



Fuente: pixabay.

Cáncer: una esperanza de vida

Sonia Amparo Ramírez Escobar
Estudiante del Programa de Psicología
Universidad Mariana

Resumen

El presente artículo describe el proceso de práctica realizado en el Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.S. (HUDN), donde se tuvo en cuenta trabajar y entender el cáncer como una esperanza de vida, y concebirlo como una nueva oportunidad en la vida de cada paciente. Pocas enfermedades originan tantos problemas psicológicos debido a las circunstancias que generan, en sí mismas, malestares; se habla de su cronicidad, la incertidumbre de su evolución, sus tratamientos, los efectos secundarios y el significado social que se les ha dado. El cáncer se puede ver como una situación paradójica, asociada con la muerte, pero mientras el cuerpo no exhale su último aliento de vida, siempre habrá una esperanza para vivir.

Se trabajó con pacientes en tratamiento de quimioterapia y radioterapia por medio de intervenciones personales, talleres y terapias grupales para traer una nueva forma de ver la vida y colocar en cada sujeto y en cada sistema familiar una nueva mirada que pueda generar nuevos pensamientos, salir de los silencios, afrontar los miedos y el sufrimiento, y abordar los mitos frente a la enfermedad y el tratamiento.

Palabras clave: Cáncer, Cognitivo Conductual, Humanismo, Terapia Familiar Sistémica, Talleres Reflexivos.

Abstract

This article describes the process of practice conducted at the University Hospital Departmental of Nariño E.S.S., which took into account working and understand cancer as a life expectancy and therefore, think of it as a new opportunity in the life of each patient. Few diseases cause so many psychological problems due to circumstances which generate these discomforts. It is spoken of their chronicity, the uncertainty of their evolution, their treatments, side effects and the social significance that have been given them. Cancer can see itself as a paradoxical situation where it is associated with death, but while the body has not exhaled its last breath of life there is always a hope to live.

We worked with patients undergoing chemotherapy and radiation therapy through personal interventions, workshops and group therapy to bring a new way of seeing life, and place in each subject and in each family system a new look that could generate new thoughts, leave the silences, confronting fears and suffering and address the myths dealing with the disease and treatment.

Key words: Cancer, Cognitive Behavioral Intervention, Humanism, Systemic Family Therapy, Reflexive workshops.

Introducción

Hablar de cáncer es hablar de un tema que sin lugar a dudas, es capaz de desestabilizar a cualquier persona. Para Alonso y Bastos (2011), un diagnóstico de cáncer es una de las situaciones más difíciles, estresantes y temidas en la sociedad actual. Pocas

enfermedades originan tantos problemas psicológicos; esto se debe a circunstancias que en sí mismas, generan dichos males; se habla de su cronicidad, la incertidumbre de su evolución, tratamientos, efectos secundarios y el significado social que se les ha dado.

Por otra parte, Alonso y Bastos (2011) manifiestan que entre el 30 y 40 % de los pacientes diagnosticados con cáncer refieren tener ansiedad y depresión; de igual manera, su estado se relaciona con la presencia de síntomas como cansancio, dificultades para dormir y dolor. Agregan además que los pacientes oncológicos, después del diagnóstico se enfrentan a diferentes cambios a nivel de sus actividades laborales, de ocio y de relaciones interpersonales. Aparte del tratamiento de la enfermedad, algo verdaderamente necesario es también el hecho de hacer que la persona se adapte a su nueva situación.

Estudios como los de Pérez y Rodríguez (2006) han demostrado que la percepción de preparación que tenían las familias para afrontar el acontecimiento de la enfermedad oncológica de uno de sus miembros, más los recursos internos y externos con que cuentan para ello y la negación a la claudicación familiar, ha tenido también una respuesta positiva frente al diagnóstico. La mayoría de las familias, a partir de una percepción de unidad familiar entre ellos, quienes internamente viven en relaciones con adecuada cohesión, con una buena comunicación y afectividad, reciben desde el exterior del sistema, elementos que les han permitido afrontar con éxito el evento.

Es así como se trabajará desde el significado del síntoma, diagnóstico y postura tradicional frente al diagnóstico de cáncer y, por otro lado, la postura sistémica para entender por qué por lo general son diagnósticos que viajan de manera transgeneracional y la razón para trabajarlos desde la Terapia Familiar Sistémica.

A partir de esta observación es fácil entender que el cáncer se puede convertir en una esperanza de vida y en una nueva oportunidad; una situación paradójica donde es asociado con la muerte, pero mientras el cuerpo no exhale su último aliento de vida siempre habrá una esperanza para vivir. Por lo general las crisis generan cambios en todo momento y estos pueden ser para claudicar y morir, o para apropiarse de los recursos personales, familiares, sociales y médicos, para dar la batalla y sobrevivir, aprendiendo una nueva forma de vida.

Toda experiencia marca una diferencia; cuanto más, el cáncer como enfermedad, sufrimiento, crisis, experiencia o síntoma personal y familiar, que alcanza a generar cambios radicales que se convierten en esperanzas de vida, de transformación, trascendencia y hasta se podría hablar de experiencias de felicidad.

El cáncer, al igual que el título del presente trabajo, puede traer una nueva forma de ver la vida y colocar en cada sujeto y en cada sistema familiar una nueva mirada que puede generar nuevos pensamientos, salir de los silencios, afrontar los miedos y sufrimientos que ensordecen, ordenar pautas, identificar consensos, abordar mitos que desordenan vidas y violan reglas destruyendo roles y comunicaciones, para convertirse, en vez de un bebé consentido y rebelde, en un síntoma controlado, expuesto, expresado y manejado, manteniéndolo bajo supervisión, permitiendo que sea dominado y por qué no decirlo, eliminándolo.

Descripción del Problema y Justificación

El cáncer es una de las principales causas de mortalidad a nivel mundial. Se presenta como resultado de una interacción de factores genéticos y externos que pueden producir degeneración de células que originan lesiones precancerosas que pueden desencadenar en tumores malignos. Estos tumores pueden estar localizados por algún tiempo en determinada parte del organismo, pero además pueden diseminarse a órganos alternos, generando metástasis. (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2011, citado por HBSNoticias, 2015). Se tiene en cuenta que en su mayoría se encuentra localizado en el pulmón, estómago, hígado, colon y mama.

Los cánceres diagnosticados con más frecuencia en los hombres en el año 2012 fueron los de pulmón, próstata, colon, recto, estómago e hígado. En la mujer fueron el cáncer de mama, colon, recto, pulmón, cuello uterino y estómago. Se encuentra además que un 30 % de las muertes por cáncer son debidas a cinco factores de riesgo conductuales y dietéticos como: el índice de masa corporal elevado, ingesta reducida de frutas y verduras, falta de actividad física, consumo de tabaco y consumo de alcohol. Por otro lado el consumo de tabaco es el factor de riesgo más importante y de más alto porcentaje mundialmente.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2011, citada por Infocáncer, 2014) expone que la tasa de mortalidad estandarizada a consecuencia de cáncer maligno del año 2007 al año 2009 en América Latina fue de 110.7 muertes por cada 100 mil habitantes. En el año 2012 hubo 14 millones de casos nuevos de cáncer, con 8.2 millones de muertes; se prevé un aumento del 70 % en los próximos 20 años.

