

**PROGRAMA PARA EL MANEJO DE LAS REACCIONES
EMOCIONALES DE LA FAMILIA FRENTE AL DOLOR DEL PACIENTE
ONCOLÓGICO EN FASE TERMINAL**

**ELCY BABILONIA
ZULEIMA CONTRERA
IDALIDES FAJARDO.**

**CORPORACIÓN UNIVERSITARIA TECNOLÓGICA DE BOLIVAR
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
CARTAGENA
2003**

JUSTIFICACIÓN

Las últimas investigaciones al respecto del apoyo social en personas que desarrollan enfermedades terminales (Wills 1998, citado por Brannon, 2001), muestra que las personas que disponen de una red social sólida saben que disponen de ayuda, así que cuando experimentan estrés pueden apreciar el estresor como un elemento menos amenazante, que aquellas que cuentan con menores recursos para afrontar la situación. El apoyo también puede cambiar directamente las estrategias de afrontamiento, de modo que las personas con mayores recursos de apoyo presentan mayores probabilidades de obtener información, resolver problemas e implementar soluciones. Otras investigaciones relacionadas con las técnicas de afrontamiento en el manejo del dolor ((turner y chapman 1982, Jacobs, kurtz y strube 1995, blanchard, y cols 1990, Holroyd y Penzien 1990, Compas y colaboradores 1998, turner y jensen 1993, Sharff y Marcus 1994, citados por Brannon, 2001), señalan que este puede ser disminuido utilizando este tipo de técnicas junto con tratamiento farmacológico. Además, la utilización de estas técnicas puede ayudar a la disminución de aparición de efectos colaterales de los medicamentos para disminuir el dolor ya que muchos de éstos pueden producir somnolencia, problemas gastrointestinales, pérdida de peso, etc. Por el contrario, las técnicas de afrontamiento no presentan efectos colaterales negativos y pueden ayudar no solo al manejo del dolor del paciente sino al manejo de las reacciones de los familiares para que estos a su vez puedan dar un mejor apoyo al familiar enfermo.

Aún, a pesar de que este valioso conocimiento científico revelado por múltiples investigaciones, que confirma que el apoyo social puede mejorar la calidad de vida de pacientes oncológicos y de sus familiares, algunas instituciones oncológicas solo presentan programas farmacológicos para el manejo de sus pacientes, e incluso en el caso de algunas clínicas ni siquiera se considera la prestación de servicios de Psicología y psiquiatría, lo que

genera que la atención prestada sea insuficiente para cubrir las necesidades socio afectivas y emocionales de los pacientes, generando un evidente detrimento en su calidad de vida.

Por lo tanto, se hace necesario presentar programas que incluyan un abordaje integral del paciente y de sus familiares a nivel psicosocial, proporcionando estrategias de afrontamiento efectivas para el manejo de la enfermedad y de sus consecuencias, especialmente en lo que respecta al impacto emocional que supone el afrontamiento del dolor en el paciente oncológico.

CONTENIDO

JUSTIFICACIÓN

OBJETIVOS

POBLACIÓN

PROCEDIMIENTO

PRIMERA FASE

Evaluación Familiar

Evaluación de las Emociones familiares Experimentadas

SEGUNDA FASE

Educación de los familiares (Cartilla)

Charla de Especialistas

TERCERA FASE

Terapia Familiar

CUARTA FASE

Seguimiento y auto-evaluación

BIBLIOGRAFÍA

ANEXOS

OBJETIVOS

GENERAL

Orientar a la familia de pacientes oncológicos en el conocimiento y en el afrontamiento de las reacciones emocionales que se presentan en ellos frente al dolor experimentado por su familiar con cáncer en fase terminal.

ESPECIFICOS

Evaluar aspectos de la familia relacionados con el manejo de las reacciones emocionales ante el dolor oncológico

Proporcionar información clara y precisa sobre el dolor oncológico

Explicar los objetivos de los tratamientos farmacológicos en disminución del dolor en pacientes oncológicos

Explicar la relevancia de las estrategias de afrontamiento psicológico en el manejo del impacto emocional suscitado por la experiencia de dolor de su pariente con cáncer en fase terminal

Mencionar cuáles son las reacciones que se pueden experimentar en los familiares de pacientes oncológicos ante la experiencia de dolor

Entrenar en formas efectivas de afrontamiento frente al dolor del paciente oncológico en fase terminal, asesorando tanto a los familiares como al paciente en el tratamiento de las reacciones emocionales y en el tratamiento del dolor.

Registrar los avances en el manejo del dolor y el manejo de las reacciones emocionales de los familiares, con el fin de obtener información útil para la retroalimentación positiva, así como indicadores de impacto.

POBLACIÓN

Para la selección de la población, se considerarán los criterios de inclusión mencionados a continuación.

- ✓ Tener algún grado de consanguinidad con un paciente oncológico en fase terminal o, en caso de que no tenga el nexo, ser el cuidador principal.
- ✓ El paciente oncológico debe encontrarse en fase terminal y estar experimentando dolor no controlado
- ✓ Los familiares que asistan al programa, deben vivir en la casa del paciente.
- ✓ Los familiares deben comprometerse a cumplir con todas las estrategias que se exijan en el programa.

PROCEDIMIENTO

PRIMERA FASE

Evaluación Familiar

Objetivo

Evaluar aspectos de la familia relacionados con el manejo de las reacciones emocionales ante el dolor oncológico

Duración Total : 4 Horas

Duración por sesión: 30 Minutos

Número de sesiones: 3

Lugar: Hospital

Evaluación Familiar

La primera parte del programa consiste en evaluar algunos aspectos de la familia que pueden influir tanto de manera positiva como negativa en el manejo de las reacciones emocionales que presentan ante el dolor experimentado por el paciente.

Para cumplir con el objetivo propuesto para esta primera fase se utilizará una entrevista semi-estructurada (anexo 1) con los familiares para evaluar los siguientes aspectos:

- Estructura familiar: Genograma, tamaño familiar, elementos de apoyo.
- Funcionamiento familiar: Comunicación (como patrón determinante en el comportamiento familiar), afectividad, apoyo, adaptabilidad, normas y reglas, función familiar, y cohesión.
- Ciclo vital familiar: Etapas y tareas a las que se dedica la familia
- Habilidades de afrontamiento: Enfermedades previas, muertes previas, estrategias de afrontamiento, duelos previos.

- Recursos familiares: Económicos, vivienda nivel cultural y educacional.
- Valoración de elementos concretos: Cuidador principal, duelo complicado.
- Creencias culturales: Grado de importancia que se le da a los juicios y criterios que emiten las personas con relación al cáncer.

Clima social familiar (ver anexo 2): Se evaluará a través de las siguientes escalas:

RELACIONES. Que esta compuesta por las subescalas:

- ✓ Cohesión: grado en que los miembros de la familia están compenetradas y se ayudan y se apoyan entre si.
- ✓ Expresividad: Grado en que se permite y anima a los miembros de la familia a actuar libremente y a expresar directamente sus sentimientos
- ✓ Conflicto: Grado en que se expresa libre y abiertamente la cólera, agresividad y conflicto entre los miembros de la familia

DESARROLLO: que esta compuesta por las subescalas:

- ✓ Autonomía: Grado en que los miembros de la familia están seguros de sí mismos, son autosuficientes y toman sus propias decisiones
- ✓ Actuación: grado en que las actividades tales como trabajo, o escuela, se enmarcan en una estructura orientada a una acción competitiva
- ✓ Intelectual-cultural: grado de interés en actividades políticas sociales y culturales
- ✓ Social-recreativo: Grado de participación en este tipo de actividades
- ✓ Moralidad-religiosidad: Importancia que se le da a las prácticas y valores de tipo ético y religioso.

ESTABILIDAD: que esta compuesta por las subescalas

- ✓ Organización: importancia que se da a una clara organización y estructura al planificar las actividades y responsabilidades de la familia.
- ✓ Control: grado en que la dirección en la vida familiar se atiende a reglar y procedimientos establecidos

Una vez aplicada la entrevista semi-estructurada, la aplicación y evaluación de la escala de clima social, se realizará un informe basado en el resultado arrojado por la prueba en las diferentes subescalas. Estos resultados permitirán determinar el estado actual de la familia en relación con los factores que pueden influir en el manejo de las reacciones emocionales, y estos resultados estarán apoyados por la entrevista semiestructurada.

Para la obtención de los resultados de la evaluación a la familia se realizara el siguiente procedimiento:

1. Se evalúan los resultados de la prueba “escala social”, tras su calificación e interpretación.
2. Se clasifica a toda la familia teniendo en cuenta los resultados de las puntuaciones directas y el promedio por sub-escala, se busca en la tabla de puntuaciones de toda la familia y se coloca la calificación de la familia por sub-escala.
3. Para la clasificación de la familia, se tiene en cuenta únicamente la escala de relaciones que está compuesta por las subescalas: Cohesión, expresividad, y conflicto. Se selecciona esta escala porque se refiere al manejo de las emociones en la familia.
4. La clasificación se realiza con base en los siguientes criterios:
 - Familia tipo A: Es la familia que puntúa muy bajo o bajo, en todas, o mínimo en alguna de las sub-escalas de la escala relación.

- Familia tipo B: Es la familia que puntúa medio en alguna o en todas las sub-escalas de la escala relación, y no tiene puntuaciones bajas o muy bajas en las subescalas.
 - Familia tipo C: Es la familia que puntúa alto en todas las sub-escalas de la escala de relaciones.
5. Las familias que serán clasificadas para participar en el programa son las familias cuya puntuación de la prueba, junto con la entrevista semiestructurada puntúen dentro de la familia tipo A o B. la familia tipo C según la clasificación tiene un buen manejo de las reacciones emocionales, por lo tanto pueden no entrar a participar, a menos que ellos consideren que quieren participar en el programa para mantener su buen manejo o adquirir nuevos conocimientos que les permitan mejorar su manejo.
6. Se seleccionan el o los participantes que van a entrar al programa. Los criterios de inclusión son:
- No más de dos personas
 - Debe ser cuidador(a) principal
 - Mayor de 18 años
 - Vivir con el paciente en el mismo domicilio
 - Debe tener algún grado de consanguinidad o de afinidad con el paciente.
 - Disponibilidad de tiempo
 - Buen estado de salud
 - Compromiso
 - Responsabilidad

SEGUNDA FASE

Educación a los familiares

Objetivos

Proporcionar información clara y precisa sobre el dolor oncológico

Explicar los objetivos de los tratamientos farmacológicos en disminución del dolor en pacientes oncológicos

Iniciar la explicación sobre la relevancia de las estrategias de afrontamiento psicológico en el manejo del impacto emocional suscitado por la experiencia de dolor de su pariente con cáncer en fase terminal

Duración Total : 2 Horas

Duración por sesión: 15 Minutos y 1 sesión de 30 min.

Número de sesiones: 2

Lugar: Domiciliaria

Educación a los familiares

A los familiares de los pacientes oncológicos que pertenezcan al programa se les entregará una cartilla educativa que aborda principalmente los siguientes temas: La naturaleza y definición del dolor y del dolor oncológico, las causas del dolor en las personas con cáncer, el tratamiento y algunos métodos psicológicos y farmacológicos para aliviarlo, las reacciones de los familiares ante el dolor y el manejo de las mismas (ANEXO 3).

La entrega de las cartillas se hará el día de la conferencia dictada por especialistas en el tema de dolor oncológico, reacciones emocionales en familiares de pacientes oncológicos y manejo de estas reacciones. En esta conferencia se tratará de resolver cualquier duda que los familiares presenten.

La conferencia estará enfocada para que los familiares que asistan sirvan de multiplicadores de la información dada, y de esta manera ayudar a los demás familiares que no puedan asistir a la conferencia.

Al finalizar esta sesión se evaluará, si se alcanzaron los objetivos planteados a través de una estrategia positivo-negativo, e interesante (PNI)

TERCERA FASE

Terapia familiar

Objetivos

Profundizar en la explicación de la relevancia de las estrategias de afrontamiento psicológico en el manejo del impacto emocional suscitado por la experiencia de dolor de su pariente con cáncer en fase terminal

Mencionar cuáles son las reacciones que se pueden experimentar en los familiares de pacientes oncológicos ante la experiencia de dolor

Entrenar en formas efectivas de afrontamiento frente al dolor del paciente oncológico en fase terminal, asesorando tanto a los familiares como al paciente en el tratamiento de las reacciones emocionales y en el tratamiento del dolor.

Duración Total : 5 Días

Duración por sesión: 30 Minutos

Número de sesiones: 2

Lugar: Hospital y/o domiciliaria

Terapia Familiar

A cada familia se le dará una fecha en la que tiene que presentarse con los especialistas que manejan el programa para conocer el tratamiento indicado para el paciente y para ellos, dependiendo de los resultados encontrados en la fase de evaluación

Según el tipo de familia encontrado, la frecuencia de visitas a los especialistas será variada. Es decir a la familia tipo A, la frecuencia de visitas debe ser mas alta que la familia tipo B, y que la familia tipo C.

DESCRIPCIÓN DE SESIONES DE LA TERCERA FASE

SESION I “ Tratamiento “

Después de evaluar a los familiares, de entregarles la cartilla educativa, y de realizar una conferencia para darles a conocer todo lo referente al cáncer en estadio terminal y a las reacciones emocionales de los pacientes y de sus familiares, se pasará a escoger un tratamiento específico para esta familia dependiendo de los resultados de las evaluaciones psicológicas. Este tratamiento consiste en proporcionar técnicas de afrontamiento para manejar el dolor del paciente como tratamiento coadyuvante de los tratamientos farmacológicos, y para el manejo de las reacciones emocionales de los familiares ante las manifestaciones de dolor del paciente.

Además a los líderes que fueron seleccionados en la primera etapa se les entrenara en técnicas de autocontrol, manejo de ansiedad, auoinstruccion, con el fin de que este líder pueda ayudar en el proceso a los demás familiares.

SESION II “Seguimiento”

Esta sesión se realizará para hacer el primer seguimiento del programa y observar los cambios, y los posibles inconvenientes que se pueden presentar en el desarrollo del mismo.

