.uiuc.edu/library/resilman/resilman.pdf>.
- NEIL, R. Carlson. (2006). *Fisiología de la conducta humana*. Pearson Educación, S.A. Madrid-España.
- Psicoterapeutas.com [en línea]. Madrid, Centro de Psicología clínica y psicoterapia, 12 Dic 2008 [Ref. de Marzo 2009]. Disponible en internet: <http://www.cop.es/colegiados/M-0451/Insomnio.htm>, www.cop.es/colegiados/M-00451/.
- Relación entre características del dolor crónico y los niveles de depresión. Díez, M A; González-Tablas, M M; Muriel, C; Llorca, G J. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Rev Soc Esp Dolor 14 (2007); 1:26–35. Disponible en internet: <http://revista.sedolor.es/articulo.php?ID=474>.
- RIDRUEJO, A Pedro. (1996). *Psicología médica*. McGraw-Hill / Interamericana de España, S.A. 1. Ed.
- RUIZ, Sánchez Juan José., CANO, Sánchez Justo José. *Psicoterapia por personalidad: Clínica de Psicología "V.mars"* [citado 20 de enero 2009]. Disponible en internet: <http://www.psicologia-online.com/ESMUbada/Libros/Personalidad/personalidad7.htm>.
- THUMALA, Daniela. “*Modernidad y Sufrimiento: Algunos elementos para la comprensión de la significación cultural de la experiencia del sufrimiento*.” Abril de 2002. Director: Juan Carlos Skewes. Universidad de Chile, Departamento de Antropología. Universidad de Chile, Revista Mad. No.8. Mayo 2003. Disponible en internet: <http://rehue.csociales.uchile.cl/publicaciones/mad/08/paper07.pdf>.

ANEXOS
ANEXO 1
ESCALA DE HAMILTON PARA LA DEPRESIÓN

Paciente:.....Puntuación.....

Nº	Ítem	Graduación	Visita 1 Fecha	Visita 2 Fecha	Visita 3 Fecha	Visita 4 Fecha
1	Estado de ánimo deprimido	(0-4)				
2	Sentimiento de culpa	(0-4)				
3	Impulsividad suicida	(0-4)				
4	Insomnio precoz	(0-2)				
5	Insomnio intermedio	(0-2)				
6	Insomnio tardío	(0-2)				
7	Trabajo y actividades	(0-4)				
8	Inhibición psicomotora	(0-4)				
9	Agitación	(0-4)				
10	Ansiedad psíquica	(0-4)				
11	Ansiedad somática	(0-4)				
12	Síntomas somáticos: gastrointestinales	(0-2)				
13	Síntomas somáticos: generales	(0-2)				
14	Síntomas genitales	(0-2)				
15	Hipocondría	(0-4)				
16	Pérdida de peso	(0-2)				
17	Introspección	(0-2)				
18	Variación diurna	(0-2)				
19	Despersonalización y desrealización	(0-4)				
20	Síntomas paranoicos	(0-4)				
21	Síntomas obsesivo-posesivo	(0-2)				
	Total					

(0-4): 0: Ausente 1: Suave 2: Moderado 3: Severo 4: Muy Severo
(0-2): 0: Ausente 1: Leve o Dudoso 2: Claramente presente.

ESCALA DE HAMILTON PARA LA DEPRESIÓN (HDRS)

(Versión validada al castellano por Ramos-Brieva y cols.)

La HDRS es la de mayor uso para evaluar la depresión, considerándose la escala-patrón de todas las escalas de su tipo. No es una escala diagnóstica, por lo que su uso debe ser posterior al diagnóstico de depresión. Ofrece una medida cuantitativa de la intensidad del trastorno y también puede ser utilizada para evaluar la efectividad del tratamiento.

ANEXO 2

ESCALA DE HAMILTON PARA ANSIEDAD (HARS)

(Versión adaptada al castellano por Carrobles y cols.)

SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	0	1	2	3	4
1. HUMOR ANSIOSO: Inquietud. Expectativas de catástrofe. Aprensión (anticipación temerosa). Irritabilidad.					
2. TENSIÓN: Sensaciones de tensión. Fatigabilidad. Imposibilidad de estar quieto. Reacciones de sobresalto. Llanto fácil. Temblores. Sensaciones de incapacidad para esperar.					
3. MIEDOS: A la oscuridad. A los desconocidos. A quedarse solo. A los animales. A la circulación. A la muchedumbre.					
4. INSOMNIO: Dificultades de conciliación. Sueño interrumpido. Sueño no satisfactorio, con cansancio al despertar. Sueños penosos. Pesadillas. Terrores nocturnos.					
5. FUNCIONES INTELECTUALES (COGNITIVAS): Dificultad de concentración. Mala memoria.					
6. HUMOR DEPRESIVO: Pérdida de interés. No disfruta del tiempo libre. Depresión. Insomnio de madrugada. Variaciones anímicas a lo largo del día.					
7. SÍNTOMAS SOMÁTICOS MUSCULARES: Dolores musculares. Rigidez muscular. Sacudidas musculares. Sacudidas clónicas. Rechinar de dientes. Voz quebrada.					
8. SÍNTOMAS SOMÁTICOS GENERALES: Zumbido de oídos. Visión borrosa. Oleadas de calor o frío. Sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas (pinchazos u hormigueos).					
9. SÍNTOMAS CARDIOVASCULARES: Taquicardia. Palpitaciones. Dolor torácico. Sensación pulsátil en vasos. Sensaciones de "baja presión" o desmayos. Extrasístoles (arritmias cardíacas benignas).					
10. SÍNTOMAS RESPIRATORIOS: Opresión pretorácica. Constricción precordial. Sensación de ahogo o falta de aire. Suspiros. Disnea (dificultad para respirar).					
11. SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES: Dificultades evacuatorias. Gases. Dispepsia: dolores antes o después de comer, ardor, hinchazón abdominal, náuseas, vómitos, constricción epigástrica. Cólicos (espasmos) abdominales. Borborigmos. Diarrea. Pérdida de peso. Estreñimiento.					
12. SÍNTOMAS GENITOURINARIOS: Micciones frecuentes. Micción imperiosa. Amenorrea (falta del período menstrual). Metrorragia (hemorragia genital). Frigidez. Eyaculación precoz. Impotencia. Ausencia de erección.					
13. SÍNTOMAS DEL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO: Boca seca. Accesos de enrojecimiento. Palidez. Tendencia a la sudoración. Vértigos. Cefalea (dolor de cabeza) de tensión.					
14. CONDUCTA EN EL TRANSCURSO DEL TEST: Tendencia al abatimiento. Agitación: manos inquietas, juega con los dedos, cierra los puños, tic, aprieta el pañuelo en las manos.					

Inquietud: va y viene. Temblor en las manos. Rostro preocupado. Aumento del tono muscular o contracturas musculares. Respiración entrecortada. Palidez facial. Traga saliva. Eructos. Taquicardia o palpitaciones. Ritmo respiratorio acelerado. Sudoración. Pestañeo.					
Ansiedad Psíquica (1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14)					
Ansiedad Somática (7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13)					
PUNTUACIÓN TOTAL					

ESCALA DE HAMILTON PARA ANSIEDAD (HARS)

(Versión adaptada al castellano por Carroble y cols.)

La HARS examina y cuantifica la intensidad de la sintomatología ansiosa. Evalúa categorías de síntomas, tanto psíquicos como somáticos. Es sensible a las variaciones a través del tiempo o después de recibir tratamiento, por lo que podemos usarla en estudios de seguimiento.

Instrucciones para su administración

- Es una escala hetero administrada por un clínico tras una entrevista.
- La prueba consta de 14 ítems.
- Se pueden obtener dos puntuaciones que se corresponden con ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) o con ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13).
- Es sensible a las variaciones a través del tiempo o después de recibir tratamiento, por lo que podemos usarla en estudios de seguimiento.
- Deben puntuarse todos los ítems acorde a los siguientes criterios:
0 Ausente. 1 Intensidad ligera. 2 Intensidad media.
3 Intensidad elevada. 4 Intensidad máxima (invalidante).
- Escoja en cada ítem la puntuación que corresponda a la intensidad acorde a lo que siente o a su comportamiento, de acuerdo a su apreciación.
- Sume la totalidad de los 14 ítems.
- Las definiciones que siguen al enunciado de cada ítem son ejemplos que pueden servir de guía.
- El rango de puntuaciones oscila entre 0 y 56 puntos.
- Una puntuación mayor o igual a 15 corresponde a ansiedad moderada/grave.

- Una puntuación de 6 a 14 corresponde a ansiedad leve.
- Una puntuación de 0 a 5 corresponde a ausencia o remisión del trastorno.

Los siguientes ítems exploran:

Ansiedad Psíquica (1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14)

Ansiedad Somática (7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13)

ANEXO 3

ENTREVISTA ESTRUCTURADA PARA LA APLICACIÓN DE LA ESCALA DE HAMILTON PARA DEPRESIÓN

La entrevista inicia con la siguiente introducción:

- Me gustaría hacerle unas preguntas sobre su estado de ánimo durante la última semana.

1. ESTADO DE ÁNIMO

- a) ¿Cuál ha sido su estado de ánimo durante la última semana?
- b) ¿Se ha sentido deprimido?
- c) ¿Se ha sentido sin esperanza?
- d) En la última semana: ¿Qué tan a menudo se ha sentido deprimido? ¿Ha sido diario?
- e) ¿Ha estado llorando?

0. Ausente

- 1. Este sentimiento es informado espontáneamente por el paciente
- 2. Este sentimiento es informado sólo al interrogatorio
- 3. Comunica sentimientos depresivos no verbalmente
- 4. El paciente manifiesta estas emociones de manera verbal y no verbal.

2. SENTIMIENTOS DE CULPA

- a) ¿Ha estado usted en el último mes especialmente autocrítico, sintiendo que ha dejado de hacer cosas o que ha hecho cosas equivocadas, o que ha decepcionado a los demás con sus acciones?
- b) ¿Se ha sentido culpable de cosas que ha hecho o que ha dejado de hacer?
- c) ¿Ha pensado usted que se ha provocado de alguna manera esta depresión?
- d) ¿Piensa usted que su depresión es una forma de castigo?

0. Ausente

- 1. Autoreproche, siente que ha decepcionado a otros
- 2. Ideas de culpa o rumiación de eventos pasados desagradables

3. Siente que la enfermedad actual es un castigo. Pueden existir delirios de culpa
4. Oír voces acusatorias o que lo denuncian. Experimentar alucinaciones que le producen miedo.