Por otro lado, en Colombia, según datos del proyecto Globocan de la OMS (2015, citado por HBSNoticias, 2015), el cual proporciona datos sobre la incidencia de diferentes tipos de cáncer, indica que para el presente año esta enfermedad afectaría a cerca de 80.000 personas y podría causar una mortalidad de 42.500 de ellas. En la zona central del país se encuentra el mayor número de casos, así: Eje cafetero, Antioquia, Valle del Cauca, los Santanderes, Bogotá y Meta.

Como datos importantes arrojados por dicho proyecto, se encuentra que a partir del examen de citología realizado por el 79 % de las mujeres colombianas entre 25 y 69 años, esta cifra corresponde a 3.700 muertes al año que han sido evitadas, aunque la meta que se busca es que el 100 % de mujeres realicen este examen para evitar muertes por cáncer de cuello uterino. Por otro parte, anualmente mueren 2.120 mujeres en Colombia por la falta del autoexamen y la realización de mamografías periódicas para detectar oportunamente el cáncer de mama en estadios tempranos.

En la investigación llevada a cabo por Rocha-Buelvas, Trujillo-Montalvo, Hidalgo-Patiño e Hidalgo-Eraso (2014), se encuentra que hay patrones geográficamente definidos de cáncer relacionados con las desigualdades sociales, donde el cáncer de estómago posee mayor riesgo en la zona andina y las cordilleras del departamento de Nariño, más específicamente en la serranía y en el centro (Pasto), en la ex provincia de Obando, Abades, Cordillera, Río Mayo y Sabana. El cáncer de mama por su parte se presenta con más frecuencia en subregiones

compuestas por zonas urbanas como el centro (Pasto) y Pacífico Sur. El cáncer de cuello uterino en subregiones de frontera con concentraciones de población pobre y con predominio de afiliación a régimen subsidiado como sucede en la ex provincia de Obando, Guambuyaco y el Centro (Pasto).

Pasto cuenta con una completa infraestructura compuesta por instituciones hospitalarias de II y III nivel, aptas para la prevención y atención médica relacionada con el cáncer.

Para lograr un tratamiento adecuado y eficaz, es necesario un correcto diagnóstico del cáncer, puesto que cada tipo de cáncer necesita un tratamiento específico que puede abarcar una o más modalidades, desde la cirugía, la radioterapia y la quimioterapia, las cuales tienen como objetivo principal curarlo o prolongar la vida del paciente de forma considerable, o, por otro lado, mejorar la calidad de vida del paciente con atención paliativa y apoyo psicológico.

Por lo tanto, en el trabajo realizado en el HUDN como institución de III nivel preparada con tecnología de la más alta calidad para realizar tratamientos de radioterapia y quimioterapia, con personal médico y clínico preparado para el apoyo a pacientes con cáncer, se hace necesaria la intervención y apoyo desde la psicología para la intervención en crisis a causa del diagnóstico y la intervención en afrontamiento de la enfermedad y del tratamiento. Se requiere, en consecuencia, acompañamiento para la expresión de sentimientos y emociones tanto del paciente como del cuidador o cuidadores, quienes viven y sufren los padecimientos de la enfermedad. De esta manera se realizó el presente proyecto, dando respuesta a muchas necesidades tanto de los pacientes afectados como de la Institución, en su necesidad de humanizar la atención y ser portadores de calidad de vida para sus afiliados.

Objetivo General

Propiciar procesos de resignificación frente al diagnóstico de cáncer en los pacientes que se encuentran en tratamiento oncológico y sus familiares del Servicio de Oncología del Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E.

Objetivos específicos

Diseñar estrategias terapéuticas que les permita a los usuarios con cáncer de la Unidad de Oncología del Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E., comprender cuál es el significado que la persona tiene frente al diagnóstico de cáncer y cuál es el significado sistémico de éste.

Brindar a los usuarios y familiares de la Unidad de Oncología del Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E., espacios de atención orientados a la elaboración de aceptación y afrontamiento del diagnóstico y el tratamiento oncológico.

Desarrollar procesos de apoyo psicológico individual a los usuarios y familiares de la Unidad de Oncología del Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E.

Componente Teórico

Enfoques psicológicos y su visión sobre el cáncer:

Cognitivo- Conductual. Según Hitzig (2015), “el pensamiento es un evento energético que transcurre en una realidad intangible que rápidamente se transforma en emoción; es un movimiento

de neuroquímica y hormonas; si es negativo hace colapsar al organismo físico en forma de malestar y enfermedades” (p. 85). La tranquilidad, la mejoría en la calidad de vida, el alejamiento de las enfermedades y el retardo en la velocidad del envejecimiento celular son producidos por la hormona de la serotonina, que cumple un papel como neurotransmisor al inhibir la ira, la agresión, la temperatura corporal, el humor, el sueño, el vómito, la sexualidad y el apetito; estas inhibiciones están relacionadas directamente con síntomas de depresión.

Por otro lado, los generadores de cortisol -hormona almacenada en la glándula suprarrenal- son liberados como respuesta del estrés que, al presentarse de manera prolongada en la sangre, es letal para las células arteriales ya que aumentan el riesgo de adquirir enfermedades cardio-cerebro-vasculares; ésta produce depresión y desánimo.

Por lo tanto, es necesario aprender a autorregular las reacciones emocionales negativas que tienen que ver la mayoría del tiempo con pensamientos negativos o catastróficos y con el sufrimiento, el manejo de la ansiedad y la inoculación del estrés.

En este orden de ideas, se hace necesario tener en cuenta la Intervención Cognitivo-Conductual en el manejo del diagnóstico y tratamiento de cáncer para aprender a manejar los pensamientos y transformar las distorsiones cognitivas que pueden alterar el buen funcionamiento de neurotransmisores y hormonas reguladoras del estado de ánimo de las personas y que pueden afectar sus comportamientos.

En la terapia cognitivo conductual se ha usado intervenciones sobre componentes psicológicos de salud que incluyen el distrés relacionado con el cáncer y sus tratamientos, las cuales buscan promover un ambiente de apoyo, facilitar el manejo del duelo relacionado con diferentes pérdidas, incrementar los recursos de afrontamiento y las habilidades que el sujeto tenga para la resolución de problemas, promover además la percepción de dominio y autocontrol y anticipar las prioridades del futuro (Seitz, Besier y Goldbeck, 2009, citados por Garduño, Riveros y Sánchez-Sosa, 2010).

En este enfoque se tiene en cuenta la psico-educación, mediante la cual se proporciona información a los pacientes sobre la enfermedad, su tratamiento y el papel de las variables psicológicas en el afrontamiento, reducción de la ansiedad, la satisfacción del paciente con la atención recibida y adhesión a las indicaciones médicas (Zimmermann, Heinrichs y Baucom, 2007, citados por Garduño et al., 2010).