Además se entrenará a la familia (y al líder) para que sean ellos quienes manejen los registros del paciente y sus propios registros

Procedimiento para el entrenamiento en autoregistro de Meichenbaum (1987)

1. Informar al paciente de la importancia de llevar un autoregistro, y de lo útil que puede ser para el tratamiento
2. Diseñar el autoregistro teniendo en cuenta las características de la familia y del paciente. (anexo 4)
3. Comprobar que el paciente ha comprendido todas las instrucciones, para ello se puede modelar el registro de uno o varios sucesos y/o plantear una inversión de papeles en donde el paciente hace de terapeuta y el terapeuta se convierte en un paciente al que ha de serle explicado el uso del registro.
4. Se deben considerar algunas dificultades que se pueden presentar a la hora de desarrollar el registro, como olvido, situaciones sociales, etc.
5. Realizar algunos ejercicios de autoregistro si el paciente tiene dificultades para llevar a cabo el registro de las conductas.

Conductas a Observar:

Pensamientos y sentimientos relativos al miedo como:

- ✓ Miedo a hablar de la enfermedad
- ✓ Miedo a que el enfermo adivine que se muere.
- ✓ Miedo a no estar presente cuando muera
- ✓ Miedo a saber identificar la muerte
- ✓ Miedo a la soledad después de la muerte,
- ✓ Miedo a no tener ayuda profesional cuando se necesite.
- ✓ Miedo a estar solo con el enfermo en el momento de la muerte

Pensamientos y sentimientos relativos a la rabia como:

- ✓ Frustrarse ante la agonía del dolor físico del paciente descargando su rabia hacia la incapacidad de la ciencia medica.
- ✓ Contra las decisiones tomadas del cuerpo medico.

- ✓ por la falta de control de la situación
- ✓ por la falta de asistencia de los miembros de la familia por poca colaboración y por viejas heridas.
- ✓ Contra el lugar de trabajo.
- ✓ Contra Dios
- ✓ Contra fuerzas exteriores o el azar, etc.
- ✓ Comportamientos conductuales como la agresividad verbal, la ironía e incluso el abandono del enfermo.

Pensamientos y sentimientos relativos a la angustia como:

- ✓ Futuros problemas económicos que el paciente puede dejar.
- ✓ La alteración de los proyectos y la dinámica familiar que repercuten en el sistema de vida de cada miembro.

Pensamientos y sentimientos relativos a la culpa como:

- ✓ Necesidad de reparar.
- ✓ Recriminarse
- ✓ Autocastigarse.

Pensamientos y sentimientos relativos a la depresión como:

- ✓ Negación ante la realidad del dolor que esta viviendo el paciente.
- ✓ Sentimiento de tristeza

Pensamientos y sentimientos relativos a la desesperanza como:

- ✓ Sensación de pérdida personal
- ✓ Sensación de pérdida de las esperanzas.
- ✓ Sentimientos de desesperanza y vulnerabilidad.

Procedimiento para entrenamiento en auto-instrucciones

1. Conocer que tipo de pensamiento o autoverbalizaciones irrelevantes o que están interfiriendo de forma negativa en la realización de una determinada tarea y mantener o instaurar otras verbalizaciones mas adecuadas y/o correctas en función del tipo de situación.
2. entrenamiento en el uso del lenguaje interno para facilitar la correcta actuación, esta fase contiene cinco subfases:
 - 2.1. El terapeuta modela el enfrentamiento a la situación aversiva, a la vez que se habla a si mismo en voz alta sobre lo que se está haciendo y el paciente presta atención y aprende por observación como enfrentarse a la situación aversiva (Modelado)
 - 2.2. El terapeuta da instrucciones en voz alta al paciente al modelar éste a la situación aversiva y el paciente se enfrenta posteriormente a la situación aversiva siguiendo las instrucciones del terapeuta (guía externa en voz alta)
 - 2.3. El paciente se enfrenta a la situación aversiva a la vez que se autodirige en voz alta y el terapeuta lo orienta y lo refuerza (autoinstrucciones en voz alta)
 - 2.4. El paciente se enfrenta a la situación aversiva a la vez que se autodirige en voz muy baja y el terapeuta sigue orientando y reforzando (autoinstrucciones en voz baja)
 - 2.5. El paciente se enfrenta de nuevo a la situación guiando su comportamiento en esta ocasión a través de autoverbalizaciones en cubierta y el terapeuta orienta y refuerza (autoinstrucciones en cubiertas)

Se debe tener en cuenta que la eficacia de la técnica se determinara no solo por la modificación de las autoinstrucciones que se proporcione el sujeto, sino por el cambio manifiesto del comportamiento manifiesto ante situaciones problemas (estas conductas se pueden observar en los registros).

Al finalizar esta sesión se evaluará, si se alcanzaron los objetivos planteados a través de un juego de roles.

CUARTA FASE

Seguimiento y auto evaluación

Objetivo

Registrar los avances en el manejo del dolor y el manejo de las reacciones emocionales de los familiares, con el fin de obtener información útil para la retroalimentación positiva, así como indicadores de impacto.

Duración Total : Indefinido

Duración por sesión: 1 Hora

Número de sesiones: 1 cada 3 días

lugar: Hospital y/o domiciliaria

Seguimiento y auto-evaluación

A cada familia se le entrenará en métodos de registro y auto-observación para que sean ellos los que puedan observar los avances que se están presentando con el programa.

Se les entrenará para que se reúnan periódicamente a discutir estos avances entre ellos a reforzar o corregir los comportamientos favorables o no muy favorables. Los especialistas que manejan el programa, deben realizar observaciones periódicas (estas observaciones serán relativas a las condiciones en las que se encuentre el paciente, puede ser una cada tres días o semanalmente) para disminuir posibles errores en el contexto hospitalario y domiciliario.

1. Indicadores de Impacto :

La estrategia que se utilizará para conocer el impacto del programa para el manejo de las reacciones emocionales de los familiares y del paciente ante el dolor oncológico, será una entrevista semi-estructurada (Anexo 5), en donde se evaluarán los siguientes aspectos:

- Estrategias para manejar las reacciones emocionales
- Desempeño de los profesionales
- Situación actual de la familia
- Aspectos a mejorar

ANEXOS

Anexo 1.

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

FASE I

ESTRUCTURA FAMILIAR

1. ¿Cuántas personas conforman la familia del paciente?
2. ¿Quién es el cuidador(es) principal(es)?
3. ¿Cuántos familiares viven en casa con el paciente?
4. ¿Cuál es el papel que desempeña cada uno dentro de la familia?
5. ¿Cómo es el apoyo de los demás familiares (que viven en casa) aparte de los cuidadores?
6. ¿Cómo es el apoyo de los familiares que no viven en la casa?
7. ¿El desarrollo de la enfermedad ha influido en que las relaciones entre el paciente y sus familiares sean distintas? (Son mejores?)

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

8. ¿Cómo es la comunicación con cada uno de los familiares con el paciente?
9. ¿Cómo es la comunicación entre todos los familiares?
10. ¿Ha cambiado la comunicación como consecuencia del desarrollo de la enfermedad?
11. ¿El paciente habla de sus sentimientos o acerca de lo que piensa con los familiares?

12. ¿Hay un espacio en el que los familiares se expresan todas las preocupaciones al respecto de la enfermedad?
13. ¿Le expresan los familiares al paciente sentimientos positivos?
14. ¿Se siente apoyado el paciente por todos sus familiares, incluso los que no viven en la casa?
15. ¿ha notado muchos cambios de comportamiento en familiares, que usted piense que están influenciados por el desarrollo de la enfermedad?
16. ¿Piensa usted que el paciente se ha adaptado a la enfermedad?
17. ¿Las reglas existentes en su casa han cambiado o aún se mantienen?, si han cambiado como eran antes y como son ahora

CICLO VITAL

18. ¿A que se dedica cada uno de los familiares del paciente?
19. ¿Cómo han sido las distintas etapas por las que la familia ha atravesado, por ejemplo, cuando los hijos fueron niños como eran las relaciones, cuando eran adolescentes, cuando jóvenes, etc.?

REACCIONES EMOCIONALES

20. ¿Alguien de la familia del paciente presenta o presentó algún tipo de cáncer?
21. ¿Cuáles fueron las dos últimas personas que fallecieron en su familia?
22. ¿De que murieron estas dos personas?
23. ¿Eran muy cercanas a la familia estas personas?
24. ¿Cómo fue el manejo de cada uno de los familiares del paciente a estas muertes?
25. ¿Qué reacciones podría usted indicar que se presentaron en aquella ocasión?
26. ¿Cree usted que se pueden presentar estas mismas reacciones en el futuro?

RECURSOS FAMILIARES

27. ¿Quién es la cabeza de la familia o la persona líder?
28. ¿Quiénes aportan económicamente en la familia?
29. ¿Ha afectado económicamente la enfermedad?, Como?
30. ¿En caso de posible muerte del paciente como afectaría económicamente a la familia?
31. Describa el nivel educativo de cada uno de los familiares.
32. ¿Qué tipo de actividades culturales realiza la familia? (fiestas, reuniones, eventos, etc.)
33. ¿Pertenece a alguna religión?, Practican esta religión con regularidad?

VALORACIÓN DE ELEMENTOS CONCRETOS

34. ¿Describa al cuidador(es) principal(es)?
35. ¿Describa a los sujetos que usted considera están mas afectados por el desarrollo de la enfermedad?
36. ¿Describa detalles importantes que se hayan omitido en la entrevista y que usted considere de mucha importancia?

CLIMA SOCIAL FAMILAR

Anote sus datos personales en la hoja de repuesta; después de la palabra “ puesto” indique el lugar que ocupa usted en la familia : padres, madre e hijo etc.

Si usted cree que, respecto a su familia , la frase es verdadera o casi siempre verdadera, marcará en la hoja de respuesta X en el espacio correspondiente a la V (verdadero); si cree que es falsa o casi siempre falsa marque X en el espacio correspondiente a la F (falso). Si considera que la respuesta es falsa para unos de los miembros de la familia y para otros falsa marque A respuesta que corresponde a la mayoría.

Si el orden de la numeración que tienen la frases aquí y en la hoja, para evitar equivocaciones. La flecha les recordará que tienen que pasar a otra línea en la hoja.

Recuerde que se pretende conocer lo que piensa usted sobre su familia,; no intente reflejar la opinión de los demás miembros de esta.

NO ESCRIBA NADA EN ESTE IMPRESO

1. En mi familia nos apoyamos y nos ayudamos unos a otros.
2. Los miembros de la familia guardan a menudo, sus sentimientos para si mismos.
3. En nuestra familia reñimos mucho.
4. En general, ningún miembro de la familia decide por su cuenta.
5. Creemos que es importante ser los mejores en cualquier cosa que hagamos
6. A menudo hablamos de temas políticos o sociales.
7. Pasamos en casa la mayor parte de nuestro tiempo libre.
8. Los miembros de mi familia asistimos con bastante regularidad a los cultos de la iglesia.
9. Las actividades de nuestra familia se planifican cuidadosamente.
10. En mi familia tenemos reuniones obligatorias muy pocas veces.

11. Muchas veces da la impresión de que en casa solo estamos “pasando el rato”.
12. En casa hablamos abiertamente de lo que nos parece o de lo que queremos.
13. En mi familia casi nunca mostramos abiertamente nuestros enfados.

14. En mi familia nos esforzamos mucho por mantener la independencia de cada uno.
15. Para mi familia es muy importante triunfar en la vida
16. Casi nunca asistimos a conferencias, funciones o conciertos.
17. Frecuentemente vienen amigos a comer en casa o a visitarnos.
18. En mis casa no rezamos en familia.
19. En mi casa somos muy ordenados y limpios.
20. En nuestra familia hay muy pocas normas que cumplir.

21. Todos nos esforzamos mucho en lo que hacemos en casa.
22. En mi familia es difícil “desahogarse” sin molestar a todo el mundo.
23. En mi casa a veces nos enfadamos tanto que golpeamos o rompemos algo.
24. En mi familia cada uno decide sus propias cosas.
25. Para nosotros no es muy importante el dinero que cada uno.
26. En mi familia es muy importante aprender algo nuevo o diferente.
27. Algunos de mi familia practican habitualmente deporte: fútbol, baloncesto, etc.
28. a menudo hablamos del sentido religioso de la navidad, pascuas y otras fiestas.
29. En mi casa, muchas veces resulta difícil encontrar las cosas cuando las necesitamos.
30. En mi casa una sola persona toma la mayoría de las decisiones.

31. En mi familia hay un fuerte sentimiento de unión.
32. En mi casa contamos nuestros problemas personales.
33. Los miembros de nuestra familia casi nunca mostramos nuestros enfados.
34. Cada uno entra y sale en su casa cuando quiere.
35. Nosotros aceptamos que haya competición y que “gane el mejor”.
36. Nos interesan poco las actividades culturales.
37. Vamos a menudo al cine, competiciones deportivas, excursiones.
38. No creemos ni en el cielo ni en el infierno.
39. En mi familia la puntualidad es muy importante
40. En casa se hacen las cosas de una forma establecida

41. Cuando hay que hacer algo en casa, es raro que se ofrezca un voluntario .
42. En casa, si alguno se le ocurre de momento hacer algo, lo hace sin pensarlo más.
43. Las personas de nuestra familia nos criticamos unas a otras.
44. En mi familia las personas tienen muy poca vida privada o independiente.
45. Nos esforzamos hacer las cosas cada vez un poco mejor.
46. En mi casa casi nunca tenemos conversaciones intelectuales.
47. En mi casa casi todos tenemos una o dos aficiones.
48. Las personas de mi familia tenemos ideas muy precisas de lo que esta bien o mal.
49. En mi familia cambiamos de opinión frecuentemente.
50. En mi familia se da mucha importancia el cumplir las normas.

51. Las personas de mi familia nos apoyamos de verdad unas a otras.
52. En mi familia cuando uno se queja siempre hay otro que se siente afectado.