3. SUICIDIO

- a) En la última semana, ¿ha tenido pensamientos de que la vida no vale la pena o que sería mejor que usted estuviera muerto?
¿Ha pensado en herirse o aun en matarse?
SI LA RESPUESTA ES SÍ
¿Qué opina de estas ideas?
- b) ¿Ha efectuado intentos suicidas?

0. Ausente

1. Siente que la vida no vale la pena
2. Deseos de estar muerto o fantasías de una posible muerte
3. Ideas suicidas
4. Intentos suicidas

4. INSOMNIO INICIAL

- a) ¿Cómo ha sido su sueño en la última semana?
- b) ¿Ha tenido problemas para iniciar su sueño?
- c) Cuando va a la cama, ¿Cuánto tiempo le lleva el quedarse dormido?
- d) ¿Cuántas veces en esta semana ha tenido problemas para iniciar su sueño?

0. Sin dificultades

1. Quejas ocasionales de dificultades para iniciar su sueño
2. Quejas de dificultades diarias para iniciar su sueño (cinco de siete días es calificación 2) (cualquier persona que tome medicamentos para dormir es calificación 2)

5. INSOMNIO INTERMEDIO

- a) ¿Durante la semana pasada se despertó más de lo común durante las noches?

SI LA RESPUESTA ES SÍ

¿Se levantó de su cama? ¿Qué es lo que hace?

- b) ¿Cuándo regresa a su cama es capaz de volver a dormirse nuevamente?
- c) ¿Ha sentido que su sueño es poco reparador o intranquilo?

0. Sin dificultades

- 1. El paciente se queja de sueño intranquilo y poco reparador
- 2. Levantarse de la cama se califica como un 2 (excepto para ir al baño)

6. INSOMNIO TARDIO

- a) ¿A qué hora estuvo despertando por última vez la última semana?
- b) ¿Se despierta con reloj despertador o de manera espontánea? Antes de la depresión, ¿A qué hora acostumbraba despertar?

0. Sin dificultad

- 1. Despierta en horas de la madrugada; permanece más de una hora despierto.
- 2. Incapaz de volverse a dormir o si se levanta de la cama una hora antes de lo acostumbrado.

7. TRABAJO Y ACTIVIDADES

- a) ¿Cómo pasó su tiempo libre la semana pasada?
- b) ¿Ha sentido interés por hacer las actividades que antes le interesaban nuevamente? ¿Ha tenido que esforzarse para realizar las actividades que antes le gustaba realizar?
- c) ¿Se ha detenido de hacer actividades que antes solía realizar?

SI LA RESPUESTA ES SÍ

¿Por qué?

- d) ¿Hay algo que usted desee hacer en el futuro?

0. No tiene dificultades

- 1. Pensamientos y sentimientos de incapacidad, fatiga o de irritabilidad. Esto último relacionado o con su trabajo o pasatiempos

2. Pérdida de interés por actividades, pasatiempos, esto informado por el paciente o terceros. Indecisión para pequeñas actividades
3. Disminución del tiempo que dedica a sus actividades o baja en su productividad
4. Deja de trabajar del todo por su enfermedad actual.

8. RETARDO

Se explora en el interrogatorio por el médico

Movimientos y discursos lentos; problemas en su capacidad para concentrarse, disminución en la actividad psicomotriz

0. Lenguaje y actividad normal

1. Retardo ligero
2. Retardo obvio
3. Interrogatorio difícil
4. Estupor completo

9. AGITACIÓN

a) Califíquese con base en lo que se observa en la entrevista

0. Ninguna

1. "Jugar con el cabello, manos, ropa, etc."
2. Restregarse las manos, morderse las uñas, morderse los labios.

10. ANSIEDAD PSÍQUICA

a) ¿Se ha sentido especialmente tenso o irritable la semana previa?

b) ¿Se ha estado preocupando demasiado por pequeñas cosas que ordinariamente no le preocuparían?

SI LA RESPUESTA ES SÍ

Deme unos ejemplos

0. Sin dificultades

1. Tensión subjetiva e irritabilidad

2. Se preocupa por cosas menores
3. Actitudes de aprehensión aparentes en cara y extremidades
4. Temor visible, sin que se le pregunte al paciente

11. ANSIEDAD SOMÁTICA

a) ¿La última semana ha tenido usted alguno de los siguientes síntomas? (lea la lista en voz lenta, para estar seguro de que el paciente entiende)

Concomitantes fisiológicos de la ansiedad:

- Gastrointestinal: Boca seca, indigestión, diarrea, cólicos
- CVS: Palpitaciones, edema
- Respiratorio: Hiperventilación, suspiros
- Urinario: Aumento de la frecuencia urinaria
- Otros: Cefalea, sudoración, otros (especificar)

Cada síntoma se evaluará por separado haciendo semiología de los mismos

b) ¿Qué tanto le ha molestado el síntoma la semana pasada? ¿Cuántos días de la semana ha presentado usted las molestias?

0. Ausente
1. Ligera
2. Moderada
3. Severa
4. Incapacitante

12. SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES

a) ¿Cómo ha estado de su apetito la última semana? ¿Cómo lo compara en función de su apetito habitual?

b) ¿Ha tenido que esforzarse en comer?

c) ¿Ha tenido otra persona que forzarlo a comer?