A través de la entrevista es necesario recoger información para conocer un poco más la población, calidad de vida, el contexto en el que se desenvuelven, redes sociales (familiares, pares o amigos), preocupaciones, desempeño físico, funciones cognitivas, tiempo libre, vida cotidiana, disgustos, problemas de salud, muerte de alguien cercano, separación y datos socioeconómicos. La intervención mediante este enfoque tiene una modalidad individual, de corta duración, activa, focalizada, y directiva en consultas semanales de una hora.

Para el trabajo de componentes cognitivos se busca detectar y modificar creencias distorsionadas o disfuncionales basadas en las técnicas de cambio de valoraciones del paciente; si éste muestra un cambio positivo en las verbalizaciones correspondientes, el terapeuta le hace un reconocimiento verbal explicando cómo la

idea nueva mejora su bienestar y apoya su tratamiento (Kanter, Landes, Busch, Rusch, Brown y Baruch, 2006; Kohlenberg, Kanter, Bolling, Parker y Tsai, 2002; Vandenberghe, 2008, citados por Garduño et al., 2010).

Se tiene en cuenta, además, procedimientos para disminuir reacciones psico-fisiológicas de ansiedad que incluyen el entrenamiento en respiración diafragmática profunda y relajación muscular progresiva profunda, utilizadas para explicar a los pacientes la relación entre ansiedad y tensión muscular. (Fahrion y Norris, 1990; Lehrer, 1996, citados por Garduño et al., 2010).

En el caso de los pacientes con cáncer, lo que se busca es mantener un funcionamiento en la persona, con las menores contrariedades posibles; que no tenga mucho tiempo libre desperdiciado, puesto que genera demasiada atención a síntomas y molestias durante el tratamiento, y se busca además que durante los cambios emocionales y cognitivos ocasionados por el diagnóstico y el tratamiento, las rutinas cotidianas sean percibidas como reflejo de estabilidad y relativa satisfacción.

La terapia busca enseñar al paciente que, mientras más normal sea la vida que lleva, menos daños se notará debido a la enfermedad; de igual manera, pretende la contención por parte de cuidadores primarios y que el enfermo no se convierta en una carga de desgaste físico y emocional.

Humanismo. Según este enfoque, el cáncer, más que dolor (**éste aparece en un estado avanzado de la enfermedad, o como consecuencia del tratamiento**), es sufrimiento que se convierte en una tortura permanente que se vive en el interior del ser humano y, **más que expresado**, es más bien sentido, en el silencio de cada persona.

Es necesario extraer el sufrimiento dándole vida; sólo así se puede identificar, expresar, afrontar y terminar. El sufrimiento encapsulado se puede convertir en un silencio que atormenta y al mismo tiempo ensordece al sujeto; pero para quien tiene una esperanza, ésta cobra vida con el acompañamiento del psicólogo humanista, que se une a ella para provocar la claudicación definitiva a ese sufrimiento y dolor.

Por lo tanto, la psicoterapia en el humanismo es vista como un “encuentro de dos esperanzas: la del paciente y la del psicólogo” (García-Monge, 2010, p. 19), fundamentada filosófica y antropológicamente, y basada en la religión y en la espiritualidad. Se encuentra allí “un psicólogo con sus conocimientos, su experiencia humana, su motivación y los recursos del paciente” (p. 21); además está la relación del paciente que inicialmente puede ser desesperanzadora y otras veces esperada en la relación terapéutica o en el encuentro humano. Si se llega a conseguir la esperanza en el paciente, se ha logrado conseguir calidad de vida y sentido en la vida, más que una falsa expectativa, muchas veces más duradera y profunda que la salud misma, que es lo que motivadamente se busca (García-Monge, 2010).

Según Laín (1984, citado por García-Monge, 2010):

La esperanza es un bien absolutamente necesario para las personas, para los grupos, para los pueblos; es un **anhelo de sentido**. La sabiduría popular repite que la esperanza es lo último que se pierde. La esperanza parece ser el ancla de salvación cuando todo se tambalea, cuando se padece situaciones desesperadas (p. 21).

Introducir la esperanza como factor de bienestar y de calidad de vida es una novedad psicológica que pertenece a la Psicología Humanista y a la realidad humana. Además del amor, la esperanza es una de las energías más poderosas que residen en el hombre. Desde la visión antropológica, la esperanza es una virtud, un talante, una actitud vital, con resonancia emocional; “sin placer [se puede] vivir, aunque frustradamente, sin esperanza, no. Es necesaria para que el paso por la existencia no sea receloso, desconfiado, inseguro, doloroso, hostil” (García-Monge, 2010, p. 21).

El psicólogo humanista está llamado a trabajar con el consultante diferentes áreas relacionadas con la esperanza, como son: acoger la desesperanza e incluso la desesperación, ayudar en el duelo por la salud perdida, estar atento al mundo cognitivo y emocional del paciente, escuchar sus demandas, respetar sus decisiones, comprender su esperanza escuchando de dónde le viene, hablarle con esperanza desde el mundo referencial del paciente, ayudarlo a formularla y vivenciarla sanamente, acompañarle en la demora de la gratificación de sus deseos, ahondar junto a él en su esperanza y fortalecer su resiliencia.

El dolor se puede encontrar al escuchar lo que éste dice; dialogar con él con esperanza ayudará y motivará a fortalecer la salud personal integral del paciente (Barragán y Almanza, 2013).

Según García-Monge (2010), el dolor se encuentra en toda la vida del paciente con el peso de los aprendizajes, los umbrales y expectativas; el dolor es el dato y el sufrimiento; es el cómo se vivencia ese dato, que puede integrar o desintegrar la existencia.

El psicólogo clínico humanista en el espacio terapéutico, aprovechando el vínculo terapéutico y a través de una mirada amplia y profunda, puede ayudar al paciente como hombre doliente a crecer personalmente mediante actitudes convertidas en conductas operativas, dentro de las cuales están: ayudar al paciente a redimensionar el dolor y relacionarse con éste desde su realismo actual, sensibilizándolo en no autoagredirse al confundir el mal con el dolor, llevándolo a reconocer parte de su responsabilidad, si la hay, y a ampliar la mirada a esa dimensión de salud que debe existir en la persona. Además de ser el paciente, aquí y ahora, es reconocer que el paciente es más que ese dolor.

Aprender a dejarse amar y amar en la experiencia dolorosa da testimonio de valores que constituyen el patrimonio del ser humano, como lo expresa Fromm (1985, citado por García-Monge, 2010). La experiencia para el psicólogo humanista no es profunda y fiable si no se basa en el amor lúcido al paciente. En la terapia humanista es necesario tener en cuenta: el ayudar, acompañar cuidando, a vivir el presente, el Aquí y Ahora.

La evasión del pasado o anticipación catastrófica del futuro es evitada precisamente cuando se pone en contacto al paciente con el presente para realizar la aceptación y sembrar verdaderamente la esperanza. Es necesario enviar mensajes a través de un pensamiento positivo para ampliar la conciencia y fortalecer la resiliencia; para esta tarea es útil la visualización positiva, así como también las técnicas de relajación e incluso la práctica de la meditación por el cambio que se genera en el cerebro y el sistema endocrino.