53. En mi familia a veces nos pelamos a golpes.
54. Generalmente, en mi familia cada persona solo confía en si misma cuando surge un problema.
55. En casa, nos preocupamos poco por los asensos en el trabajo o las calificaciones escolares.

56. Algunos de nosotros toca un instrumento musical.
57. Ninguno de la familia participa en actividades recreativas, fuera del trabajo o fuera de la escuela.
58. Creemos que hay algunas cosas en las que hay que tener fe.
59. En casa nos aseguramos de que nuestras habitaciones quedan limpias.
60. En las decisiones familiares todas las opiniones tienen el mismo valor.

61. En mi familia hay poco espíritu de grupo.
62. En mi familia los temas de pago y dinero se tratan abiertamente.

63. Si en la familia hay desacuerdo, todos nos esforzamos para suavizar las cosas y mantener la paz.
64. Las personas de la familia se animan firmemente unos a otros a defender firmemente sus derechos.
65. En nuestra familia a penas nos esforzamos para tener éxito.
66. Las personas de mi familia vamos frecuentemente a las bibliotecas.
67. Los miembros de la familia asistimos a cursillos o clases particulares por afición o por interés.
68. En mi familia cada persona tienen ideas distintas de lo que está bien o mal.
69. En mi familia están claramente definidas las tareas de cada persona.
70. En mi familia cada uno puede hacer lo que quiera.

71. Realmente nos llevamos bien unos a otros.
72. Generalmente tenemos cuidado con lo que nos decimos.
73. Los miembros de la familia estamos enfrentados unos con otros.
74. En mi casa es difícil ser independiente sin herir los sentimientos de los demás.
75. “ primero el trabajo, luego la diversión” es una norma de mi familia.
76. En mi casa ver la televisión es más importante que leer.
77. Las personas de nuestra familia salimos mucho a divertirnos.
78. En mi casa leer la Biblia es algo muy importante.
79. En mi familia el dinero no se administra con mucho cuidado.
80. En mi casa las normas son bastante inflexibles.

81. En mi familia se concede mucho tiempo y atención a cada uno.
82. En mi casa expresamos nuestras opiniones de manera frecuente y espontánea.
83. En mi familia creemos que no se consigue mucho elevando la voz.
84. En mi casa no hay libertad para expresar libremente lo que se piensa.
85. En mi casa hacemos comparaciones sobre nuestra eficacia en el trabajo o el estudio.
86. A los miembros de nuestra familia nos gusta realmente, el arte, la música o la literatura.
87. Nuestra principal forma de diversión es ver la televisión o escuchar la radio.
88. En mi familia creemos que el que comete una falta tendrá un castigo.
89. En mi casa, de ordinario, la mesa se recoge inmediatamente después de comer.
90. En mi familia uno no puede salirse con la suya.

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

FASE IV

ESTRATEGIAS PARA MANEJAR LAS REACCIONES EMOCIONALES

1. la información dada para el conocimiento y el manejo de las reacciones fue suficiente?
2. cree usted que las estrategias para manejar las reacciones emocionales enseñadas funcionaron?
3. cree usted que las estrategias fueron suficientes?
4. obtuvo beneficios con estas estrategias, y cuales fueron?
5. si las estrategias funcionaron, cuales fueron mas fáciles de aplicar y cuales fueron mas difíciles de aplicar, y porque?

DESEMPEÑO DE LOS PROFESIONALES

6. se estableció una buena relación con los profesionales vinculados al programa?
7. piensa usted que los profesionales tienen las suficientes habilidades para manejar las distintas situaciones que se presentaron en el programa.
8. el profesional de la salud mostró interés ante las situaciones que se presentaron en el programa.

SITUACION ACTUAL DE LA FAMILIA

9. las estrategias enseñadas han ayudado al manejo adecuado de las emociones que se presentan en el duelo?
10. ¿Ha cambiado la comunicación como consecuencia del proceso de duelo?
11. ¿ha notado muchos cambios de comportamiento en familiares, que usted piense que están influenciados por el duelo?
12. el vinculo de sus actividades cotidianas ha sido normal?

ASPECTOS A MEJORAR

13. que aspectos del programa no le gustaron y piensa que no deben continuar?

14. que aspectos del programa cree usted que deben continuar?
15. que aspectos del programa se pueden mejorar?
16. cumplió el programa con sus expectativas?

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

FASE IV

Hoja de respuesta

ITEM	SI	NO
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		

CALIFICACION

Cada pregunta tiene dos opciones de respuesta, si o no; la respuesta si va a cuantificarse como 1, la respuesta no, se cuantifica como 0.

Se calificara por cada aspecto:

Estrategias para manejar las reacciones emocionales

- una calificación de 1 significa mal manejo de las estrategias para manejar las reacciones emocionales
- una calificación de 2 o 3 un manejo medio de las estrategias
- una calificación de 4, es un buen manejo de las estrategias
- una calificación de 5 es un excelente manejo de las estrategias

Desempeño de los profesionales

- Una calificación de 1 significa mal desempeño
- una calificación de 2 es un buen desempeño
- una calificación de 3 es un excelente desempeño

Situación actual de la familia

- una calificación de 1 significa mal manejo de las estrategias para manejar las reacciones emocionales
- una calificación de 2, un manejo medio de las estrategias
- una calificación de 4, es un buen manejo de las estrategias
- una calificación de 5 es un excelente manejo de las estrategias

aspectos a mejorar

este aspecto, será evaluado teniendo en cuenta las respuestas abiertas que den los participantes.

Después de que todos los familiares del programa hayan contestado se procederá al análisis estadístico de cada uno de los aspectos.

La operación estadística que se utilizara para cada aspecto es

$$X = (n1 + n2 + n3 \dots) / N_x$$

n1, n2, n3...= calificación de cada prueba

N_x= numero de todos los participantes

X: cada aspecto (Estrategias para manejar las reacciones emocionales, Desempeño de los profesionales y Situación actual de la familia)

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

POSTMORTEM

Nombre _____

Parentesco con la persona que falleció (Hijo, Esposa, etc.) _____

Tiempo de Fallecimiento del familiar _____

SHOCK Y NEGACIÓN

1. Cuál fue la primera reacción que tuvo cuando supo que su familiar había fallecido
2. Observó las reacciones de los demás familiares, que piensa usted de esas reacciones?
3. cuanto tiempo mantuvo usted estas reacciones?
4. cuanto tiempo mantuvieron sus familiares sus reacciones?
5. hubo algo en usted o en sus familiares que usted considere que estaba fuera de lo normal, o que le llamara la atención?
6. Experimentó una sensación de incredulidad al momento de la muerte de su familiar?
7. Sintió como si usted estuviera en un sueño?
8. Le pareció al mirarlo como si estuviera dormido?

IRA

1. le molesto toda la situación?
2. si se molesto contra quien se molesto usted, por ejemplo Dios, La ciencia, La enfermedad, La humanidad, Su familiar, contra usted mismo, Etc.?
3. ha experimentado sentimientos de persecución, o de muerte?
4. vio usted expresiones de ira en sus familiares?
5. contra quienes se molestaron sus familiares
6. cuanto tiempo le demoro esa sensación de ira (horas, días, meses, años)
7. cuanto tiempo demoro esa sensación en sus familiares?

DEPRESIÓN

1. Ha tenido sentimientos de desinterés por realizar actividades de la vida cotidiana?
2. Llora usted con mucha frecuencia por la perdida?
3. como ha sido su sueño?
4. ¿Cuánto tiempo han demorado estos sentimientos?
5. describa estos sentimientos.
6. ha observado usted estos sentimientos en sus familiares?
7. puede describir lo que observa o ha observado en sus familiares?
8. ha observado usted algo diferente o algo que le llame la atención en sus familiares?

ACEPTACIÓN

1. todavía cree usted que la muerte de su familiar es como un sueño?
2. ha usted aceptado que su familiar ha fallecido?
3. cuanto tiempo le ha llevado aceptar la muerte de su familiar
4. se siente tranquilo o ha tenido sentimientos de intranquilidad?
5. tiene muchos pensamientos al día con la muerte de su familiar?
6. sueña a diario con su familiar
7. como ha sido la aceptación de sus familiares?
8. ha experimentado enfermedades después de la muerte de su familiar.
9. han surgido en sus familiares enfermedades somáticas (es decir dolores en el cuerpo sin existencia de problemas biológicos reales)
10. ha vuelto a sus actividades cotidianas, sin ningún problema?
11. han tenido sus familiares problemas con sus actividades diarias?
12. hay algo que le llama la atención en especial de sus sentimientos o de los sentimientos o actitudes de sus familiares, que usted considere que están relacionados con la muerte de su familiar?

RED DE APOYO

1. siente usted un buen apoyo de sus familiares y/o amigos?
2. le han ayudado a superar su duelo?
3. ha asistido a terapias o grupos de apoyo?
4. se ha alejado de sus amistades?
5. alguien en su familia se ha alejado, o por el contrario ahora esta mas cerca, que antes?
6. la ayuda brindada por el programa de manejo de reacciones emocional, le sirvió para manejar la perdida a usted y a su familia?

ASPECTOS A EVALUAR

Para diagnosticar si la persona entrevistada y los familiares de este, manejan o no un buen proceso de duelo es necesario calcular el tiempo de aplicación (después de la muerte del

familiar) de esta prueba; es necesario conocer el parentesco que tiene con la persona que falleció, el lugar actual que ocupa en la familia, los cambios que se han dado (cambio de casa, de trabajo, nueva posición, responsabilidad, etc).

Es necesario además tener en cuenta la siguiente tabla que muestra las características del proceso normal de duelo y las características del duelo patológico.

<i>DUELO "NORMAL"</i>	DUELO PATOLÓGICO
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tristeza – protesta ✓ Tristeza y momentos de euforia reactiva ✓ Desesperanza reversible ✓ Aceptación final. ✓ Después de un tiempo adaptación a la vida social. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ La desesperanza irreversible ✓ Los síntomas de "desapego" respecto a la vida la relación social o el disfrute ✓ Paranoide ✓ Reivindicativo y con querulancias sostenidas "Maníaco" ✓ Negación e euforia sostenida ✓ Depresión mayor cuando aparece más de 6 meses después de la pérdida o con importantes sentimiento de culpa ✓ Con tendencia a las somatizaciones ✓ Tendencia a los rituales. (no sólo rituales normales en cada cultura). ✓ Con disfunciones familiares consecutivas groseras ✓ Otras formas psicopatológicas consideradas en las clasificaciones al uso.

Si al realizar la evaluación usted encuentra algunos de estos problemas, por favor envíe a la persona o personas que usted considere que puedan presentar duelos patológicos, donde un profesional que realice una evaluación mas profunda y que pueda realizar un procedimiento terapéutico que pueda ayudarle a manejar correctamente el proceso de duelo.

REACCIONES EMOCIONALES DE LA FAMILIA

FRENTE AL DOLOR DEL PACIENTE ONCOLÓGICO

EN FASE TERMINAL

ELCY BABILONIA PAJARO
ZULEIMA CONTRERAS VELÁSQUEZ
IDALIDES FAJARDO CUADRO

DIRECTORA
XIMENA PALACIOS ESPINOSA

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA TECNOLÓGICA DE BOLIVAR
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
OCTUBRE DE 2003

Tabla de contenido

	Pág.
Resumen.....	4
Elección del tema	5

Delimitación temática5.1
Justificación.....7

CAPÍTULO I

Problema de investigación..... 10
Objetivos..... 10
General.....10.1
Específicos..... 11

CAPÍTULO II

Antecedentes.....12

*Descripción del manejo del dolor en centros, clínicas y hospitales de
Cartagena, en pacientes oncológicos y manejo de las reacciones
emocionales en sus familiares*

Dolor

Definición..... 13
Significado sociocultural del dolor..... 14
Dolor oncológico..... 15
Dolor oncológico en tipos de cáncer.....17
Tipos de dolor..... 18
Tratamiento del dolor..... 19
Efectos colaterales..... 21
Mitos frente a los analgésicos..... 23

Reacciones emocionales

Definición.....27

Reacciones emocionales del paciente y de la familia ante la enfermedad.....28

Relatividad de las reacciones emocionales.....31

Reacciones emocionales de la familia y del paciente ante el dolor.....35

Técnicas para afrontar el dolor y el estrés.....40

Apoyo social e influencia de las emociones en la enfermedad del paciente..... 44

Manejo de las emociones de los familiares del paciente oncológico..... 46

Conclusiones49

Discusión52

Recomendaciones para futuras investigaciones54

Referencias 56

Anexos 57

Resumen

Sin lugar a dudas, el dolor oncológico es uno de los síntomas más temidos por los pacientes y sus familiares. Emilio (1997), lo define como una experiencia sensorial desagradable que se presenta como síntoma principal en los pacientes con cáncer ya sea por la misma enfermedad o secundario a los efectos de los tratamientos y otras complicaciones neoplásicas o no neoplásicas. Los datos de investigaciones como las de Foley (1983), con pequeños grupos de pacientes sugieren que un dolor moderado o severo es experimentado por un 70% u 80% de ellos en estadios avanzados; este estudio muestra además, que varía dependiendo del tipo de tumor. Las emociones experimentadas por el paciente y por los familiares a lo largo de la enfermedad oncológica son muchas y dependen entre otros, de factores individuales, de la estructura de la familia, y de las experiencias de la familia y el paciente. Una de las experiencias propias de la fase terminal del cáncer y que empeora significativamente la calidad de vida de éstos, es el manejo del dolor y de las emociones provocadas por esta situación como miedo, rabia, angustia, culpa, depresión y desesperanza. En sus investigaciones, Broman (1993), Wills (1998) y Chesney y Darbes (1998) (citados por Brannon, 2001), muestran cómo el apoyo social ayuda al manejo de situaciones estresantes, a proteger la salud e inclusive puede alterar las respuestas fisiológicas al estrés, ayudando al mejoramiento de la calidad de vida de pacientes. Además otro factor importante, es la relación positiva existente entre los estados emocionales y el manejo del dolor. Por lo tanto, se hace necesario conocer cuáles son las reacciones emocionales de los familiares de pacientes oncológicos en estadios terminales, para que estos puedan además de ofrecerles un apoyo social correcto que ayude al mejoramiento de su calidad de vida, a la expresión de sentimientos y a la emisión de comportamientos proactivos en el cuidado y manejo del dolor por parte del paciente oncológico.