0. No hay cambios
1. Ha perdido el apetito, pero no tienen que forzarlo para comer
2. Dificultades para comer; necesitan que lo forcen

13. SÍNTOMAS SOMÁTICOS

- a) ¿Cómo estuvo su nivel de energía la semana pasada?
 - b) ¿Se ha sentido cansado todo el tiempo?
 - c) ¿La semana pasada sintió dolor de cabeza, de espalda o dolores de músculos?
 - d) ¿La semana pasada tuvo sensación de pesadez en miembros espalda y cabeza?
0. Ninguno
- 1. Sensación de pesadez, pérdida de energía o fatiga
 - 2. Cualquier molestia clara que se tenga todo el tiempo se califica 2.

14. SÍNTOMAS GENITALES

- a) ¿Cómo estuvo su interés en actividades sexuales durante la semana pasada? (no se le está preguntando en cuanto a su ejecución o el número de ocasiones en que ha tenido relaciones sexuales) ¿Cuánto tiempo ha invertido durante el día pensando en actividades sexuales?
 - b) ¿Ha existido algún cambio en su interés sexual ahora que tiene depresión?
 - c) ¿Le preocupa este cambio en su vida sexual?
0. Deseo sexual presente o como de costumbre (antes de la depresión)
- 1. Pérdida del deseo sexual en 25%
 - 2. Pérdida del deseo sexual en 50%

15. HIPOCONDRIASIS

- a) En la última semana:
 - ¿Cuánto tiempo estuvo pensando en su salud física o cómo trabaja su cuerpo? (¿Cómo califica este cambio, con su manera de pensar habitual en su salud física?)
 - b) ¿Se queja muy a menudo de cómo se siente físicamente?
 - c) ¿Se ha encontrado últimamente pidiendo ayuda por cosas que usted puede hacer por sí mismo?
SI LA RESPUESTA ES SÍ (de ejemplos de este tipo de conducta).
0. No ha aumentado sus pensamientos respecto a su salud física

1. Auto contemplación, se fija más en su cuerpo
2. Preocupación por su salud
3. Quejas de salud frecuentes
4. Delirios hipocondriacos

16. PÉRDIDA DE PESO CORPORAL

- a) ¿Cuánto peso ha perdido desde que inició su cuadro depresivo actual?
- b) ¿Piensa usted que su ropa le queda más holgada?

0. No hay pérdida de peso
1. Probable pérdida de peso
2. Pérdida de peso corporal clara

Si se conoce el peso previo:

0. Menos de 500g a la semana
1. De 500 a 1000 g en una semana
2. Más de 1000 g en una semana

17. *INSIGHT* (AUTOPERCEPCIÓN)

- a) Califique con base en lo observado durante la entrevista

0. Reconoce que tiene una enfermedad depresiva
1. Se reconoce enfermo pero debido a problemas de alimentación, clima, etc.
2. Niega estar enfermo

18. VARIACIÓN DIURNA

- a) La semana previa ¿a qué horas del día se ha sentido peor? ¿Mañanas o noches?
- b) Si existe variación, ¿qué tan mal se siente, en comparación a cuando se siente mejor durante el mismo día?

0. No hay variación diurna
1. Se siente 25% peor (mañana o noche)
2. Se siente 50% peor (mañana o noche)

19. DESPERSONALIZACIÓN Y DESREALIZACIÓN

- a) ¿En la semana pasada, de pronto tuvo la sensación de que todo era irreal y que usted se encontraba en una especie de sueño o como entre nubes?
¿Tuvo usted la sensación de que se encontraba apartado de otras personas?
- b) SI LA RESPUESTA ES SÍ
¿Qué tan severa fue esa percepción?
¿Con qué frecuencia ha observado usted estas alteraciones?

- 0. Ausente
- 1. Ligero
- 2. Moderado
- 3. Severo
- 4. Incapacitante

20. SÍNTOMAS PARANOIDES

- a) La semana previa, ¿sintió que alguien estaba tratando de presionarlo para hacerlo pasar mal?
- b) SI LA RESPUESTA ES NO
¿Qué me dice de gente que esté hablando de usted mal a sus espaldas?
- c) SI LA RESPUESTA ES SÍ
Dígame más al respecto

- 0. No alteraciones
- 1. Susplicacia
- 2. Moderada
- 3. Ideas de referencia
- 4. Delirios de referencia y persecución

21. ALTERACIONES OBSESIVO-COMPULSIVAS

- a) ¿La semana pasada tuvo que hacer algunas cosas varias veces, revisando que estuvieran ordenadas?
- b) SI LA RESPUESTA ES SÍ
Deme ejemplos

- c) ¿Ha tenido usted pensamientos que le den vuelta a la cabeza de manera constante, sin poder apartárselos?
- d) SI LA RESPUESTA ES SI
Deme ejemplos al respecto
0. Ausente
 1. Moderado
 2. Severo

Cabe mencionar con respecto a la entrevista para la aplicación de la escala de Hamilton que algunos de sus ítems son útiles ya que sugieren términos sencillos e idóneos para realizar la entrevista a los pacientes de la muestra investigada; sin embargo debo aclarar que no es el caso de todos los ítems y que en sí no remplazó el test de Hamilton depresión, únicamente sirvió de herramienta adicional para estructurar mejor algunas preguntas.