El paciente, ayudado por su psicoterapeuta, puede preguntarse acerca de lo que tiene que cambiar, decidir si elige o no cambiarlo; se trata de llevar, en la medida de lo posible, el locus de control hacia la libertad del paciente y en la medida de sus recursos. Es

apoyar al paciente para identificar sus resistencias, desconfianza, desesperanza y baja autoestima (Brennan, 2001).

Es necesario llevar a la persona, no a liberarse de las condiciones, sino más bien a hablar de la libertad de tomar una postura ante esas condiciones. Es optar por vivir y no por durar en el tiempo, pues el gran enemigo no es solamente el sufrimiento sino el vacío existencial.

Sistémico. En la terapia familiar sistémica se puede considerar el cáncer como el familiar consentido, que cuando se expresa lo hace de forma dolorosa, generando desestructuración familiar, inestabilidad, sufrimiento y catástrofe en el sistema personal y familiar.

Y no solamente el cáncer como enfermedad, sino también el tratamiento donde como niño consentido o bebé recién nacido, logra colocar a todo el sistema familiar en función de él y a través de él. Por lo tanto, como lo expresa la terapia sistémica, no solamente es necesario crear encuentros personales con el paciente sintomático o paciente identificado, sino con todo el sistema familiar en pleno.

El Genograma es un vehículo de comprensión e interpretación de enfermedades como el cáncer, y la Externalización recursiva es útil en su resignificación como pauta transgeneracional; las anteriores son herramientas para entender que éste, a pesar de ser interpretado en la actualidad como un problema de índole biológico o médico, pasa a ser visto como el resultado de las dinámicas relacionales en las familias y de los consensos comunicacionales que se crea dentro de ellas.

Por lo tanto, es importante comprender cómo desde la dinámica familiar, una enfermedad como el cáncer, va traspasando todos los límites de las generaciones y se proyecta a través de la historia familiar, convirtiéndose así en una pauta transgeneracional oncológica con la que se identifica patrones de vida dentro de las familias, como que no sólo el paciente diagnosticado con la patología ha sido el identificado con ella, sino también otros miembros de estas familias.

Durante el proceso de la enfermedad de un paciente con cáncer no solamente es importante tener en consideración su edad, tipo de enfermedad y grado de limitación y pronóstico, sino resaltar la participación vital de la familia en el proceso, en donde su postura ante la enfermedad crónica parece resultar decisiva para optimizar la salud, el bienestar y la calidad de vida del enfermo, así como también los factores socioculturales como las creencias y prejuicios, o el grado de responsabilidad del individuo por su situación.

Dichas pautas son perpetuadas en el tiempo y el espacio de las dinámicas familiares, pero a su vez son comprendidas y asimiladas por la familia, puesto que ésta se posiciona en una identidad particular en coherencia con el diagnóstico, generando así nuevas homeóstasis.

En el proceso de intervención en la terapia familiar sistémica, el uso del genograma sirve como vehículo de comprensión e interpretación que permite la reconstrucción y recreación del papel de dialogicidad temporal, mediante el cual se puede explorar los patrones de comportamiento y las dinámicas relacionales en diferentes generaciones, construidas alrededor de este diagnóstico. Se podría decir que es en las relaciones donde se crea, en los sistemas familiares, las enfermedades; y que si bien no son la causa o las culpables directas de éstas, si contribuyen

en un grado importante para que éstas sean mantenidas o superadas, dado que para cada persona la familia es un contexto primario de aprendizajes y experiencias, y por lo tanto es en este terreno donde se desarrollan o fracasan tanto los movimientos de individuación y de identificación, como los procesos de adquisición de identidad.

El modelo sistémico forma parte del pensar, el hacer y sentir del trabajo con pacientes y familias inmersas en la patología oncológica, puesto que la realidad se entrelaza y esa dualidad mente - cuerpo deja de ser modelo para el observador, descubriendo más bien las pautas que se conectan entre los seres vivos.

En la familia oncológica el cáncer se introduce en el sistema; cada miembro del sistema responde en función de sus relaciones interactivas dentro de la historia diaria, o sea que la familia responde a la crisis del cáncer, dependiendo de la historia previa de la familia. Es así como el cáncer genera cambios significativos en cada uno de los miembros, en la proximidad de la familia y la red social.

En el proceso de la enfermedad el psicoterapeuta crea un espacio humano y significativo, reflexivo y continente que se traduce en caminar al lado del paciente y la familia para iniciar así el proceso de adaptación y cambio.

En el tratamiento se observa una 'conspiración silenciosa' donde la familia a veces no comparte con el paciente oncogénico el diagnóstico; éste se convierte en un 'escudo protector' para, precisamente, protegerlo. Esta protección es más bien una desprotección; es algo paradójico, pero es imposible guardar ese secreto, pues la enfermedad continuamente emite mensajes desde el cuerpo del paciente.

Según Watzlawick, Beavin y Jackson (1985) los axiomas de la comunicación son una serie de afirmaciones o verdades establecidas al analizar la comunicación humana; es imposible no comunicar; existe un nivel de contenido y un nivel de comunicación; la naturaleza de la relación se establece en función de la puntuación o gradación que los participantes hagan de las secuencias comunicacionales; existen dos modalidades de comunicación que son la digital y la analógica y, por último, la comunicación puede ser simétrica y complementaria.

De acuerdo con lo anterior, es imposible no comunicar y por lo tanto es imposible no comportarse; toda conducta en la interacción tiene un valor de mensaje, o sea que toda conducta es comunicación y por mucho que uno intente, no puede dejar de comunicarse. La actividad o inactividad, las palabras o silencios tienen siempre un valor de "mensaje" y estos mensajes influyen sobre los demás, quienes a su vez, no dejarán de responder a esas comunicaciones y además también comunican. Por lo tanto el cuerpo se comunica, y es ahí donde radica la importancia de que el paciente conozca acerca de su enfermedad.

Se puede tener en cuenta además el concepto de resiliencia, el cual destaca cómo después de una alteración, el cuerpo físico logra devenir en su composición original. El concepto de equifinalidad es importante para hablar de co-evolución de procesos y adaptaciones sucesivas. Es así como la historia relacional familiar va dando la clave de las formas comunicativas, de las relaciones y los contenidos de sus interacciones desde los diferentes roles. (Cavani, 2010) sostienen que "La persona que

Método

padece cáncer tiene que ir resolviendo situaciones, proyectos y expectativas en su vida, incluyendo la vida diaria; se hace una verdadera transformación que permite ir haciendo cambios” (párr. 39), teniendo en cuenta los recursos de la familia y del paciente para “aprender a vivir luchando contra el cáncer” (párr. 42), pero teniendo cuidado de no poner en riesgo la ilusión del paciente y la familia al aferrarse a la vida.

La intervención con cada familia y con cada paciente es muy diferente y compleja, precisamente por el proceso de la enfermedad, por las características de cada familia y por el funcionamiento de cada sistema familiar (Rolland, 2009).