Elección del tema

Delimitación temática

El control del dolor es una de las más antiguas aspiraciones de la humanidad, pero a pesar de los grandes adelantos conseguidos desde el siglo pasado en el campo de las ciencias médicas, esta vieja aspiración sigue sin haber sido solucionada. Incluso la misma palabra dolor tiene un amplio y vago significado con el cual se le intenta dar explicación a una amplia variedad de fenómenos subjetivos en la que intervienen variables físicas, emocionales y culturales.

Ciertos avances en las ciencias del comportamiento han determinado que algunos tratamientos de carácter psicológico pueden ayudar en el control del dolor, tratamientos como la relajación progresiva, la hipnosis, la retroalimentación biológica, las técnicas de modificación comportamental y cognoscitivas, etc., han demostrado gran efectividad. Pero además, también se ha descubierto que el apoyo social puede servir como una buena terapia no solo en el tratamiento del dolor, sino también a nivel general en el desarrollo de enfermedades terminales. El apoyo social primordial del paciente oncológico es su grupo social primario o familia, ya que esta es un pilar básico en la provisión de cuidados de paciente oncológico terminal. Los principales centros oncológicos de la ciudad de Cartagena se dedican principalmente al manejo de la enfermedad y del dolor casi exclusivamente con tratamientos farmacológicos olvidando tratamientos psicológicos y olvidando a la familia.

Es necesario cambiar la estructura de este tipo de tratamientos y empezar a trabajar con la familia y con muchas de las variables que influyen en el buen funcionamiento de esta para poder brindar un buen apoyo al paciente oncológico. Una de estas variables son las emociones que se manejan en la familia ya que se van a desarrollar en sus miembros alteraciones emocionales iguales o parecidas a las del enfermo y que a diferencia del

enfermo son difícilmente reconocibles o visibles y que deben ser tratadas para mejorar la calidad de vida de los familiares y del paciente.

Esta monografía ha sido realizada con el fin de obtener un soporte teórico para el diseño de un programa que permita trabajar con la familia y con el paciente utilizando tratamientos para afrontar el estrés y el dolor que se presentan como consecuencia de la enfermedad oncológica.

Justificación

El dolor es uno de los más comunes y temidos síntomas asociados al cáncer siendo muchas veces uno de los principales. Ocurre en el 20% a 50% de los pacientes recién diagnosticados, en el 33% de los pacientes durante el tratamiento específico de la enfermedad y en el 75% al 90% de aquellos con la enfermedad avanzada. Debido a que el dolor oncológico generalmente es crónico, requiere que la analgesia también sea continua; por lo tanto, debe procurarse el cumplimiento estricto de esta regla, pues el temor y la memoria del dolor en el paciente con cáncer están siempre presentes. Sin embargo, según Allende y Lara (2000), citados por Herrera (2000), la mayoría de los pacientes con cáncer tienen más de un tipo de dolor, el 81% de los pacientes tiene dos o más tipos de dolor y el 34% más de tres tipos. Según, Allende y Lara (2000), citados por Herrera (2000), señalan que las estadísticas con relación al dolor oncológico, dependen de la naturaleza y el estadio de la enfermedad; y que al momento del diagnóstico y en estadios intermedios, del 30 al 45% de los pacientes tienen dolor moderado a grave, cerca del 75% de los sujetos con cáncer avanzado (en estadio terminal) presenta dolor, y de éstos 40 a 50% refiere intensidad moderada a grave, mientras que 25 a 30% tienen dolor muy grave. Brannon y Feist (2001), al respecto, comentan que el dolor está presente en el 30 o 40% de todos los casos y en un 80 o 90% de todos los casos de cáncer en fase terminal.

El tratamiento del dolor con buenos resultados en pacientes con cáncer requiere un enfoque multidisciplinario y ningún tratamiento debe considerarse exclusivo. Así, definiendo mejor su base científica y tratando el síntoma con un criterio amplio, se logra mejorar la calidad de vida, logrando beneficios fisiológicos, sociales y psicológicos, obteniendo gratificación tanto del enfermo como de quienes lo asisten (Hunis y Levium, 1997).

De acuerdo con estos mismos autores, las principales alteraciones psicológicas que se pueden presentar en el paciente oncológico, tanto por la magnitud del diagnóstico como por la sensación de dolor experimentado, son ansiedad, depresión y rabia. La ansiedad se debe al miedo al dolor incontrolable; miedo a la muerte; miedo a la pérdida del autocontrol; incertidumbre ante el futuro; miedo a la mutilación quirúrgica; miedo a perder la posición social. La depresión se debe a la pérdida de la funcionalidad física; falta de apoyo; pérdida de la imagen corporal; problemas económicos y pérdida del empleo. Por otra parte, la rabia depende de la frustración por el fracaso terapéutico; resentimiento hacia la enfermedad e irritabilidad, entre otros.

Cuando un miembro de la familia es diagnosticado con cáncer, dicha familia sufre alteraciones y por consiguiente se rompe la dinámica familiar que se venía dando antes del mencionado diagnóstico. Es importante resaltar que no todos los miembros de una misma familia afrontan de igual manera la misma problemática, ya que depende de la individualidad de cada persona, el repertorio de recursos que tenga disponible y del nexo o el vínculo que se haya establecido con el paciente antes del diagnóstico. Las alteraciones psicológicas que se pueden presentar en la familia, según Stephen (2001), dependen de muchos factores como familias monoparentales (aquellas en las cuales un solo progenitor cohabita con sus hijos en un hogar, sin la presencia de una pareja fija y en la presencia de por lo menos un hijo que no ha alcanzado todavía la edad de 18 años) o parentales (aquellas en las cuales los dos progenitores cohabitan con sus hijos en un hogar), educación de los miembros, relaciones familiares, estrato socioeconómico, comunicación familiar, dinámica familiar, el lugar que ocupa el paciente, estadio de la enfermedad, etc. Algunas de estas alteraciones de tipo psicológico pueden ser: fatiga ante la repetición de estados críticos de dolor,

insensibilización, sentimientos de culpa, agresividad u hostilidad e incluso en algunos adolescentes pueden manifestarse en comportamientos tales como promiscuidad sexual, abuso de drogas o abandono del hogar.

A pesar de las reacciones emocionales que maneja la familia ante el dolor del paciente oncológico, investigaciones como las de Infante y Ojeda (1998), al respecto del manejo familiar del dolor de pacientes oncológicos, muestran que el 90% de las familias son capaces de manejar el dolor del paciente proporcionándole los cuidados que éste requiere, en su hogar. Sin embargo, las familias sienten que les falta educación y apoyo para cumplir de mejor forma esta tarea pues es ella la principal fuente de apoyo emocional, social y económico del paciente durante todo el desarrollo de la enfermedad.

Además de la investigación anteriormente mencionada, existen pocas investigaciones relacionadas con este tema que aporten un valor teórico que sirva de apoyo al tratamiento de la familia del paciente oncológico, por lo tanto se hace necesario realizar una revisión bibliográfica de las reacciones emocionales que experimenta la familia frente al dolor del paciente oncológico y cómo manejan este dolor en los últimos estadios (ya que el 75% de los sujetos con cáncer en fase terminal presenta dolor), para ayudar a mantener la calidad de vida del paciente y de la familia ante el desarrollo del cáncer, con el fin de crear intervenciones dirigidas al mejoramiento del manejo adecuado de estas reacciones emocionales y por lo tanto, de la calidad de vida tanto del paciente como de los miembros de la familia y cuidadores principales.

Problema de investigación

¿Cuáles son las reacciones emocionales que se presentan en la familia y cuidadores principales frente al dolor del paciente oncológico en fase terminal?

Objetivo general

Realizar una monografía que permita identificar las reacciones emocionales que se presentan en la familia frente al dolor que experimentan los pacientes oncológicos en fase terminal

Plantear una propuesta que, desde la psicología, permita orientar a la familia en el afrontamiento activo de esta problemática.

Objetivos específicos

Definir el concepto de dolor en el paciente oncológico

Explicar el papel que desempeñan los familiares y cuidadores principales en el tratamiento de soporte para el paciente oncológico en fase terminal

Conocer cuáles son las reacciones emocionales que causa en los familiares y cuidadores principales del paciente oncológico, el dolor que éste experimenta en la progresión de la enfermedad

Definir el papel del psicólogo en esta problemática

Diseñar una cartilla informativa y formativa dirigida a la familia de los pacientes oncológicos con dolor en la fase terminal de la enfermedad, para el manejo adecuado de sus reacciones emocionales

Antecedentes

Descripción del Manejo del Dolor en centros, Clínicas y hospitales de Cartagena en Pacientes Oncológicas y de Manejo de Reacciones Emocionales en sus Familiares

Los centros oncológicos, hospitales y clínicas de la ciudad de Cartagena, según datos suministrados en comunicación verbal (Cuadro, 2003) por el personal que labora en algunas de estos centros, solo se dedican a en su mayoría al manejo del dolor utilizando técnicas farmacológicas para el mismo. En la clínica Enrique de la Vega (I.S.S), según Cuadro (2003), actualmente no existe un grupo interdisciplinario que atienda a los pacientes oncológicos y a sus familiares, solo los oncólogos del área de oncología; en la Sociedad Cancerológica de la Costa y clínica Madre Bernarda, según Rodríguez (2003), existe un grupo interdisciplinario que maneja programas para el control del dolor en los pacientes, y manejan programas con la familia del paciente, pero no mostraron muchos detalles de estos programas; en la Clínica Central Radioncologica del Caribe, según San Miguel (2003), si se desarrollan programas para manejo del dolor con un grupo interdisciplinario compuesto por radiólogo, anestesiólogo oncólogos internistas, cirujanos, psicóloga, auxiliar de laboratorio, auxiliar de enfermería, pero existen falencias en los programas que se manejan en cuanto al manejo del dolor en los familiares, ya que no existe una formación educativa objetiva que les permita lograr efectividad en estos programas. En Profamilia, según San Miguel (2003) actualmente no se realizan tratamientos de radioterapia o quimioterapia a pesar de existir un equipo interdisciplinario

Dolor

Definición

Según la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor –IASP- (1979), el dolor se define como una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a un daño sensorial existente o potencial. Según Emilio, A (1999) el dolor se considera como una respuesta neurofisiológica muy compleja que se diferencia notablemente de cualquier otra experiencia sensorial. Es la percepción de la nocicepción, y esta se define como la actividad producida en el sistema nervioso por efectos de estímulos que real o potencialmente lesionan los tejidos. La complejidad de la respuesta dolorosa hace definirlo adecuadamente.

Anatomía del Dolor

La activación de los receptores de la piel genera los impulsos nerviosos que viajan por las vías aferentes hasta la medula espinal, a través de la raíz dorsal. En la medula espinal, los impulsos aferentes avanzan por uno de los tres sistemas nerviosos hasta el tálamo, situado en el cerebro específicamente. Los impulsos procedentes de estos sistemas llegan a la corteza somatosensorial localizada en la corteza cerebral. Esta corteza tiene dos componentes, la corteza somatosensorial primaria que contiene un mapa de la piel el cual se dedica una mayor cantidad de corteza a las áreas del cuerpo con una cantidad más abundante de receptores en la piel; y la corteza somatosensorial secundaria, que esta cerca de la

primaria, pero no se proyecta de un modo tan organizado como la primaria, esta no reacciona a la presión sobre la piel pero si a la manipulación activa del objeto. Además algunas clases de fibras nerviosas (neuronas), las fibras A-delta y C, están implicadas en la sensación de dolor, al tiempo que la medula espinal es importante en la percepción de dolor. Sin embargo dicha percepción no es específica de ninguna clase de neurona aferente, ni el dolor transmitido al cerebro lo es de un solo sistema medular (Brannon, 2001).

El cerebro también dispone de mecanismos para modular los impulsos sensoriales, afectando así la percepción de dolor. Un mecanismo se basa en las sustancias neuroquímicas naturales del cerebro que alivian el dolor y reproducen la acción de los opiáceos. El segundo mecanismo es un sistema de control descendente a través de la materia gris periacueductal y el núcleo de rafe mayor. Este sistema afecta a la actividad de la medula espinal y proporciona una modulación descendente de la actividad de esta última (Brannon, 2001).

Significado Sociocultural del Dolor

La humanidad desde tiempo antiguo posee un conocimiento profundo respecto al tema del dolor y el sufrimiento. En la antigüedad, cuando existía un escaso conocimiento de la neurofisiología, se pensaba que la mayor o menor capacidad para resistir el dolor descansaba exclusivamente en "atributos psicológicos" que hacían que el que los poseía resultase física y espiritualmente más resistente al dolor, o menos proclive a desarrollar una conducta que lo denotase, además se pensaba que esta capacidad que caracterizaba un "carácter fuerte" era el resultado de una actitud estoica que podía ser educada mediante el ejercicio del rigor. Esto en la práctica confiere valor a las filosofías que logran paliar el sufrimiento y el dolor por medio de la educación del sujeto y por cierto el gran valor terapéutico que significa el ser capaz de conferir un sentido al dolor y al sufrimiento.

Así mismo, los aspectos socioculturales, se agrupan en un conjunto de características raciales, de edad y sexo, constituyendo una compleja trama donde se mezclan entre otros: diferencias hormonales, distinta densidad de población neuronal, un mayor o menor desarrollo de las vías centrales que modulan la percepción del dolor, etc. Según Muñoz y Espinosa (2002), son estos los factores que combinados determinan que un hombre joven de origen latino en similares circunstancias, probablemente perciba el dolor musculoesquelético con mayor intensidad que una anciana de origen caucásico u oriental. Otros factores socioculturales que influyen en la percepción del dolor son la conciencia de la posición social, de la identidad propia y la expectativa de terceros, como elementos que pueden ser capaces de generar conductas reductoras del dolor. Por ejemplo, se puede citar el comportamiento de miembros de fuerzas especiales o los miembros de cultos religiosos que desarrollan "inmunidad" al dolor.