HOJA DE CALIFICACIÓN DE LA ESCALA DE HAMILTON PARA LA DEPRESIÓN	
NOMBRE.....	
EDAD:.....Nivel de instrucción:.....Fecha:.....	
1. Depresión (4)	12. Síntomas gastrointestinales (2)
2. Sentimiento de culpa (4)	13. Síntomas somáticos (2)
3. Suicidio (4)	14. Síntomas genitales (2)
4. Insomnio inicial (2)	15. Hipocondriasis (4)
5. Insomnio intermedio (2)	16. Pérdida de peso (2)
6. Insomnio tardío (2)	17. <i>Insigth</i> (2)
7. Trabajo y actividades (4)	18. Variación diurna (2)
8. Retardo (4)	19. Despersonalización y desrealización (4)
9. Agitación (2)	20. Síntomas paranoides (4)
10. Ansiedad psíquica (4)	21. Alteraciones obsesivo-compulsivas (2)
11. Ansiedad somática	Puntuación total:
Nota: Los números entre paréntesis indican la calificación máxima por reactivo.	

ANEXO 4
GUÍA No 1
FICHA INTEGRATIVA DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA (FIEPS)

No.....

DATOS INFORMATIVOS

Nombre.....
 Edad.....Estado Civil.....Religión.....
 Lugar y fecha de nacimiento.....
 Residencia.....Dirección.....Teléfono.....
 Instrucción.....Ocupación.....Sueldo.....
 Informante.....
 Tipo de consulta: Ambulatorio..... (Acogida) (Consulta privada).....
 Hospitalizado.....
 Fecha.....Psicólogo/a.....

DEMANDA

EXPLÍCITA

IMPLÍCITA

ORIGEN			
Paciente		Familiar (s)	
Profesional		Otros	

ANTECEDENTES DISFUNCIONALES

BIOGRAFÍA PSICOLÓGICA PERSONAL

HISTORIA PSICOLÓGICA FAMILIAR Y/O GENOGRAMA



RESULTADOS DE PRUEBAS PSICOLÓGICAS

DESCRIPCIÓN DIAGNÓSTICA

DIAGNÓSTICO FORMAL

DIAGNÓSTICO INFORMAL

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

ANEXO 5
GUÍA No 2
ANÁLISIS DE DEMANDA, EXPECTATIVAS Y MOTIVACIONES PREVIAS AL INICIO DEL PROCESO

DEMANDA PSICOLÓGICA

ORIGEN		DEMANDA	
Paciente		Explícita (manifiesta)	
Familiar		Implícita (latente)	
Profesional		TIPO DE DEMANDA	
Otros		Asesoramiento	
		Sintomática	
		Personalidad	

**EXPECTATIVAS Y
MOTIVACIONES**

PACIENTE	(1-5)
Búsqueda de ayuda o supresión de síntomas	
Complacencia a familiares y allegados	
Remisión de otros profesionales	
Exigencia de status	
Curiosidad	
Otras	

TERAPEUTA	(1-5)
Vocación de ayuda	
Adquisición de experiencia	
Fenómenos contra-transferenciales	
Factores económicos	
Obligación institucional	
Otros	

FAMILIARES, AMIGOS E INSTITUCIONES (1-5)	
Afán de ayuda de familiares	
Sentimientos de ayuda de amigos	
Experiencias previas de familiares	
Exigencias familiares	
Engaño de familiares	
Exigencias institucionales	
Intereses institucionales	
Otros	

ANEXO 6
GUÍA No 3
TIPOS DE PRIMERA ENTREVISTA

ENTREVISTA DE PSICODIAGNÓSTICO	
Recolección de datos de acuerdo a FIEPs	
ENTREVISTA DE CONSULTA	
Rol directivo y asesor	
ENTREVISTA ÚNICA	
Casos de maltrato	
INICIO DE PROCESO TERAPÉUTICO	
Requerimientos de afianzamiento	

INTERROGANTES AL FINALIZAR LA PRIMERA ENTREVISTA

	SÍ	NO	¿POR QUÉ?
¿Logré que el paciente hable con libertad sobre su problema?			
¿Tengo claridad en la concepción del trastorno y las posibilidades de tratamiento?			
¿He llegado a conclusiones diagnósticas de personalidad apropiadas?			
¿He identificado las facilidades y dificultades en el tratamiento?			
¿Percibí su problema desde su propio punto de vista?			

¿Se sintió comprendido en su problema?			
¿Se produjo desinhibición emocional?			
¿Terminó convencido sobre las posibilidades y objetivos de la psicoterapia?			
¿Tiene confianza el paciente en mí como terapeuta y en la psicoterapia como forma de tratamiento?			