Como estrategias para el abordaje de atención psicológica en pacientes con cáncer, se tuvo en cuenta los talleres reflexivos.

Taller reflexivo. En la intervención psicosocial y para la edificación personal de la realidad se utiliza herramientas que propician el aprendizaje significativo; es así como dicha manera de intervenir la realidad permite que el aprendizaje se vuelva un proceso de vida alternativo, al relacionar lo cognitivo, lo emocional y lo social; por tanto, los sujetos participantes permiten aflorar en las interacciones sociales cotidianas su actitud personal frente a la vida, lo que facilita su apertura a diversas perspectivas del mundo, la integración y acoplamiento que éste exige y la inserción sin trauma a otros espacios de la vida y el mundo (Torres, 1999).

Dentro de la intervención psicosocial se utiliza la metodología tipo taller útil para promover la reflexión-acción que permite además el análisis de situaciones reales y potencia la construcción y el desarrollo de alternativas. Se trabaja la filosofía del aprender a ser y aprender a aprender, lo que implica tener una capacidad de búsqueda conjunta del saber de cada persona, donde no hay verdades absolutas; se conjuga entonces las capacidades, aptitudes y deseos de una persona para construir algo para sí y para los demás.

La metodología taller plantea una educación humanizante, lo que quiere decir que cada persona es agente de su propia transformación. En él se imparte una educación crítica buscando potenciar en cada paciente una actitud crítica para interpretar y valorar la realidad; promueve a su vez una educación dialógica donde lo más importante es la capacidad de escuchar al otro antes de responder, de discutir antes de juzgar, y trabaja además una educación concientizadora que promueve la acción de reflexión basada en la experiencia.

En particular, el taller reflexivo es un instrumento para la socialización, útil para aprender a pensar y actuar en equipo; los participantes asumen problemáticas y temáticas específicas a través de una postura integradora; en él reina la reflexión y la articulación de la teoría y la práctica, donde son orientados a la comunicación constante con las realidades personales y sociales.

Esta técnica se torna en motor de aprendizaje significativo y cooperativo porque exige la construcción de metas comunes, la interdependencia de tareas o división de las labores, lo que permite al grupo participante ser más eficiente en el desarrollo de sus actividades, en tanto cada cual puede hacer lo suyo con su aporte personal en beneficio del grupo, perfeccionando con ello su autoestima y la percepción de sí como una persona útil a sí mismo y a los demás.

Para llevar a cabo los procesos propuestos en el Proyecto de práctica de pacientes con cáncer en el HUDN se tuvo en cuenta la intervención con cada consultante para identificar su posición frente al diagnóstico, el afrontamiento y tratamiento, encontrar e identificar posibles respuestas emocionales que deberían ser intervenidas mediante las acciones y comunicaciones terapéuticas como el aprender a hablar el lenguaje del paciente, la reestructuración, el evitar las formas lingüísticas negativas, el uso de la comunicación paradójica y el tener en cuenta la resistencia del consultante (Nardone y Watzlawick, 1992).

Se propuso el trabajo en intervención grupal para apoyar a los consultantes y sus familiares en la expresión de sentimientos y emociones, llevados a cabo mediante la lectura de *Cuentos con Salud, para seguir regalando* (Bermejo, 2012) y talleres reflexivos que permitieron la identificación de recursos personales utilizando anécdotas, relatos y lenguaje metafórico, que es otra modalidad de intervención terapéutica que permite la comunicación de mensajes aprovechando la forma indirecta de la proyección e identificación que una persona pone ante los personajes y las diversas situaciones del relato (Nardone y Watzlawick, 1992).

Población y Muestra

La población con la cual se desarrolló el presente proyecto de práctica fueron los usuarios que asistieron al Servicio de Oncología del HUDN y sus familias o acompañantes, provenientes en su mayoría de diferentes poblaciones del departamento de Nariño, de estratos 1 y 2. Se realizó la asesoría psicológica (evaluación, diagnóstico y tratamiento) del funcionamiento mental y emocional del usuario, como lo presenta la OMS (2006), la cual es el método más oportuno y apropiado para brindar ayuda, apoyo y prevención de conflictos presentados por el diagnóstico y tratamiento de una enfermedad, teniendo en cuenta que ella es un espacio de escucha confidencial para el usuario que lo solicita, donde puede plantear aspectos personales como las emociones, pensamientos o conductas que le preocupan e interfieren en su desarrollo integral.

Los objetivos que se tuvo en cuenta fueron: -Brindar una mejor comprensión de las emociones, -Dar nuevas alternativas para enfrentar los problemas y -Ofrecer apoyo emocional para poder progresar en su tratamiento.

Resultados

Para dar cumplimiento al primer objetivo específico, el cual fue diseñar estrategias terapéuticas que permitieran a los usuarios con cáncer de la Unidad de Oncología del HUDN comprender cuál era el significado que la persona tenía frente al diagnóstico de cáncer, fueron diseñados talleres reflexivos con lecturas mediante la estrategia “Cuentos que Sanan”, estrategia muy valiosa con la que se abordó temas como la ansiedad y el miedo, trabajando desde el diagnóstico y el proceso del tratamiento, puesto que eran emociones que se presentaban permanentemente como consecuencia del constructo social que representa dicho diagnóstico.

Se logró identificar emociones y sentimientos que habían afectado sus vidas y sus relaciones personales y familiares. Igualmente se trabajó talleres de “Identificación de Recursos Personales y Familiares”, necesarios para utilizarlos a favor del proceso de tratamiento oncológico. Por lo general, cuando el paciente es diagnosticado con cáncer, asume una posición de finalización de la vida y por lo tanto se bloquea emocional y cognitivamente, olvidando cuáles son sus fortalezas para apoyarse en ellas. Durante el proceso fue necesario identificarlas, reconocerlas y trabajarlas para ponerlas en práctica en este momento crucial de la vida.

Sucedió lo mismo con la “Identificación de Pensamientos Negativos y Positivos”, proceso que se llevó a cabo mediante dichos talleres, y fue necesario trabajarlo para mejorar o mantener la actitud frente a la enfermedad y al tratamiento según fuera el caso. Con los anteriores temas se efectuó actos reflexivos donde los pacientes con más tiempo de tratamiento apoyaron y motivaron a los pacientes que apenas iniciaban el proceso y que expresaban miedo, angustia y ansiedad frente a lo inesperado de la enfermedad y la manera de abordarla.

Se llevó a cabo talleres de “Autoestima y Amor Propio” para resaltar la importancia de la persona, destacándose que la mayoría de los pacientes observaba la enfermedad como una carga para los demás, y lo más importante para ellos era no causar molestias. Mediante el taller se logró entender el valor e importancia que cada uno debe darse a sí mismo y cuánto más, durante el proceso de recuperación, tiempo durante el cual el paciente está en contacto consigo mismo, con su presente y su futuro. Se resaltó la importancia de autocuidado y valía personal y se abordó la importancia que cada uno tenía como persona, resaltando que muchos de ellos habían dedicado sus vidas a vivir por otros o en función de otros, más que dedicando tiempo a sí mismos y a sus sueños.