Dolor Oncológico

Haciendo referencia específicamente al dolor oncológico como uno de los síntomas más temidos por los pacientes y sus familiares, Emilio (1997) se refiere a éste como una experiencia sensorial desagradable que se presenta como síntoma principal en los pacientes con cáncer, ya sea por la misma enfermedad o secundaria a los efectos de los tratamientos, y complicaciones neoplásicas o no neoplásicas (según el grado de diferenciación de sus células y la capacidad invasiva o metastásica se dividen en benignas y malignas).

Según Madrid (1970), citado por González (1983) el dolor que afecta a los pacientes con cáncer suele ser por tres tipos de agentes, de origen neoplásico, como resultado de la terapia anticancerosa y dolor coincidente pero que no tiene ningún tipo de relación con el tumor.

De acuerdo con Madrid (1970) citado por González (1983), los mecanismos asociados a la neoplasia, pueden ser: invasión tumoral de los huesos; compresión de raíces, troncos y plexos nerviosos por el tumor, así como la debida a fractura patológica de huesos; infiltración de nervios y vasos sanguíneos por células tumorales (linfanguitis perineural o perivascular); obstrucción de una víscera (generalmente del tubo digestivo o del aparato genitourinario); la oclusión parcial o completa de los vasos por parte del tumor adyacentes, con producción de éxtasis venosa, isquemia arterial o ambos; la necrosis, infección e inflamación de estructuras sensitivas debidas al tumor; la infiltración, tumefacción y edema en tejidos situados al abrigo de planos de fascia, periostio u otros tejidos ricos en terminaciones nerviosas. A su vez, este autor menciona otros factores presentes que influyen en la sintomatología dolorosa son: depresión y desesperación emocional, toxicidad sistémica debida a la medicación o al tumor en si (muchos medicamentos antineoplásicos son tóxicos) y el deterioro físico por falta de sueño, anemia, debilidad, etc).

Siguiendo a Madrid (1970), el dolor oncológico debido a los tratamientos, puede presentarse después de la cirugía, después de la quimioterapia y/o después de la radioterapia.

Después de la cirugía. En dolor prostoracotomía, se evidencia uno o dos meses después de la operación quirúrgica, y se caracteriza por dolor constante del área de pérdida sensorial con ataques intermitentes de dolor agudo. Dolor posmastectomia, aparece en la parte posterior del brazo, axila y pared interior del tórax en pacientes a quienes se les ha practicado una mastectomia radical, y se debe en general la interrupción de los nervios intercostobraquiales y de las ramas cutáneas de los nervios espinales altos. Después de la cirugía radical de cuello. El dolor fantasma, se presenta después de la amputación de una extremidad y puede ser de dos tipos: Dolor en el muñón quirúrgico o en el miembro amputado.

Después de la Quimioterapia. Se presentan la neuropatía periférica o disestesia dolorosa que sigue un tratamiento con alcaloides tipo vinca; el pseudorreumatismo esteroideo que responde a un dolor producido por la supresión lenta o rápida de la medicación esteroidea; la neuralgia post-herpética caracterizada por un dolor que continua una vez que la erupción cutánea ha desaparecido.

Después de la Radioterapia. Las radiaciones pueden producir la desecación del nervio y en consecuencia generar un cuadro doloroso.

Dolor Oncológico en Tipos de Cáncer

Aunque hay pocos datos sobre la incidencia y severidad del dolor neoplásico, los datos obtenidos por Foley (1983) citado por Die y Llombart (1997), con pequeños grupos de pacientes sugieren que un dolor moderado o severo es experimentado por un 70% u 80% de ellos en estadios avanzados; este estudio muestra además, que varía dependiendo del tumor de que se trate. Para Foley (1983) citado por Die y Llombart (1997), la relación entre la incidencia del dolor intenso y el tipo de tumor es la siguiente:

Tumores óseos primarios:	85% de incidencia de dolor intenso,
Tumores de boca:	80% de incidencia de dolor intenso
Cáncer ginecológico:	75%, de incidencia de dolor intenso
Cáncer urológico:	75%, de incidencia de dolor intenso
Cáncer gastrointestinal:	60%, de incidencia de dolor intenso
Cáncer de mama:	52%, de incidencia de dolor intenso
Cáncer de pulmón:	45%, de incidencia de dolor intenso
Linfomas:	20% de incidencia de dolor intenso

Leucemias: 5% de incidencia de dolor intenso

Tipos de Dolor

Según Agense y Lara (1990) citados por Herrera (2000), el dolor oncológico se puede clasificar dependiendo del lugar donde se desarrolle la neoplasia y de la intensidad del dolor. Según la intensidad, se puede clasificar en dolor agudo y crónico.

Dolor Agudo. Suele ser de carácter adaptativo, avisa a la persona para que evite daños adicionales, suele durar menos de 6 meses e incluye dolores producidos por corte, cirugía, trabajo dental y partos (Brannon, 2000). El dolor agudo se caracteriza como la señal roja de alarma ante el daño tisular y habitualmente se relaciona con el inicio del cáncer o con recrudescimiento de la enfermedad metastásica (Agense, y Lara, citados por Herrera, 2000).

Dolor Crónico. Dura más de seis meses, es más o menos constante y suele auto perpetuarse, es decir esta clase de dolor suele generar un comportamiento destinado a obtener recompensa y alivio dando lugar a un comportamiento más acentuado del dolor. Suele experimentarse en ausencia de cualquier daño tisular detectable (Brannon, 2001).

De acuerdo con el lugar donde se desarrolle el cáncer, el dolor se clasifica en somático, visceral, neuropático y simpático (Jacox, 1995).

Somático. Resulta de la estimulación directa de los nervios aferentes nociceptivos por el tumor en piel, tejidos blandos, huesos, tendones, articulaciones u otros. Este tipo de dolor es constante, punitivo, bien localizado y se exagera con los movimientos.

Visceral. Resulta de la estimulación de los nervios autonómicos, tiene características poco precisas, es vago, difuso, mal localizado, de tipo cólico, constante o intermitente y con irradiación a sitios cutáneos.

Neuropático. Se desencadena después de daño o compresión crónica de los nervios periféricos o por estimulación de terminaciones nerviosas. El dolor neuropático es quemante, paroxístico, arde y se asocia con disestesias, parestesias o anestias dolorosas.

Simpático. Puede asociarse a cualquiera de los tres tipos de dolor. Es un dolor severo, constante y quemante. Se acompaña de disestesia, alodinia, hiperpatía y cambios pseudomotores, vasomotores y tróficos.

Tratamiento del dolor

No todo el dolor ni los síntomas asociados al cáncer pueden ser completamente eliminados, pero en la mayoría de los pacientes cuando se les aplica apropiada y cuidadosamente las pautas terapéuticas disponibles se alivia el dolor eficazmente. La importancia del manejo efectivo del dolor va más allá de la analgesia y abarca la calidad de vida del paciente su capacidad de vivir en familia y en la sociedad.

Tratamientos farmacológicos

Para el alivio al dolor, la Organización Mundial de Salud (OMS, 1990) diseñó un método simple bien validado y efectivo para asegurar una terapia racional para el dolor por

cáncer. Este método ha demostrado ser efectivo para aliviar el dolor en aproximadamente el 90% de los pacientes con cáncer, y en más del 75% en los pacientes con cáncer terminal; este manejo está basado en los siguientes conceptos: siguiendo una escalera analgésica, la vía por la cual va a ser suministrado el fármaco (vía oral, subcutánea, intramuscular), el horario, la atención al detalle y dependiendo del nivel de dolor y tolerancia del paciente.

De igual manera los tratamientos farmacológicos son aquellos en los que se emplean analgésicos, que pueden ser de diferentes tipos, estos incluyen tratamientos que van desde el dolor leve al dolor agudo, y se clasifican de la siguiente manera:

Anti-inflamatorios no esteroideos (AINES). Son usados como terapia inicial y efectiva en dolor leve, usualmente son de venta libre y pueden ser usados efectivamente en combinación con opioides y analgésicos adyuvantes si la intensidad del dolor aumenta. El acetaminofén está incluido en este grupo y a pesar de que su efecto anti-inflamatorio es escaso, tiene una potencia analgésica y características farmacológicas similares. Aunque los anti-inflamatorios pueden afectar también el sistema nervioso central, estos fármacos no activan los receptores opioides y por lo tanto producen analgesia por un mecanismo diferente. Algunos de estos medicamentos son ácido acetilsalicílico (aspirina), ibuprofeno (motrin), naproxen (naprosyn), naproxen sódico (apronax), diflunisal (dolorbid), etodolac (Iodine), fenoprofen cálcico, ketoprofen (profenid), meclofenamato sódico (meclomen), ácido mefenámico (postan).

Los opiáceos. Son la clase más importante de analgésicos en el manejo del dolor moderado a severo debido a su efectividad, fácil dosificación y una relación riesgo- beneficio favorable. Los opioides producen analgesia al unirse a receptores específicos dentro y fuera del sistema nervioso central (Stein, 1993, citado por Jacox, 1995). Los analgésicos opioides se clasifican en agonistas puros, agonistas parciales, y agonistas-antagonistas, dependiendo del

receptor específico al cual se unen y a la actividad intrínseca en ese receptor (Joris, 1993, citado por Jacox, 1995). Algunos de estos opiáceos son morfina, hidromorfona, meperidina, metadona, codeína, oxicodona, entre otros.

Medicamentos coadyugantes. Estos son usados para aumentar la eficacia analgésica de los opioides para tratar síntomas concomitantes que exacerban el dolor y proporcionar analgesia independiente para tipos específicos de dolor, algunos de estos son corticoesteroides, anticonvulsivos, antidepresivos, agentes neurolépticos, hidroxicina, bifosfonato, calcitonina y placebos ((Joris, 1993, citado por Jacox, 1995).

Tratamientos antineoplásicos. Estos en cáncer incluyen quimioterapia, hormonoterapia, terapia biológica y radioterapia. La quimioterapia y hormonoterapia son usualmente usadas para tratar todas las localizaciones del cáncer y no son usadas específicamente como tratamiento del dolor, sin embargo cuando el dolor por cáncer es causado directamente por el tumor, los tratamientos antineoplásicos pueden producir analgesia si producen disminución significativa del tamaño del tumor.

El uso de técnicas analgésicas especializadas debe regirse por políticas y procedimientos establecidos que definan un nivel aceptable de monitorización del paciente así como los papales y límites de la práctica para el profesional de la salud.

Efectos colaterales

La terapia farmacológica es el pilar de muchas modalidades terapéuticas disponibles para el manejo del dolor por cáncer debido a que es efectiva, de relativo bajo riesgo, no es costosa y usualmente es de inicio rápido, además de ser necesario el individualizar el régimen en cada paciente (Foley, 1985 citado por Jacox, 1995). Las clases de fármacos que son usados solos o más comúnmente en combinación para el manejo del dolor en el paciente con cáncer son las siguientes: Aines y acetaminofén, analgésicos opioides, analgésicos adyuvantes.

Por lo tanto el uso frecuente de AINES esta asociado con la toxicidad gastrointestinal leve (dispepsia, ardor epigástrico, nauseas, vomito, anorexia, diarrea, estreñimiento, sensación de llenura) (Sunshine y Olson, 1989, citados por Jacox, 1995). Otros efectos de los AINES, pueden ser falla renal, sangrado y alteración hepática (Sunshine y Olson, 1989, citados por Jacox, 1995), el estreñimiento y la sedación son los efectos secundarios mas comúnmente asociados a los opioides, otros efectos indeseables

incluyen confusión, náuseas y vómitos, depresión respiratoria, sequedad oral, retención urinaria, mioclonos, alteración de la función cognitiva, disforia, euforia, alteraciones del sueño, alteración de la función sexual, dependencia física, tolerancia, secreción inapropiada de hormona antipirética (Hanks, Twycross y Rroyd, 1981, citado por Jacox, 1995). Existen otros efectos colaterales de los opioides como convulsiones y alucinaciones (Bobbles, 1988 citado por Jacox, 1995).

Así mismo, los efectos indeseables que pueden ocurrir durante la terapia prolongada con medicamentos coadyuvantes, son: la hiperglicemia, aumento de peso y la disfolia, alteración del sueño, depresión y sedación (Hanks, Twycross y Rroyd, 1981, citados por Jacox, 1995)..

Los efectos colaterales de la radioterapia dependen de la zona irradiada y de la cantidad de energía administrada, por ejemplo si se irradia el abdomen es posible que se presente náuseas o diarrea. Entre los efectos colaterales más generales están la fatiga, pues el organismo utiliza mucha energía para adaptarse al tratamiento, y las quemaduras en tejidos sanos (Hanks, Twycross y Rroyd, 1981, citados por Jacox, 1995).

Las células sanas que pueden ser afectadas por la quimioterapia debido a su rápido crecimiento son las células de la sangre que se forman en la médula ósea (glóbulos blancos, glóbulos rojos y plaquetas), las del tracto digestivo, las del sistema reproductor y las de los folículos pilosos. Así los efectos colaterales que el paciente presente dependerán de las células sanas afectas, por ejemplo si se afectan las del tracto digestivo puede sentir náuseas, o si se afectan los glóbulos blancos la persona se sentirá débil y anémica (Hanks, citado por Jacox, 1995).

Mitos Frente a los Analgésicos

En la práctica clínica cotidiana, se está en permanente contacto con el dolor físico de los pacientes oncológicos, siendo muchas veces éste dolor de difícil manejo y de fuerte intensidad, ameritando el empleo de analgésicos fuertes de tipo opioide (Vargas, 2002). De acuerdo con este autor, la resistencia a la utilización de opioides involucra una serie de conceptos muchas veces erróneos que han desarrollado en parte la creencia de algunos de los mitos que rodean la utilización de estos analgésicos. En esta confusión de términos y conceptos se entremezclan los conceptos de opiáceos, narcóticos, adicción, dependencia, tolerancia y resistencia entre otros. El tener claro cada uno de estos conceptos ayuda al médico y profesional de salud a “informar y educar” mejor a la familia y al paciente el cual será sometido a tratamiento analgésico con opioides. Éstos, son analgésicos utilizados para el tratamiento del dolor de moderada a fuerte intensidad, su utilización se ha generalizado en las últimas décadas al campo del dolor agudo, crónico y oncológico con excelentes resultados; desafortunadamente son medicamentos rodeados de una gran cantidad de mitos y falsas creencias las cuales forman parte de la cultura popular y hasta del personal médico y profesionales que trabajan en el campo de la salud. Por tanto al ser empleados como analgésicos en la práctica diaria, el médico debe tomarse un tiempo extra para “educar” a su paciente, eliminar dudas y combatir ciertas creencias arraigadas referentes a la dependencia, adicción y asociaciones de estos analgésicos con la muerte.