ANEXO 7
GUÍA No 5
PLANIFICACIÓN DEL PROCESO

1. Formulación dinámica del trastorno o problema

2. Descripción de la personalidad

3. Señalamiento de objetivos
 - 3.1 Con relación a la problemática:

 - 3.2 Con relación a la sintomatología o trastorno:

 - 3.3 Con relación al conocimiento de su personalidad y generación de cambios:

4. Señalamiento de técnicas

ANEXO 8

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN PARA LOS TRASTORNOS MENTALES ORGÁNICOS

El índice de Katz de independencia de las actividades de la vida diaria

NOMBRE:

FECHA:

Índices
A. Independiente en todas las funciones
B. Independiente en todas las funciones menos en una cualquiera
C. Independiente en todas las funciones menos en el baño y otra cualquiera
D. Independiente en todas las funciones menos en el baño, vestido y otra cualquiera
E. Independiente en todas las funciones menos en el baño, vestido, uso del sanitario y otra cualquiera
F. Independiente en todas las funciones menos en el baño, vestido, uso del sanitario, movilidad y otra cualquiera
G. Dependiente en todas las funciones
H. Dependiente en al menos dos funciones pero no clasificable como C, D, E o F
Independiente significa sin supervisión, dirección o ayuda personal activa, con las excepciones que se indican más abajo. Se basan en el estado actual y no en la capacidad de hacerlas. Se considera que un paciente que se niega a realizar una función no hace esa función, aunque se considere capaz.
1.- Baño (esponja, ducha o bañera) <i>Independiente:</i> necesita ayuda sólo para lavar una zona (como la espalda o una extremidad con minusvalía) o se baña enteramente solo. <i>Dependiente:</i> necesita ayuda para lavar más de una zona del cuerpo, ayuda para salir o entrar en la bañera, o no se lava solo.
2.- Vestido <i>Independiente:</i> coge la ropa de cajones y armarios, se arregla la ropa, se la pone, puede abrocharse; se excluye el acto de atarse los zapatos. <i>Dependiente:</i> no se viste por sí mismo o permanece parcialmente desvestido.
3.- Uso del Sanitario <i>Independiente:</i> va al sanitario solo, se arregla la ropa, se asea los órganos excretorios. <i>Dependiente:</i> precisa ayuda para ir al sanitario.

4.- Movilidad

Independiente: se levanta y acuesta en la cama por sí mismo y puede sentarse y levantarse de una silla por sí mismo.

Dependiente: necesita ayuda para levantarse y acostarse en la cama y/o silla; no realiza uno o más desplazamientos.

5.- Continencia esfinteriana

Independiente: control completo de la micción y defecación.

Dependiente: incontinencia parcial o total de la micción o defecación.

6.- Alimentación

Independiente: lleva el alimento a la boca desde el plato o equivalente (se excluye cortar la carne).

Dependiente: necesita ayuda para comer, no come o requiere alimentación parenteral.

OBSERVACIONES:.....
.....
.....

ANEXO 9

ASESORAMIENTO Y PSICOTERAPIA INTEGRATIVA

Marque con una X, e indique la frase con la que se sienta identificado/a....

A		Si	No
	Soy obstinado en búsqueda de la perfección		
	Salir de la rutina me provoca excesiva ansiedad		
	Tengo dificultad para expresar a los demás mis emociones mis sentimientos		
	Soy inflexible en temas de ética moral o valores		
	Cuando quiero demostrar algo me preocupa la posibilidad de tener alguna falla que contradiga lo que quiero demostrar		
	Soy sensible a la crítica de los demás		
	Insisto en que los demás se adapten a mi forma de hacer las cosas		
	Me gusta el orden y los métodos		
	Soy meticoloso/a		
T=	Me invaden pensamientos persistentes		
P	Me cuesta confiar en los demás, soy reservado/a		
	Prefiero saber de antemano que hacer ante las circunstancias		
	Me molesta mucho cuando me interrumpen en lo que estoy haciendo		
	Soy combativo y perseverante		
	Tengo una cierta autoridad natural		
	Soy demasiado bueno/a en lo que hago		
	No dudo en imponer mi punto de vista		
	Busco superar mis capacidades		
	Soy celoso		
T=	Me molesta o me es difícil perdonar cuando me agreden o me perjudican		
C	Mi estado de ánimo es muy variable		
	Hay días en los que me siento muy alegre y otros sin causa estoy muy triste		
	A veces miro el futuro con gran optimismo y en ocasiones lo veo negro		
	Cuando me siento bien me torno excesivamente generoso		
	Por las mañanas me encuentro en mejor forma, me siento mejor		
	Me impresiono ante las situaciones de sufrimiento humano		
	Soy sensible		

	Aparecen periodos de tristeza sin motivo		
	Considero las relaciones afectivas más de lo que son en realidad		
T=	Soy bromista agradable con las personas que conozco		
H	En la mayoría de ocasiones me gusta salirme con la mía		
	Me gusta ayudar a la gente		
	Reacciono muy emotivamente ante las circunstancias que ocurren a mi alrededor		
	Me preocupo mucho por mi aspecto físico		
	Suelo exagerar las situaciones		
	Entablo conversaciones muy fácilmente		
	Me gusta ser el alma de las fiestas soy muy alegre y extrovertido/a		
	Me sugestiono fácilmente con lo que me dicen		
	Los elogios me agradan		
T=	Me gusta vestir de manera atractiva. Mi actitud suele ser seductora		
EV	Evito actividades que impliquen contacto con los demás		
	Me preocupa la crítica, desaprobación o rechazo de las personas que conozco		
	Me muestro tímido, prefiero estar callado/a		
	Debo estar seguro de agradar a los demás para poder relacionarme		
	En las relaciones sentimentales me cuesta intimar, tengo miedo de ser ridiculizado o avergonzado/a		
	Me preocupa ser rechazado socialmente		
	A veces me inundan sentimientos de incapacidad al conocer nuevas personas		
	Me gustaría mejorar mis relaciones interpersonales y ser más sociable pero siento no ser aceptado/a		
	Tengo dificultades para hablar de mi mismo pues lo que diga puede ridiculizarme o avergonzarme		
T=	Me siento ofendido/a si alguien se muestra crítico o levemente en mi contra		
D	Si algo me cuesta hacer prefiero pasar a otra cosa		
	Busco que alguien me proporcione cuidado y apoyo, en especial cuando he terminado una relación		
	Ante dificultades recorro a la mayor cantidad posible de fuentes de asesoramiento		
	Me cuesta expresar mi desacuerdo con los demás		
	Sólo tiene sentido recurrir primero a las ideas que están probadas		
	Siempre intento evitar discusiones		
	Soy muy obediente		