Se compartió el tema “Decálogos o Propósitos para tener en cuenta durante el proceso de tratamiento y enfermedad”, muy valioso para complementar el tema de autoestima y amor propio, estimulando al paciente a establecer reglas y normas importantes durante el proceso del tratamiento y recuperación, reflexiones que se convirtieron en herramientas valiosas para tener en cuenta como motivación y como acciones a llevar a cabo dentro sus rutinas personales adicionales al tratamiento médico, formando así hábitos sanos. Fueron además útiles como estrategia para la ocupación del tiempo libre, lo cual redundaría en calidad de vida y bienestar personal y familiar.

Para dar respuesta al segundo objetivo, el cual fue brindar a los usuarios y familiares espacios de atención orientados a la elaboración de aceptación y afrontamiento del diagnóstico y el tratamiento oncológico, se realizó el abordaje como promulgación de la atención en el Servicio de Psicología, servicio que se presta en general para la Institución pero no específicamente para Oncología; más adelante dicha promulgación se convirtió en el adecuado proceso para intervenir a los pacientes, proceso que no habían apropiado los pacientes en tratamiento.

Se hizo intervenciones personales con los pacientes en quimioterapia y radioterapia por medio de entrevistas, generando

empatía por medio de la escucha, la atención y la importancia que merecen, teniendo en cuenta cada uno de sus relatos y apreciaciones personales frente al evento disruptivo en sus vidas. Se tuvo en cuenta la revisión de las acciones y comunicaciones terapéuticas como el aprender a hablar el lenguaje del paciente, la reestructuración, el evitar las formas lingüísticas negativas, el uso de la comunicación paradójica y el tener en cuenta la resistencia del consultante frente al diagnóstico y tratamiento.

Para abordar al paciente desde la psicología, además de conocer cuáles son sus principales reacciones emocionales y su estilo de afrontamiento, es importante valorar el estadio de la enfermedad y sus recursos interpersonales o estructuras de apoyo social que posee. No es lo mismo valorarlo momentos después de ser diagnosticado de cáncer, que hacerlo luego de un proceso largo de tratamiento y de varias recaídas.

Con el paciente recién diagnosticado se trabajó fundamentalmente la ansiedad ante la amenaza y la rabia, mientras que con el paciente de largos periodos de tratamiento se trabajó el agotamiento físico y psicológico de tanto tiempo de lucha y componentes depresivos asociado a sentimientos de desamparo y desesperanza.

Se realizó contacto con 123 pacientes (60 %) de los 206 atendidos en el Servicio de Oncología. Durante el proceso de la atención se abordó diferentes situaciones que daban a conocer la lucha que vivían durante el proceso de tratamiento oncológico, entre sus malestares físicos como el dolor, náuseas, vómitos, etc., y las alteraciones emocionales como la irritabilidad, tristeza, miedo y desesperanza, entre otras.

Los pacientes fueron capacitados para el manejo del dolor por medio de técnicas conductuales como la adecuada respiración y la relajación. Las afecciones emocionales fueron trabajadas desde la expresión de sentimientos con técnicas utilizadas dentro del enfoque humanista como la imaginación guiada y la silla vacía, puesto que algunas veces sus dolencias eran el resultado de la elaboración de un conflicto personal o familiar sin resolver.

Muchos pacientes con cáncer se encontraban en situaciones que no siempre les permitían hablar con tranquilidad sobre su historia personal; además las visitas con el médico oncólogo solían ser cortas y en casa procuraban proteger a su familia ocultando la verdadera intensidad de sus sentimientos. En las sesiones iniciales de la terapia se les animó a hablar de cómo recibieron el diagnóstico y cuál fue el impacto emocional para ellos y para las familias, fomentando especialmente la expresión de la ira y el miedo. El efecto de esta ventilación de emociones resultó ser suficiente para muchos pacientes; otros necesitaron ir más allá y aprender técnicas de afrontamiento más específicas.

La mayoría de las consultas fueron efectuadas en un solo momento, dado que en su mayoría (64 %) los pacientes que asistían a tratamiento oncológico eran procedentes de diferentes poblaciones del departamento y una minoría (36 %) eran pacientes que residían en la ciudad de Pasto.

Fue además posible la participación con la conferencia “Mi familia, un gran tesoro” en la actividad institucional del Hospital con

el servicio de Oncología “Luzca bien, siéntase mejor”, la cual tuvo como objetivo principal el reconocimiento de la familia, los vínculos que existen dentro de ella, el reconocimiento de los roles y las comunicaciones que se mantiene dentro de este sistema como factor protector para los pacientes en tratamiento oncológico. Fue una valiosa oportunidad para reconocer los lazos conectores que en el momento mantenían los pacientes con sus cuidadores o acompañantes, y en caso de no haberlos, fue posible guiarlos y acompañarlos con la técnica de imaginación guiada en un proceso de reconocimiento de estos vínculos para proceder luego a honrarlos y tomarlos como parte de su tratamiento y recuperación. Fue así como empezaron a reconocer, además de los médicos y los medicamentos, a las personas, las relaciones y los vínculos como aspectos fundamentales dentro del proceso de tratamiento y proceso de recuperación de una enfermedad oncológica.

Es frecuente que los pacientes oncológicos eviten o supriman las emociones: éstas hacen referencia a cómo el paciente conscientemente encapsula una emoción que está experimentando, debido muchas veces al miedo que se tiene de hacer sufrir a la familia, a ser abandonados si se quejan demasiado, o muchas veces a la posición altruista basada en la creencia de que las personas que los cuidan tienen que afrontar tantas dificultades, que prefieren no cargarlos con emociones negativas. Se presenta como un “código de silencio” frente a la familia, o puede suceder al contrario: los familiares no quieren hacer sufrir al enfermo con su preocupación.

Para responder al tercer objetivo, Desarrollar procesos de apoyo psicológico grupal a los usuarios y familiares de la Unidad de Oncología, se buscó brindar espacios de atención grupal orientados a la elaboración de aceptación y afrontamiento del diagnóstico y el tratamiento oncológico. Se hizo intervenciones sobre los componentes psicológicos de salud que incluyen las emociones y sentimientos relacionados con el cáncer y su tratamiento, buscando promover un ambiente de apoyo para facilitarles al paciente y a su familiar o acompañante-cuidador, el manejo del duelo (si lo había), incrementar los recursos de afrontamiento y las habilidades que el sujeto tenía para la resolución de sus conflictos. Se tuvo en cuenta además durante el proceso y según la necesidad de cada uno de ellos, de conducirlos al consultorio de psicología para una atención más íntima y personalizada.