El concepto de tolerancia se debe tener muy claro y se define como la necesidad de aumentar progresivamente ciertos medicamentos para poder obtener los mismos efectos iniciales. Si la administración se interrumpe durante cierto tiempo, se puede volver a la sensibilidad inicial del producto (Vargas, 2002). Para los farmacólogos, la tolerancia a los opioides se refiere a la disminución del efecto analgésico en relación a un proceso de adaptación neural. A su vez, la dependencia

psicológica (adicción) es conocida también como la tolerancia psicológica y se define como la necesidad que busca el individuo de sentirse bien y evadir los problemas cuando la persona es toxicómana (Vargas, 2002). Si bien es cierto que en los pacientes toxicómanos o adictos no hay calidad de vida, en los pacientes con dolor de fuerte intensidad, el tratamiento analgésico con opioides les brinda mejor calidad de vida al aliviar su dolor físico.

Este mismo autor, afirma que algunos de los mitos o creencias erróneas más comunes relacionadas con el tratamiento analgésico, en los pacientes oncológicos, familiares, personal médico cuya área de trabajo no está relacionada con el manejo continuo del dolor, y de la salud son los siguientes:

Los medicamentos para el dolor producen efectos colaterales indeseables. Si bien es cierto que los fármacos utilizados en el control del dolor ocasionan efectos colaterales, la mayoría pueden ser controlados si se reportan oportunamente al médico.

Los medicamentos para el dolor utilizados por un largo período de tiempo dejan de funcionar.

Temor a la muerte por asociación de experiencias familiares previas con la prescripción de morfina para ayudar a “bien morir”, asociación ideológica con que no hay nada

más que ofrecerle que morfina, por tanto su muerte está muy próxima.

Aumento de la actividad física del paciente por un adecuado control del dolor en reposo

Presencia de estrés, ansiedad o depresión en el paciente.

La adicción a los analgésicos tipo opioide es una de las grandes limitantes para el adecuado empleo de los opioides como tratamiento del dolor de moderada a fuerte intensidad, representando una gran desventaja para los pacientes con dolor agudo, crónico y oncológico debido a que el temor a ser “adicto” (por parte del paciente) muchas veces es mayor que el deseo de calmar su dolor.

El personal paramédico muchas veces está mal informado y educado con respecto a los analgésicos tipo morfina (opioides), y no considera necesario la prescripción de éstos medicamentos en pacientes que no están próximos a morir y por tanto refuerzan los temores de los pacientes y sus familiares; lo cual se manifiesta en algunas ocasiones, como una negación a cumplir el tratamiento médico.

Por parte de los médicos y del personal paramédico, existe el miedo de convertir en “adictos” a los pacientes, lo cual impide un adecuado tratamiento del dolor.

Considerando la información mencionada anteriormente, en relación con los efectos colaterales del tratamiento analgésico, se puede apreciar que la verdadera resistencia a los opioides generalmente se origina en el desconocimiento y la desinformación por parte de los pacientes y sus familiares acerca de los conceptos y criterios clínicos referentes a la prescripción de analgésicos opioides, siendo la mejor arma para combatirlo, la educación.

Pero el tema del dolor no puede limitarse al aspecto físico o fisiológico del mismo. De hecho, los componentes emocionales y afectivos que caracterizan al paciente que tiene la experiencia dolorosa, así como a su familia y a quienes lo acompañan, son determinantes en el abordaje de este tema.

Reacciones Emocionales

Para abordar el tema de las reacciones emocionales, es necesario partir de su conceptualización o definición para así poder detenerse en el estudio de éstas en la familia y el paciente ante la enfermedad, su relatividad, los aspectos sociales e individuales que las definen y las reacciones que tienen tanto los familiares como el paciente frente al dolor.

Definición

Dado que las emociones pueden ser fenómenos subjetivos, fisiológicos, funcionales y sociales, está claro que el concepto de reacciones emocionales se resiste a encajar dentro

de una definición clara. Ninguna de estas perspectivas define la emoción satisfactoriamente, sino que cada una hace énfasis en un aspecto distinto del proceso de las emociones. Por eso para comprender y definir lo que es emoción es importante tener en cuenta que el componente o aspecto cognoscitivo-subjetivo aporta el estado afectivo, lo que representa una experiencia subjetiva que tiene razón y significado personal (Reveé, 1996). El componente fisiológico incluye la actividad de los sistemas autonómico y hormonal, mientras participan en la emoción. La actividad fisiológica está tan unida a la emoción, que es casi imposible imaginarse una persona enfadada que no esté activada. El componente funcional plantea la cuestión de cómo se beneficia la persona de la emoción, permitiéndole ser más efectiva a la hora de interactuar con el entorno. Y el componente expresivo de la emoción es un componente conductual y social. Mediante las posturas, los gestos, las vocalizaciones y especialmente la conducta social, las emociones son expresadas y comunicadas a los demás, enviando señales emocionales e infiriendo los sentimientos privados de las otras personas. En su conjunto las emociones implican a la persona en su totalidad, sus sentimientos y pensamientos, su fisiología, sus intenciones y propósitos y su conducta (Fehr y Russell, 1984) citado por (Reveé, 1996).

Reacciones emocionales de la familia y del paciente ante la enfermedad

La familia es una institución básica de socialización, permite el desarrollo de sentido de pertenencia y cohesión social pero a la vez, la familia también es un espacio donde se producen relaciones de poder y autoritarismo, comunicación, apoyo, lazos afectivos, etc. Sin embargo, dependiendo de los valores o antivalores que maneje la familia,

esta se convertirá en materia prima para generar un buen ajuste o desajuste en las relaciones sociales y valores o antivalores culturales (Vergara, 1993 citado por Rodríguez, 1995).

Dentro del contexto colombiano la familia en los últimos 20 años ha experimentado cambios radicales en su estructura, ya que actualmente resulta más pertinente hablar de “familias” que de familia. Según una investigación realizada por el ICBF (1994), en el país existen hoy distintas formas de organización familiar diferentes que van desde hogares tradicionales (padre, madre, hijos) hasta el llamado hogar unipersonal (personas solas), pasando por todas las combinaciones posibles de parentesco (tíos, nietos, abuelos, primos) viviendo bajo el mismo techo. Y todos deben considerarse familia, pues cumple esta función; los grandes cambios del país, especialmente los económicos, han hecho que las personas se organicen en familias como quieran pero también como puedan.

La familia es un apoyo irremplazable para el paciente en la fase terminal de una enfermedad. Según la doctora Kübler Röss citada por Rodríguez (1995), la familia también atraviesa por los mismos estados anímicos descritos por ella respecto al paciente en fase terminal: Negación, depresión, irritabilidad/hostilidad, negociación y aceptación. Se hace necesario aclarar que no son vividos en forma lineal, es decir seguidos pues una persona puede alterar su orden y vivirlos a su manera.

A continuación, se describe cada una de estas etapas de acuerdo con Kübler Röss.

Negación

La primera fase incredulidad y rechazo; la primera reacción del enfermo es negar el diagnóstico “no puede ser verdad. Esto no me puede suceder a mí”. Esta primera reacción de incredulidad y rechazo permite al enfermo ganar tiempo necesario para poner en funcionamiento defensas menos radicales, porque el anuncio de la muerte es una herida

fuerte al narcisismo que nos hace creer inmortales. Durante esta primera fase, el acompañante deberá mostrar una actitud de escucha. Repetirá las visitas aunque el paciente parezca no querer hablar. Este descubrirá que hay alguien que lo cuida, que está disponible y terminará por abrirse.

Rebeldía o irritación

En esta etapa el paciente se pregunta con insistencia “¿Por qué yo?”, los sufrimientos que acompañan a la rebeldía son la ira, la envidia y el resentimiento. La rebeldía proyecta los sentimientos irascibles en todas las direcciones: contra Dios, contra la familia, contra el personal que lo atiende, etc. Esta etapa es de difícil manejo. Es importante que quienes rodean al enfermo reconozcan los sentimientos que experimentan para no interpretar de manera equivocada sus palabras. Ante la irritación del enfermo los visitantes reaccionan con reproches y lágrimas, o se sienten culpables y evitan nuevas visitas, lo que refuerza el mal humor del enfermo y acentúa el temor a la soledad.

Sumisión o negociación

La negociación es en realidad un intento por retardar los acontecimientos. Incluye una primera oferta por buena conducta, también establece un límite irrevocable (ejemplo: asistir al matrimonio del hijo) e implica la promesa implícita de que el enfermo no pedirá nada más si el plazo es concedido.

Depresión

Cuando el enfermo siente que se aproxima al fin de su enfermedad y no puede pretender que esta no existe, cuando debe soportar intervenciones quirúrgicas y prolongar su hospitalización, cuando los síntomas se multiplican no puede seguir tomando las cosas a la ligera. Su aturdimiento o estoicismo, su ira y su irritación no demoran en dar lugar a un sentimiento general de desorientación. El paciente en la fase terminal no puede seguir negando su enfermedad, ni la eminencia de la muerte, cuando se ve obligado a pasar por más operaciones u hospitalizaciones, cuando empieza a tener más síntomas o se debilita y adelgaza, no puede seguir haciendo *“al mal tiempo buena cara”*. La rabia pasará a ser experimentada en el paciente como una sensación de pérdida. Con frecuencia esta depresión se ve agravada por preocupaciones exteriores, contingentes, preocupaciones por los familiares que quedan privados o carentes de apoyo, preocupaciones por el elevado costo de los tratamientos, que agravan enormemente no solo la vida cotidiana de la familia sino también la conciencia del enfermo que se siente culpable de generar tantos gastos a los suyos.

A partir de esto, decrece el interés por el tratamiento, el enfermo no cree ya en las denegaciones del personal médico que lo atiende, percibe las demostraciones de afecto de los suyos o del personal médico como estrategia elaborada para engañarlo y ocultar su situación real, lo cual va generando en él una desconfianza, apatía, y soledad. (Kübler-Röss, citada por Rodríguez, 1995).

Aceptación

El enfermo ha llegado al final del camino. No hay que creer que la aceptación pueda confundirse con una etapa de felicidad. Está casi vacía de sentimientos. Es como si el dolor hubiera desaparecido; la lucha ha quedado atrás y comienza un tiempo, el del reposo final.

Es el momento en que la familia necesita más apoyo y comprensión; con frecuencia, más que el mismo enfermo. Mientras que el enfermo ha encontrado una cierta paz, una aceptación, su círculo de intereses se reduce. Desea que lo dejen solo o que no lo fastidien con noticias o problemas del mundo exterior.

Considerando, como se mencionó anteriormente, que estos estados por los que pasa el paciente y su familia no necesariamente son vividos en forma secuencial y pueden existir alteraciones, es importante, según la doctora Kübler Röss, citada por Rodríguez (1995), que el acompañante tenga una idea clara de la totalidad del proceso para que en lugar de ser obstáculo, facilite al enfermo afrontar su muerte.

Relatividad de Las reacciones emocionales

Las respuestas emocionales ante la enfermedad y ante el dolor que expresan los familiares y/o el paciente, están influenciadas por distintos aspectos de diferentes tipos y clases que reflejan las experiencias vividas, el tipo de familia, las características de personalidad, entre otros.

Para el análisis de los aspectos que influyen en las reacciones emocionales, éstos se dividirán en dos clases a saber, aspectos individuales y aspectos sociales (Muñoz y Espinosa 2002).

Aspectos individuales

Como su nombre lo indica, estos aspectos hacen parte exclusivamente de la persona: Su nivel funcional, su autoimagen, edad, control personal, sexo y sexualidad.

❖ *El nivel funcional del paciente.* Es de particular importancia, este refleja su movilidad, la habilidad para comunicarse, la habilidad para llevar a cabo actividades cotidianas, las funciones de sus necesidades biológicas (por ejemplo, el propio cuidado de la incontinencia). A medida que el paciente se debilita sus necesidades cambian.

❖ *Autoimagen.* Se define como la manera en una persona piensa y siente sobre si misma. Esta influye en el nivel de bienestar de si misma y de los demás. Los componentes principales de esta imagen son el yo físico, el yo psicológico y el yo social. Cualquiera de los distintos tipos de cáncer y sus tratamientos producen cambios pasajeros o permanentes, en estas tres áreas. Cuando estos cambios ocurren se basan tanto en la realidad inmediata como en la anticipación de posibles cambios futuros, amputación, impotencia e incapacidad para el trabajo, estos pueden ser cambios inmediatos a los que el enfermo se debe enfrentar (Hersh, 1998).

❖ *Edad.* la edad de un paciente con cáncer tiene mucho que ver con la forma en que él y su familia harán frente a dicha enfermedad. Hay que tener en cuenta que no siempre la edad cronológica coincide con la edad mental. Con independencia de la edad del paciente el impacto diagnóstico y el tratamiento inicial amenazan con la perspectiva de continuidad del ciclo vital. Esto ocasiona un comportamiento regresivo caracterizado por alejamiento de las relaciones sociales, mayor dependencia de los miembros de la familia, actos impulsivos y manifestación libre de sentimientos (Muñoz y Espinosa 2002). Los niños pequeños se adaptan tan bien a su experiencia que esta se convierte prácticamente en normalidad, en contraposición con los adolescentes, ya que el hecho de tener que someterse a un tratamiento, su conformidad, la renuncia a gran parte de sus actividades vitales, todo ello obliga a los adolescentes a prescindir de su tendencia a la autonomía e independencia de la familia. Así mismo, en las personas de la tercera edad,

el ajuste no resulta tan fácil pues suelen recordar con claridad el nivel de funcionamiento de su cuerpo en épocas pasadas, su energía y la habilidad para satisfacer sus necesidades (Hersh, 1998).