	Cuando estoy solo/a me siento incómodo y desamparado		
T=	Soy muy pasivo y prefiero que los demás tomen decisiones por mi		
E	Me resulta difícil disfrutar de las relaciones familiares y sociales		
	Prefiero hacer las cosas solo/a		
	Disfruto con muy pocas actividades		
	No tengo amigos íntimos o de confianza		
	El aspecto afectivo no tiene mucha importancia		
	Me muestro insensible ante los hechos o circunstancias adversas que sucedan		
	No experimento emociones fuertes como la ira o la alegría		
	Prefiero las tareas abstractas		
	Si me hacen halagos o críticas me es indiferente		
T=	Prefiero mantenerme distanciado de las personas que me rodean		
EZ	Mi comportamiento es excéntrico		
	Tengo un poder especial para saber qué es lo que sucederá		
	Mi apariencia es peculiar, rara		
	No tengo amigos/as íntimos o de confianza		
	Soy supersticioso, me preocupo por los fenómenos paranormales		
	Ante los demás actúo de manera inapropiada e inflexible		
	Siento que soy diferente y que no encajo con los demás		
	Me siento muy ansioso ante personas que son desconocidas		
	Pienso que los demás quieren hacerme daño		
T=	Creo ver, oír o sentir algo que no es		
DS	No me adapto a las normas sociales, ni legales		
	A veces hago trampa para obtener beneficios personales		
	Si encuentro una solución que para mí está bien, avanzo, sin fijarme si ésta me puede causar problemas a mí o a otras personas		
	No me conmuevo cuando torturo animales		
	No puedo planificar el futuro		
	Me siento incapaz e impulsivo		
	Soy muy irritable y agresivo		
	No me preocupa mi seguridad ni la de los demás		
	No puedo mantener un trabajo ni hacerme cargo de obligaciones económicas		
T=	No tengo remordimientos		

I	Me cuesta controlar mi ira		
	Soy muy impulsivo incluso en mi contra		
	Mis relaciones interpersonales son muy inestables e intensas		
	Me gusta manipular a las personas para que estén conmigo		
	Soy impulsivo/a y no mido las consecuencias de mis actos, luego reacciono		
	Idealizo mucho a las personas que están conmigo		
	Me aburro con facilidad y siempre busco algo que hacer		
	Temo ser abandonado, no tolero estar solo		
	El dinero lo gasto de manera irresponsable por ejemplo, en apuestas, en compras innecesarias		
T=	Cambio bruscamente de opinión con respecto al futuro, amistades, profesión		
DX			

OBSERVACIONES:.....
.....

ANEXO 10
GUÍA No 6
EVOLUCIÓN

EJECUCIÓN Y APLICACIÓN TÉCNICA

Fecha	Evolución	Actividad
	Apreciación del paciente 1.....10	
	Apreciación del paciente 1.....10	
	Apreciación del paciente 1.....10	

ANEXO 11

LA TAZA DE TÉ

Dicen que una vez, en Inglaterra, una mujer entró en una de sus tiendas favoritas de Londres, donde vendían vajilla antigua.

-¿Me permite ver esa taza?- preguntó la señora- ¡nunca he visto algo tan delicado! En cuanto tuvo en sus manos el objeto, escuchó que la tacita le comenzó a hablar.

-Usted sabe Sra., yo no siempre he sido esta taza que usted está sosteniendo. Tiempo atrás sólo era un montón de barro amorfo. Mi creador me tomó entre sus manos y me golpeó y me amoldó.

Llegó un momento en que me desesperé y le grité:

-¡¡Por favor!! ¡¡Déjame ya en paz!!

Pero él sólo me sonrió y dijo:

-Aguanta un poco más, todavía no es tiempo.

Después me puso en un horno... ¡¡Yo nunca había sentido tanto calor!! Me pregunté por qué mi creador quería quemarme, así que empujé la puerta, pero a través de la ventana del horno pude leer en sus labios que decía:

-Aguanta un poco más, todavía no es tiempo.

Finalmente se abrió la puerta.

Mi creador me tomó y me puso en una repisa para que me enfriara.

-¡Así está mucho mejor! - pensé, pero apenas me había refrescado cuando él ya me estaba cepillando y pintando.

¡El olor de la pintura era horrible! ¡Sentía que me iba a ahogar!

-¡Por favor, detente! -le gritaba yo a mi creador, pero él sólo movía la cabeza haciendo un gesto negativo y decía:

-Aguanta un poco más, todavía no es tiempo.