Se utilizó además la psicoeducación como estrategia para abordar temas relacionados con el afrontamiento del diagnóstico y proceso del tratamiento mediante el tema “Adecuado acompañamiento familiar”, útil en especial para los acompañantes o cuidadores, donde aprendieron a manejar al paciente de acuerdo con el tratamiento y las consecuencias, y no basados en pareceres o supuestos personales. El acompañante del paciente oncológico, por lo general, se preocupa por su alimentación y cuidado físico y se incomoda frente a su irritabilidad y decaimiento emocional. Con el taller se enseñó a respetar los silencios, aislamientos e inapetencia del paciente, trabajando estrategias para un mejor “acompañamiento” sin generar cargas emocionales adicionales para ninguno de los dos y como estrategia útil, llevar a cabo en casa

momentos de comunicación para identificar y respetar los deseos del paciente para que éste a su vez conozca las preocupaciones del acompañante. Se desarrolló talleres de relajación para “Manejo de dolor y Manejo de Pensamientos Catastróficos”, educando así a los pacientes a mantener el control de su mente y entendiendo la enfermedad y los malestares del tratamiento, estableciendo conciencia sobre qué o quién controla al paciente: ¿su mente o él mismo?

En los talleres se logró una comunicación abierta y la expresión de sentimientos, donde pacientes con una larga trayectoria en el Servicio de oncología apoyaron y estimularon a sus compañeros para asumir una posición más positiva frente a la enfermedad y al tratamiento.

Durante el tiempo de permanencia en el período de práctica asistieron a tratamiento de quimioterapia 206 pacientes, de los cuales 159 (77 %) participaron en talleres reflexivos, de psicoeducación y recreativos, algunos de ellos con acompañantes.

Se llevó a cabo, además, 10 consultas y se hizo seguimiento a los pacientes y sus familias, logrando un adecuado acompañamiento de su parte, buscando la vinculación más estrecha de la pareja hacia el paciente, la motivación a los acompañantes como factor protector para el paciente y la fortaleza que se logra basada en la unión y el amor como fundamento de un nuevo sentido de vida para las personas que atraviesan por dicho evento.

En algunos casos se logró la vinculación de la pareja al tratamiento, obteniendo un acompañamiento constante que incluía viajes desde el exterior del país cada mes, lo que ocasionó la mejoría y adherencia al tratamiento por parte de la paciente; en otro caso se observó cómo el apoyo incondicional de una esposa en el proceso con el paciente se convirtió en motivación constante para su mejoría, situación que los motivó a tomar la decisión de montar una microempresa familiar donde resolvieron el problema de solvencia familiar y la ocupación permanente del paciente en actividades de la vida diaria; otro paciente, quien a causa de su enfermedad presenta hemiparesia, retomó su labor como músico con el apoyo incondicional de su pareja, ya no en la interpretación de instrumentos musicales sino en el hecho de impartir clases de piano, aprovechando así sus recursos personales y el estable vínculo conyugal.

A través de la psicoterapia y el apoyo del núcleo familiar se ha recuperado la adherencia al tratamiento de un joven que afrontaba sentimientos de desesperanza frente al diagnóstico y su hospitalización; se realizó conciencia del aquí y el ahora frente al sentido de vida, motivado por el embarazo de su pareja, lo que permitió rescatar una actitud positiva frente al proceso.

El abordaje de cada uno de estos objetivos por medio de entrevistas, intervenciones y talleres grupales y reflexivos ha permitido dar respuesta al objetivo principal del presente trabajo de práctica, el cual fue propiciar procesos de re-significación frente al diagnóstico de cáncer en los pacientes que se encuentran en tratamiento oncológico y sus familiares del Servicio de Oncología del Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E.

Fue así como la intervención psicológica en el enfermo de cáncer fue dirigida a la expresión de sus emociones, abordando las creencias acerca de la enfermedad y consiguiendo que el paciente se hiciera responsable y fuera consciente de su capacidad para mejorar e integrar la situación en su día a día.

Finalmente, cabe resaltar que el Servicio de Oncología amerita un servicio de psicología permanente, donde los pacientes y sus familiares o acompañantes puedan contar con el apoyo psicológico puesto que el cáncer es una enfermedad que alerta sobre la muerte a causa de la mirada social con la que cuenta. En muchos de los casos, el temor a la muerte fue un aspecto que influyó en la actitud de los pacientes frente al tratamiento; la mayoría de ellos expresaba: “creí que me iba a morir”; “eso me cerró la posibilidad de seguir viviendo”; “fue lo peor que me pudo haber sucedido”; “ya no sé cómo voy a vivir”; “no quiero que nadie me vea, porque me estoy muriendo”; “esto es lo peor”; “la tristeza me va a matar”.

Conclusiones

Es importante tener en cuenta cómo el cáncer se ha convertido en un tema de salud pública mundial y, por lo tanto, es necesario abordarlo permanentemente no sólo desde los tratamientos médicos sino desde la psicología, dadas las alteraciones psicofisiológicas que ocasiona en cada paciente.

Es necesario reconocer además, que todos los enfoques dentro de la Psicología son muy valiosos e importantes; cada uno mantiene la mirada de acuerdo con sus teorías pero, personalmente, la Terapia Familiar Sistémica permitió mantener una mirada completa y compleja que encierra no solamente la mente, las emociones o pensamientos de una persona, sino que permitió ir más allá y encontrarse no sólo con las personas y sus dificultades, sino con toda una historia familiar que se ha cargado durante mucho tiempo y que abre puertas para la transformación en ellas y en todo un sistema, de manera compleja y segura, teniendo en cuenta que ésta puede repercutir en las historias de otras personas.

La Terapia Familiar Sistémica permite entender los problemas y dificultades, ya no desde la patología sino desde las realidades, amores, pautas, mitos y consensos que, sin querer hacen las personas, pero que al dilucidarlos y entenderlos se puede, simplemente, cambiar. Es importante comprender a las personas como parte de un sistema y, por lo tanto, poder transformar y cambiar el mundo personal cuando se observa detenidamente su funcionamiento.

Se requiere tener en cuenta la promoción y prevención como programas de cuidados para detectar a tiempo la enfermedad y posibilitar la obtención de ayuda médica y apoyo psicológico desde diferentes tratamientos médicos y enfoques psicoterapéuticos para afrontar su diagnóstico y proceso evolutivo, buscando siempre lograr la cura. Claro está que la mayoría de los enfoques buscan, más que la cura, el manejo de las consecuencias emocionales de la enfermedad mediante técnicas terapéuticas, a diferencia del enfoque sistémico que

cuenta con la opción de generar nuevas miradas para realizar cambios que identifiquen las pautas transgeneracionales y se pueda romper las pautas o mitos que las pudieran conservar y alcanzar así una esperanza de vida que puede llevar a la cura.

De esta forma, a través de la mirada sistémica se puede realizar connotaciones positivas que permiten avanzar tras los cambios de segundo orden que en realidad lo que logran es permitir cerrar ciclos, dar vuelta e iniciar desde cada vida y cada historia.

El cáncer como esperanza de vida ha sido un tema que se ha trabajado durante todo este año y ha traído historias familiares que han impactado y han movido mi historia personal.