❖ *Control Personal.* Otro factor importante es el control personal; Brannon (2001) comenta al respecto que las personas que sienten que tienen alguna clase de control sobre los acontecimientos de sus vidas tienen una mayor capacidad de afrontar el estrés que aquellas que sienten que sus vidas están determinadas por fuerzas externas a ellos (locus de control externo).

❖ *Sexo y sexualidad.* El cáncer y su tratamiento pueden repercutir en cualquier aspecto de la imagen corporal y de la fisiología relacionado con la identidad sexual. El paciente prepúberes, puede experimentar cambios o retrasos permanentes en su desarrollo, en el caso de los pacientes pospúberes, las capacidades funcionales y los cambios en el interés sexual varían en importancia, dependiendo de la edad, grado de desarrollo, personalidad, expectativas y papel social (esposo, padre o amante). Dicho cambio puede ser a nivel físico (amputación, resección) o fisiológico, aunque ambos producen un trastorno emocional. Entre los cambios físicos pueden citarse las características sexuales secundarias alteradas, sobre todo la pérdida de una mama. Entre otros cambios físicos no bien estudiados se destacan alteraciones de la capacidad sensitiva, tales como la hipersensibilidad de la piel y parestesias. Los cambios fisiológicos secundarios a la castración terapéutica tienen mayor importancia en el paciente. Puede observarse también en la misma persona inestabilidad vasomotora, cefalea nerviosismo y depresión (Hersh, 1998).

Aspectos sociales

Dentro de los aspectos sociales que se alteran en el individuo con la enfermedad crónica, están la familia, la comunidad y la dimensión espiritual.

❖ *Familia.* es un grupo de personas vinculadas legal o biológicamente, el tipo de estructura familiar, la dinámica familiar, la comunicación, el rol del paciente, el nivel cultural, las creencias negativas de la familia al respecto de la enfermedad, y el nivel económico, familia de ambos padres o solo uno de ellos, estilos de crianza, entre otros; determinan muchos de los problemas específicos relativos a como la familia y el sistema familiar se ven afectados por la aparición del cáncer en uno de sus miembros. Las familias pueden presentar características de comportamiento y estructuras muy diferentes; algunas son sistemas cerrados con límites muy claros, estas familias tienen un transporte de ideas selectivas que influyen en la gente de dentro a fuera, esta cualidad les hace menos sensible a los sistemas más amplios y menos dependiente de los mismos. Otras, en cambio, tienen una frontera no bien definida, se puede incluir en este grupo a las formadas por personas no emparentadas por lazos de sangre (amigos), tan unidos a la unidad familiar o más que la tradicional unión biológica de sus miembros. Más vulnerable a los sistemas externos, estas familias tienen un mayor grado de flexibilidad que las familias de fronteras cerradas (Hersh, 1998).

❖ *Comunidad.* Las familias son sistemas que existen dentro de estructuras más amplias (vecinos, comunidad, etc.) que influyen a su vez en la familia. Se ha discutido la importancia que ejercen los factores míticos y culturales sobre el paciente oncológico y su integración a la comunidad. Ello da pretexto a la asistencia y también a la estigmatización que sufre la familia (Hersh, 1998).

❖ *Dimensión espiritual.* La espiritualidad se refiere a esos aspectos de la vida humana relacionados con la experiencia que trasciende a fenómenos sensoriales (Rodríguez, 1995). Para el cuidado de la familia hacia un miembro que está falleciendo en el hogar, la lucha espiritual o la tranquilidad espiritual, puede centrarse en el significado de la experiencia. según Ferrell (1991), citado por Jacox (1995), tener cáncer y dolor, frecuentemente aflora aspectos espirituales para el paciente y su familia, quienes se pueden beneficiar de consejería espiritual. La experiencia del dolor puede muchas veces llevar a los pacientes a tener un abandono y a preguntarse el significado y la posibilidad de esperanza. Las religiones abordan estas preocupaciones y ofrecen una dimensión importante en el manejo multidisciplinario del dolor por lo tanto deben ofrecerle cuidados pastorales respetando las creencias de cada individuo. Los pastores deben participar en las reuniones de grupo en las que se discuten las necesidades y el tratamiento de los pacientes. Además, deben de dar información acerca de los recursos de la comunidad donde se ofrece cuidado pastoral y consejería espiritual.

Según Rodríguez, (1995) es un hecho real que las creencias básicas del paciente acerca de la vida determinan su padecimiento o su salud. En el Instituto Nacional de Cancerología (1995), una investigación de campo arrojó los siguientes resultados al respecto: Entre enero de 1994 y septiembre de 1995, psicología familiar atendió 160 pacientes de ambos sexos con sus respectivas familias y con edades que oscilan entre 5 y 75 años. Con interés se observó que el 80% de las muestras es creyente, católica. Según ellos la fe en Dios es lo único que los ha aliviado, e incluso mejorado de sus dolencias, después de los médicos y sus medicamentos. Es importante recordar en este punto que para un paciente en estas condiciones la calidad de vida corresponde a una evaluación subjetiva de lo que él considera de más valor, y en este caso lo de más valor es su fe en Dios.

Dependiendo de la educación religiosa su fe en Dios puede generarle angustia culposa, o confianza y tranquilidad, si les genera culpabilidad, entonces aparecerá depresión con su respectiva baja de defensas. Si les genera confianza y tranquilidad, su pensamiento será positivo y grandes sus deseos por vivir. Se encontró en esta misma muestra que el 80% de los pacientes que dicen ser católicos, tan solo un 10% sus creencias religiosas les genera confianza y tranquilidad. Y al 70% restante los afecta más la culpabilidad y la depresión que la enfermedad.

Reacciones emocionales de la familia y del paciente frente el dolor

Según Ferrell, 1991, citado por Jacox, (1995), la calidad de vida de los pacientes con dolor por cáncer en la fase terminal, está más deteriorada comparada con los pacientes con cáncer pero sin dolor. El efecto del dolor deteriora cuatro áreas relacionadas con la calidad de vida, estas son físicas, psicológicas, sociales y espirituales. Los familiares de los pacientes con cáncer en fase terminal comparten las reacciones emocionales, que este presenta ante el dolor. Los familiares necesitan descansar y aliviar la carga emocional y socio-económica de la enfermedad. Incluso en ausencia de estrés psicológico, emocional y físico, la familia puede no estar preparada para enfrentar las necesidades del paciente. Ellos deben evaluar con frecuencia el dolor del paciente, tomar decisiones acerca de la cantidad y el tipo de medicamentos que se le debe suministrar. La familia puede sentirse sin preparación para enfrentar los retos que requiere el alivio del dolor o pueden negar el dolor que sufre el paciente, para no aceptar la posibilidad que la enfermedad esta progresando. Estas situaciones requieren del dialogo entre profesionales de la salud, pacientes y familiares experimentados en el manejo del dolor.

Según la Sociedad Española de Cancerología (2002) cada una de las reacciones emocionales se manifiesta por diferentes tipos de respuesta que se pueden agrupar en 3 clases. La primera son respuestas comportamentales que básicamente es lo que la persona hace cuando tiene un estado emocional particular y que los demás pueden observar. Por ejemplo en la depresión serían conductas como llorar o descuidar la apariencia física. La segunda clase son respuestas cognitivas que en sí son los pensamientos que tiene la persona. Por ejemplo una persona ansiosa presenta respuestas cognitivas cuando piensa constantemente en el cáncer o se preocupa demasiado por lo que va a suceder en el futuro. La tercera clase de respuestas es fisiológica y hace referencia a la forma de responder del cuerpo cuando hay un estado de ánimo particular. Por ejemplo si la persona está preocupada por un procedimiento médico en su cuerpo sentirá un aumento del ritmo cardiaco y tensión muscular. A continuación se presentarán las principales respuestas emocionales de los familiares y del paciente oncológico ante el dolor.

❖ *Miedo*. Según Muñoz y Espinoza (2002), el miedo constituye una emoción frecuente en los seres humanos que constituye un mecanismo adaptativo en cuanto supone aumentar el nivel de alerta o vigilancia hacia posibles factores agresores. En la familia del enfermo oncológico terminal y en especial del cuidador primario, los miedos están presentes de forma expresa a lo largo de todo el proceso. Los miedos de la familia relacionados al dolor son principalmente, miedo a que el enfermo sufra y tenga una larga agonía, miedo a que los medicamentos no funcionen, miedo a que el enfermo no reciba una atención adecuada, miedo a no ser capaz de cuidar al enfermo adecuadamente. Además existen otros miedos al respecto de toda la enfermedad tales

como, miedo a hablar de la enfermedad, miedo a que el enfermo adivine que se muere, miedo a no estar presente cuando muera, miedo a saber identificar la muerte, miedo a la soledad después de la muerte, miedo a no tener ayuda profesional cuando se necesite, miedo a estar solo con el enfermo en el momento de la muerte. Todos estos miedos llevan a la familia con la continua tensión de estar ansiosos (presencia de amenaza continua). Dificulta actuar con naturalidad, impiden continuar con su propia vida, evitan la aceptación de la muerte, la comprensión de los síntomas y de las responsabilidades de los cuidadores, incluso dificulta la manifestación de afecto al paciente, la depresión y el duelo posterior.

❖ *La rabia.* es una emoción pasional, según Reveé (1996), la rabia puede ser activada de diferentes maneras, pero su antecedente principal es el control sea físico o psicológico. el control físico se manifiesta cuando retienen por ejemplo a alguien en contra de su voluntad, el control psicológico se mantiene mediante las reglas, normas, nuestras propias limitaciones. La rabia también la activa la frustración que produce la interrupción de la conducta dirigida hacia una meta. En el caso de pacientes oncológicos, los familiares pueden frustrarse ante la agonía del dolor físico del paciente descargando su rabia hacia la incapacidad de la ciencia médica, contra las decisiones tomadas del cuerpo médico, por la falta de control de la situación, por la falta de asistencia de los miembros de la familia por poca colaboración y por viejas heridas. A veces se tienen otras rabias por el efecto Jonas (enfermo como portador de desgracias), contra el lugar de trabajo, contra Dios, contra fuerzas exteriores o el azar, etc. La ira de los familiares dificulta la comunicación con el equipo sanitario, para valorarla debe estar atento a sus distintas formas de manifestaciones y a su evolución. Pueden ser

formas de manifestación, la agresividad verbal, la ironía e incluso el abandono del enfermo.

❖ *Angustia*. Según Revé (1996), la angustia es la emoción más negativa y aversiva. Los dos activadores principales de la angustia son la separación y el fracaso. La separación, la pérdida de un ser querido por causa de muerte divorcio u otras circunstancias, es angustiante. Las personas también pueden ser separadas de un trabajo, posición o estatus que valoran. El fracaso provocado por circunstancias fuera del control de la voluntad propia también puede causar angustia, y finalmente el dolor activa la angustia. A nivel neurológico, la angustia implica una tasa de descarga neuronal sostenida moderadamente alta. La activación neurológica de la angustia se distingue de la tasa de la ansiedad en cuanto a la intensidad de estimulación neurológica sostenida. en comparación con el funcionamiento habitual, sin embargo, la densidad neurológica de la angustia es relativamente alta. En el caso específico del paciente oncológico, se puede producir angustia ante la incapacidad de controlar el dolor aun con el suministro de medicamentos, ante la soledad de atender al paciente en el momento de sentir dolor y no poder controlarlo. Además, se presentan otras situaciones con respecto a la enfermedad que pueden producir angustia tales como los futuros problemas económicos que el paciente puede dejar, la alteración de los proyectos y la dinámica familiar que repercuten en el sistema de vida de cada miembro.

❖ *Culpa*. Según Delpino (1968), citado por Rodríguez, (1995), la culpa es un sentimiento de pesar; lo que el culpable experimenta es el peso de esa culpa y no exactamente pena o tristeza, sino pesar. El familiar se siente culpable por acciones u

omisiones de actitudes o comportamientos que debió hacer y no hizo. Siente entonces, la necesidad de reparar, incluso recriminarse y autocastigarse. Esta culpa la experimenta tanto el paciente, la familia y el cuerpo médico. El paciente por su imposibilidad de realizarse como lo tenía previsto, la familia por su incapacidad para prevenir la enfermedad, y el médico por la lucha contra la muerte.

❖ *Depresión.* Cuando el paciente desahuciado no puede seguir negando su enfermedad, cuando se ve obligado por más operaciones u hospitalizaciones o cuando la sintomatología del dolor es más fuerte y no puede seguir, su estabilidad, su estoicismo, su ira y su rabia, serán pronto sustituido por una gran sensación de pérdida. Con frecuencia esta depresión se ve agravada por preocupaciones (Roos, 1995). La depresión que sufre el enfermo suele asumir dos modalidades, reactiva y preparatoria. La depresión reactiva está ligada a los problemas existenciales que el enfermo se siente incapaz de resolver. Frecuentemente se trata de dificultades económicas o de la organización de las personas que dependen de él. La depresión preparatoria está ligada a la consideración de las pérdidas que sobrevendrán. Es un estado de ánimo orientado a la separación y que prepara a ella. En medio de la tristeza se comienza a reconsiderar los aspectos buenos del pasado o a cancelar proyectos y compromisos. La manifestación de la depresión en el dolor oncológico por parte de la familia es en muchas ocasiones realizando una negación ante la realidad del dolor que está viviendo el paciente, el sentimiento de tristeza puede llegar al momento de que el paciente expresa el dolor ya que este dolor está condicionado a pensamientos sobre la muerte.

❖ *Desesperanza.* Según Cassell (1982), citado por Jacox (1995), la desesperanza se considera como una sensación de pérdida personal y pérdida de las esperanzas. El dolor reduce la capacidad del paciente para mantener el control, disminuyendo así su bienestar psicológico y produciendo sentimientos de desesperanza y vulnerabilidad. La experiencia de dolor ocasiona un estado de aflicción severa relacionado con eventos que amenazan la integridad personal.