Al fin dejó de pintarme, ¡pero esta vez me tomó y me metió nuevamente en otro horno, pero mucho más caliente que el anterior.

¡Ahora sí estaba segura de estallar! ¡Le rogué y le imploré que me sacara! Grité, lloré, clamé, rogué, pero mi creador sólo me miraba diciendo:

-Aguanta un poco más, todavía no es tiempo.

¡En ese momento me di cuenta que no había esperanza! ¡Nunca lograría sobrevivir a ese horno! Pero cuando estaba a punto de darme por vencida, se abrió la puerta

y mi creador me tomó en sus manos y me puso en otro estante para que me refrescara.

Unas horas más tarde me colocó en una fina repisa de cristal y espejos, y me dijo:
-Mírate, esta eres tú. Acabada, y lista para dar placer y calor.

¡Yo no podía creerlo! ¡Esa no podía ser yo! ¡Lo que veía era increíblemente bello!

Mi creador me dijo:

-Sé que te dolió haber sido golpeada y moldeada, pero si te hubiera dejado como estabas, te hubieras secado y quebrado.

Sé que te causó mucho calor y dolor estar en el primer horno, pero de no haberte puesto allí, no hubieras sobrevivido mucho y te hubieras fragmentado.

También sé que los gases de la pintura te provocaron muchas molestias, pero, de no haberte pintado, tu vida no tendría color. Y si no te hubiera vuelto a poner en ese segundo horno, tus colores se hubieran borrado.

¡Ahora eres un producto terminado! ¡Eres lo que tenía en mente cuando te comencé a formar!.

El Creador conoce su barro, y sabe moldear sus piezas. Nunca las obliga a pasar por pruebas que no podrían soportar, y sabe lo que debe hacer con cada una, para que sea única:

“la mejor, en ella misma y en su servicio”.

ANEXO 12

LA VASIJA ROTA

Un cargador de agua de la India tenía dos grandes vasijas que colgaban a los extremos de un palo y que llevaba encima de los hombros. Una de las vasijas tenía varias grietas, mientras que la otra era perfecta y conservaba toda el agua al final del largo camino a pie, desde el arroyo hasta la casa de su patrón, pero cuando llegaba, la vasija rota solo tenía la mitad del agua.

Durante dos años completos esto fue así diariamente, desde luego la vasija perfecta estaba muy orgullosa de sus logros, pues se sabía perfecta para los fines para los que fue creada. Pero la pobre vasija agrietada estaba muy avergonzada de su propia imperfección y se sentía miserable porque solo podía hacer la mitad de todo lo que se suponía que era su obligación.

Después de dos años, la tinaja quebrada le habló al aguador diciéndole: *"Estoy avergonzada y me quiero disculpar contigo porque debido a mis grietas solo puedes entregar la mitad de mi carga y solo obtienes la mitad del valor que deberías recibir."*

El aguador apesadumbrado, le dijo compasivamente: *"Cuando regresemos a la casa quiero que notes las bellísimas flores que crecen a lo largo del camino."* Así lo hizo la tinaja. Y en efecto vio muchísimas flores hermosas a lo largo del trayecto, pero de todos modos se sintió apenada porque al final, sólo quedaba dentro de sí la mitad del agua que debía llevar.

El aguador le dijo entonces *"Te diste cuenta de que las flores sólo crecen en tu lado del camino?. Siempre he sabido de tus grietas y quise sacar el lado positivo de ello. Sembré semillas de flores a todo lo largo del camino por donde vas y todos los días las has regado y por dos años yo he podido recoger estas flores para decorar el altar de mi Madre. Si no fueras exactamente como eres, con todo y tus defectos, no hubiera sido posible crear esta belleza."*

ANEXO 13

EL CABALLO QUE CAYÓ EN EL POZO

Un día, el caballo de una campesina se cayó en un pozo. El animal lloró fuertemente por horas, mientras la campesina trataba de averiguar qué hacer. Finalmente la campesina decidió que el animal ya estaba viejo, el pozo estaba seco, y necesitaba ser tapado de todas formas y que realmente no valía la pena sacar el caballo.

Invitó a todos sus vecinos para que vinieran a ayudarla. Todos cogieron una pala y empezaron a tirar tierra al pozo.

El caballo se dio cuenta de lo que estaba pasando y lloró horriblemente. Luego para la sorpresa de todos, se aquietó. Después de unas cuantas paladas de tierra, la campesina finalmente miró al fondo del pozo y se sorprendió de lo que vio: con cada palada de tierra, el caballo estaba haciendo algo increíble...

Se sacudía la tierra y daba un paso hacia arriba...mientras los vecinos seguían echando tierra encima del animal, el se sacudía y daba un paso hacia arriba. Bien pronto todo el mundo vio sorprendido cómo el caballo llegó hasta la boca del pozo, pasó por encima del borde del pozo y salió trotando...

La vida va a tirarte tierra, todo tipo de tierra... El truco para salirse del pozo es sacudírsela y dar un paso hacia arriba. Cada uno de nuestros problemas es un escalón hacia arriba. Nosotros podemos salir de los más profundos huecos, si nunca damos nuestro brazo a torcer (querer salir). Sacudirse y dar un paso hacia arriba...