Ha sido una danza terapéutica donde, por medio de la práctica, se ha podido intervenir con cada consultante; durante la danza ha sido posible trabajar por medio de la creatividad, que han sido las alas terapéuticas que han permitido ir más lejos y trabajar con ellos. No ha sido fácil crear los cambios de segundo orden puesto que movilizar las historias depende solamente de cada consultante y su sistema conyugal, parental o familiar.

Hoy por hoy y, en medio de las problemáticas actuales, se necesita de miradas nuevas a los problemas y a los sistemas individuales y familiares, por lo tanto, la autonomía de cada terapeuta, el modelo personal y las reflexiones diferentes a otros enfoques, son factores valiosos que deben encausarse en respetar la mirada diferente que indica que nadie es el dueño de la verdad pero si se puede defender cada verdad, o más bien, la verdad personal.

Lo único importante para avanzar en la profesión es la convicción permanente de que los seres humanos no son tan sólo mente, cuerpo o emociones, sino un compendio de todas ellas. Tampoco son seres individuales; son personas que funcionan como un sistema, por moverse y vivir dentro de un sistema familiar, que heredan rasgos físicos de sus ancestros y pautas, mitos y consensos que dan como resultado muchas historias. Y, toda historia tiene la esperanza de ser transformada y cambiada.

La invitación para crear contextos y escenarios nuevos se logra a través de la transformación para poder creer en ella. Si en la vida personal no hay cambios, no se puede buscar crearlos en otros. Cada ser humano trae tras de sí una historia o relato que debe ser recontado y revelado para poderlo abordar. Las personas se encuentran atrapadas en finales infelices o muchas veces en historias sin final.

Es importante, además de comprender a los otros y de capacitarse permanentemente, tener en cuenta la disposición psicológica desde la “vocación”, pues amar lo que se hace permite ser diestro para cada proceso e intervención; es así como se debe identificar el estilo personal que permitirá dar giros constantes para la realización personal y para bien de los demás.

Para crear los contextos de intervención es necesario tener en cuenta el estilo, la historia, los sistemas familiar, cultural y social

que serán fortalecidos a través de la formación constante y la experiencia. Además, es necesario reconocer el sistema social y cultural de cada intervenido y todo el sistema familiar que lo mantiene.

Por último, se hace imprescindible recordar, como dice Clark (2010), que: "Cuando alguien tiene cáncer, la familia entera y todo el que lo ama, también".

Agradecimientos

En este momento de mi vida considero importante agradecer a Dios por esta oportunidad de estudiar una disciplina que tiene que ver con los seres humanos y sus complejas vidas. Desde mi vocación reconozco la importancia que tienen como personas y miembros de una familia que a su vez quieren construir sociedad, pero que si no pueden resolver conflictos y superar obstáculos, no podrán hacerlo de la mejor manera para dar un futuro y una esperanza a las nuevas generaciones.

A mi esposo, por su apoyo incondicional; gracias por convertirte en un motivador excelente frente a cada momento de dificultad e impotencia personal.

A mi Asesor de práctica Magíster Jesús Muñoz y a mi supervisora Psicóloga Mónica Adriana Rosero, por orientarme, acompañarme, corregirme y apoyarme en el arduo proceso de convertirme en una profesional idónea.

Igualmente, al Hospital por apoyar procesos de práctica tan valiosos como éste, abriendo sus puertas para consolidarnos como profesionales.

A mis pacientes, por abrir las puertas de sus almas, por relatarme sus historias de vida, por confiar en mí como profesional y por permitirme acompañarlos en este duro proceso. Sus lágrimas y sonrisas fueron la motivación permanente para esforzarme y capacitarme para brindar una mejor y, si se puede decir, excelente atención. Mil gracias a todos y cada uno.

Referencias

- Alonso, C. y Bastos, A. (2011). Intervención psicológica en personas con cáncer. *Clínica Contemporánea* 2(2), 187-207.
- Barragán, J. y Almanza-Rodríguez, G. (2013). Valoración de estrategias de afrontamiento, a nivel ambulatorio, del dolor crónico en personas con cáncer. *Aquichán* 13(3), 322-335.
- Bermejo, J. (2012). Cuentos con salud, para seguir regalando. Recuperado de <http://www.josecarlosbermejo.es/libros/cuentos-con-salud-para-seguir-regalando>
- Brennan, J. (2001). Adjustment to cancer – coping or personal transition? *Psychooncology* 10(1), 1-18.
- Cavani, G. (2010). Familia y cáncer: reflexiones de la vida. Recuperado de <https://terapiafamiliaresistemica.wordpress.com/2010/12/11/familia-y-cancer-reflexiones-desde-la-vida/>

Clark, T. (2010). Terri Clark. Recuperado de https://en.wikipedia.org/wiki/Terri_Clark

García-Monge, J. (2010). La esperanza en la experiencia de sufrimiento humano. El Psicólogo humanista y su ayuda en la integración del dolor. *Clínica Contemporánea* 1(1), 19-29.

Guardiño, C., Riveros, A. y Sánchez-Sosa, J. (2010). Calidad de Vida y Cáncer de Mama: Efectos de una Intervención Cognitivo-Conductual. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual* 1(1), 69-80.

Hitzig, J. (2015). *Cincuenta y tantos: cuerpo y mente en forma, aunque el tiempo siga pasando*. México: Editorial Grijalbo.

HSBNoticias.com. (2015). OMS: para 2015 el cáncer afectaría a 80.000 personas más en Colombia. Recuperado de: <http://hsbnoticias.com/noticias/ciencias/oms-para-2015-el-cancer-afectar-80000-personas-mas-en-colombia-124096>

Infocáncer México. (2014). Cáncer en cifras. Recuperado de <http://www.infocancer.org.mx/estadisticas-a-proposito-del-da-mundial-contra-el-cancer-con783i0.html>

Nardone, G. y Watzlawick, P. (1992). El arte del cambio. Trastornos fóbicos y obsesivos. Recuperado de <http://www.herdereditorial.com/obras/2709/el-arte-del-cambio/>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2006). Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/policy/legislation/WHO_Resource_Book_MH_LEG_Spanish.pdf

Pérez, C. y Rodríguez, F. (2006). Afrontamiento de la enfermedad oncológica por el grupo familiar. Recuperado de <http://www.psicologiacientifica.com/enfermedad-oncologica-afrontamiento-familiar/>

Rocha-Buelvas, A., Trujillo-Montalvo, E., Hidalgo-Patiño, C. e Hidalgo-Eraso, Á. (2014). Carga de cáncer del departamento de Nariño y subregiones, Colombia, 2010. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* 32(3).

Rolland, J. (2009). *Familias, enfermedad y discapacidad, una propuesta desde la terapia sistémica*. Barcelona, España: Editorial Gedisa.

Torres, A. (1999). Técnicas prácticas de intervención psicosocial- caja de herramientas. Recuperado de <http://virtual.funlam.edu.co/repositorio/sites/default/files/CajadeHerramientas.pdf>

Watzlawick, P., Beavin, J. y Jackson, D. (1985). *Teoría de la Comunicación Humana. Interacciones, Patologías y Paradojas* (4ª ed.). Barcelona, España: Editorial Herder.