Haciendo referencia a los principios de la desesperanza aprendida, según (Seligman, 1978), la depresión es un papel aprendido en situaciones anteriores en las que el individuo fracasó al tratar de resolver problemas, despertando un sentimiento de desvalimiento y desamparo y generando la sensación de no poder controlar las situaciones negativas para él considerando inútil cualquier cosa para hacerles frente. Además la teoría de la indefensión aprendida entiende que las víctimas de acontecimientos estresantes se encuentran expuestas a situaciones aversivas que perciben como incontrolables y en las que su conducta no tiene consecuencias exitosas. La intensidad de esta indefensión viene modulada por las atribuciones que el sujeto realiza; cuanto más internas, estables y globales sean éstas, más probabilidad se tiene de experimentar un agravamiento del cuadro (Seligman y Teasdale, 1978).

Técnicas para afrontar el dolor y el estrés

Según, Brannon (2001), tanto el apoyo social como el control personal potencian, al parecer, la capacidad de afrontar el estrés y el dolor. Además de estos recursos personales los profesionales de la salud están utilizando cada vez mas recursos de carácter no medico

para ayudar a las personas en esta situación, entre ellos se incluye el entrenamiento en relajación, técnicas de hipnosis, retroalimentación biológica, modificación de conducta, terapia cognitiva, y diversas combinaciones de estas técnicas; en otras palabras, enfoques multimodales.

Entrenamiento en relajación. La relajación muscular progresiva, la relajación meditativa, la imaginación guiada. Las técnicas de relajación han sido utilizadas para tratar cefaleas, detenciones y migrañas. Un estudio sobre la efectividad de los procedimientos de relajación y el biofeedback, en las cefaleas de tensión (Turner y Chapman, 1982, citados por Brannon, 2001) informan acerca de al menos un beneficio obtenido mediante el entrenamiento para la relajación y los autores concluyeron que los métodos de relajación eran mejores que los placebos y equivalentes a la retroalimentación biológica a la hora de controlar el dolor.

Hipnosis. La hipnosis se considera como un estado alterado de la conciencia, en el que el flujo conciente de un individuo se divide o disocia (Barber, 1996, citado por Brannon 2001). La analgesia hipnótica funciona en un proceso de alucinaciones negativas, o simplemente, en la falta de percepción de algo que se suele percibir en situaciones corrientes. Investigaciones como las de Jacobs, Kurtz y Strube (1995), citados por Brannon (2001), han demostrado una ventaja en la sugestión hipnótica sobre el efecto placebo, al menos en los pacientes altamente sugestionables. De esta manera en el caso de las personas fácilmente hipnotizables la hipnoterapia es más eficaz que un simple placebo.

Retroalimentación biológica. Son las respuestas biológicas que se miden con instrumentos electrónicos y el resultado de dichas respuestas queda inmediatamente disponible para las personas analizadas. En otras palabras, una persona obtiene información acerca de los cambios experimentados en cuanto estas se producen, esta retroalimentación permite a las personas alterar sus respuestas fisiológicas las cuales no podrían controlar voluntariamente sin la información proporcionada por la retroalimentación biológica. Según Blanchard y cols (1990), estas combinaciones (relajación y retroalimentación biológica) reducen el dolor en un 50%, mejora sustancialmente mayor que la producida por una monitorización placebo del dolor de cabeza, pero no mas eficaz que una droga placebo. Resultados similares se registraron en un metanálisis de investigaciones psicológicas que combinaban el retroalimentación biológica de temperatura con el entrenamiento para la relajación, obteniendo una reducción del dolor de un 43% (Holroyd y Penzien, 1990).

Modificación de conducta. Las personas que experimentan un dolor suelen manifestar su malestar a otras. Se quejan, refunfuñan, suspiran, cojean, se frotan, gesticulan, faltan al trabajo, o se comportan de distintas maneras, indicando a otros que están padeciendo de dolor. Muchos de estos comportamientos se ven reforzados por el entorno; en otras palabras, otros individuos han recompensado de alguna manera estas expresiones verbales y no verbales de dolor. Las estrategias de modificación de conducta para afrontar el estrés y el dolor, se basan en la idea postulada por B. F. Skinner, (1987), citado por Brannon (2001), de que los agentes de refuerzo positivo y negativo resultan fundamentales en el condicionamiento operante. El éxito de la modificación de conducta a la hora de controlar el dolor resulta difícil de juzgar, ya que muchos estudios acerca de controles adecuados y, al igual que ocurre con los enfoques basados en el biofeedback, han

empleado intervenciones de tratamientos multimodales. Un análisis efectuado hace algún tiempo estableció una tendencia constantemente positiva en mas de dos estudios en los que se empleo la modificación de la conducta para controlar una gran variedad de síndromes para el dolor (Tuner y Chapman, 1982, citado por Brannon, 2001). Un análisis posterior de estos estudios confirmaron la efectividad de la terapia conductual, concluyendo que estas técnicas conducían a una mejora psicológica y fisiológica en los pacientes con dolor lumbar (Compas y colaboradores, 1998, citados por Brannon, 2001), este trabajo sugiere que los trabajos basados en la conducta para el control del dolor son al menos comparables en efectividad con los programas tradicionales de fisioterapia aplicados en el alivio del dolor lumbar. Los programas de modificación de conducta presentan talvés su máxima efectividad para aumentar los niveles de actividades físicas y reducir el uso de medicamentos, dos objetivos importantes en cualquier régimen de tratamiento del dolor.

Terapia Cognoscitiva. Se basa en la suposición de que un cambio en la interpretación de un acontecimiento puede modificar la reacción emocional y psicológica de las personas en relación a dicho acontecimiento. Si bien este enfoque suele aplicar técnicas de condicionamiento operante realza la capacidad de los pacientes de pensar a cerca de sus propias conductas y de evaluarlas. La terapia cognoscitiva resultó ser tan efectiva como el entrenamiento para la relajación a la hora de aliviar el dolor lumbar crónico (Turner y Jensen, 1993, citados por Brannon). El entrenamiento para la relajación, la terapia cognitiva, y una combinación de ambas técnicas, resulto igualmente eficaz al tiempo que mas adecuada que un contra en lista de espera. Un análisis posterior de la investigación en cuestión permitió establecer que la terapia cognitiva aplicada a los

pacientes con dolor lumbar aumentaba la actividad física y mejoraba el rendimiento psicológico (Compas y cols, 1998, citados por Brannon, 2001).

Enfoque multimodales. Son intervenciones que incluyen diversas estrategias, elegidas entre muchas otras. Estas combinan numerosas técnicas efectivas, como el entrenamiento en relajación, hipnosis, retroalimentación biológica, modificación de conducta, terapias cognitivas y tratamientos médicos estándar. Sin embargo en vista de que una combinación específica de estas técnicas varía de acuerdo con cada estudio, resulta difícil efectuar una descripción precisa de las soluciones multimodales. Por otra parte, la evaluación de estas aproximaciones resulta complicada debido a la diversidad de técnicas que incluye. Los enfoques multimodales deberían ser al menos, tan eficaces a la hora de reducir el dolor y el estrés como el ingrediente más eficaz de dicha combinación pues las investigaciones suelen respaldar esta idea, por ejemplo, más de un 70% de los pacientes que acudieron a un programa de afrontamiento de cefalea, experimentaron una reducción significativa del dolor y fueron capaces de disminuir al menos en un 50% su medicación (Sharff y Marcus 1994, citados por Brannon, 2001).

Apoyo social e influencia de las emociones en la enfermedad del paciente

Broman (1993), citado por Brannon, (2001), muestra como resultado de algunas investigaciones que las personas con mayor apoyo social, tienen más posibilidades de realizar conductas saludables, y además, investigaciones como las de Wills (1998), citado

por Brannon (2001), muestra que las personas que disponen de una red social sólida saben que disponen de ayuda, así que cuando experimentan estrés pueden apreciar el estresor como un elemento menos amenazante que aquellas que cuentan con menores recursos para afrontar la situación. El apoyo tan bien puede cambiar directamente las estrategias de afrontamiento, de modo que las personas con mayores recursos de apoyo presentan mayores probabilidades de obtener información, resolver problemas e implementar soluciones.

Se ha encontrado además que el apoyo social también puede alterar respuestas fisiológicas al estrés, esta visión se conoce como hipótesis de amortiguación (Chesney y Darbes, 1998, citados por Brannon, 2001), que sugiere que el apoyo social reduce o elimina los efectos perniciosos del estrés, protegiendo por lo tanto a las personas contra la enfermedad y la muerte. Algunas investigaciones de laboratorio indican que las personas reaccionan con menor intensidad a los estresores cuando disponen de un apoyo social. De esta manera, aquellas personas que cuentan con un apoyo inferior pueden reaccionar mas fuerte mente al estrés indicando un nivel elevado de neurohormonas y daños físicos mayores que las personas con entramados sociales de apoyo sólidos.

Todas estas investigaciones muestran la importancia de tener un apoyo social para mantener conductas saludables y para disminuir y manejar el estrés que se crea en el desarrollo de cualquier enfermedad. Pero además también es importante el manejo de las emociones propias del paciente ya que se han encontrado investigaciones que soportan el hecho de que las emociones están directamente relacionadas con la sensación de dolor. Para explicar esta relación, Rodríguez (1995), hace referencia a una rama de la ciencia

médica y psicológica llamada psiconeuroinmunología, cuyo objetivo es averiguar cómo dirigen las neuronas en funcionamiento nuestro sistema inmunológico. Su idea principal consiste en afirmar que la enfermedad es una consecuencia de una falla del sistema inmunológico, pudiendo producirse este a causa de factores psicológicos. Por supuesto, también hay circunstancias psicológicas que refuerzan esas defensas. Sus armas son los linfocitos, que actúan como un ejército de glóbulos blanco siempre alerta para combatir cualquier invasor (Viñas, 1990, citado por Rodríguez, 1995). En estudios realizados (Goleman, 1996), con microscopio electrónico se descubrieron contactos semejantes a sinapsis en los que las terminales nerviosas del sistema autónomo tienen terminaciones que se apoyan directamente en estas células inmunológicas; este contacto físico permite que las células nerviosas liberen neurotransmisores para regular las células inmunológicas, es decir que el sistema nervioso tiene una influencia positiva o negativa sobre el sistema inmunológico. Shepard, 1985, citado por Rodríguez, 1995, comenta al respecto que el déficit de tales mensajeros o neurotransmisores químicos conducen a la depresión.

En pacientes con cáncer el estado anímico es un factor determinante en la recuperación y el bienestar del enfermo debido a la directa relación que existe entre la depresión y la ansiedad y el sistema inmunológico. Además está demostrado que la firme voluntad de vencer la enfermedad ayuda a incrementar las defensas del sistema inmunológico (Mahoney y Feeman 1998, citados por Rodríguez, 1995).

Manejo de Las emociones en los familiares de pacientes oncológicos

La enfermedad oncológica en estadios terminales, obliga a la familia a adaptarse a las necesidades que impone esta enfermedad. Las posibilidades de la familia de adaptarse serán las que le ayuden a sobreponerse a estos problemas. La familia tiene que compatibilizar su propia tarea evolutiva con el cuidado del enfermo, pudiéndose dar con frecuencia reacciones de incompatibilidades con el peligro que esto conlleva o bien con la detención del momento evolutivo. Hay que tener en cuenta las diferentes variables que influyen en estas reacciones familiares, como el rol que desempeña el enfermo en el funcionamiento familiar, el rol de los cuidadores, la edad del paciente, etc.

Para manejar estas reacciones emocionales de los familiares, con el objetivo de mejorar su propia calidad de vida y la del paciente oncológico, Muñoz, Espinosa, Portillo y Rodríguez (2002) proponen algunas estrategias que servirán para controlarlas; éstas son:

1. *Evaluación.* Se deben investigar los mecanismos por los que se produce una determinada reacción emocional en la familia, conociendo sus antecedentes, su forma de aparición, las personas a las que implica. También es importante evaluar la intensidad de la reacción emocional y las limitaciones que produce en el núcleo familiar y en el enfermo.

Algunos puntos para evaluar en la familia deben ser:

- ❖ Estructura familiar: Genograma, tamaño familiar, elementos de apoyo.
- ❖ Funcionamiento familiar: comunicación (como patrón determinante en el comportamiento familiar), afectividad, apoyo, adaptabilidad, normas y reglas, función familiar.
- ❖ Ciclo vital familiar: etapas y tareas a las que se dedica la familia
- ❖ Reacciones emocionales: enfermedades previas, muertes previas, estrategias de afrontamiento, duelos previos.

- ❖ Recursos familiares: económicos, vivienda nivel cultural y educacional.
- ❖ Valoración de elementos concretos: cuidador principal, sujetos en riesgo.

2. Educación. Es muy terapéutico para una familia en crisis generada por el dolor que produce el cáncer en fases terminales, conocer en términos comprensibles que les está ocurriendo y porque. Esta actitud favorece la verbalización de sus emociones (ambivalencia, miedo, rabia, depresión, culpabilización, sobrecarga del cuidador, etc), facilita la comunicación y previenen alteraciones importantes en el futuro como el duelo patológico. Se les debe educar en :

- ❖ dolor (concepto, función, anatomía del dolor)
- ❖ manejo del dolor (manejo farmacológico del dolor y estrategias de afrontamiento)
- ❖ reacciones emocionales del paciente y de los familiares ante el dolor.
- ❖ Estrategias de afrontamiento para conocer y manejar las reacciones emocionales del paciente y de sus familiares.

3. Establecer Objetivos Terapéuticos. Las reacciones familiares deben abordarse por objetivos, identificando cada una de ellos en primera medida, definir estos objetivos en términos temporales, relacionarlos con los objetivos de atención al enfermo y sus familiares.

4. Monitorización de las Reacciones. Al igual que en el caso del enfermo, las reacciones familiares son cambiantes a veces en breves lapsos de tiempo por lo que es imprescindible establecer métodos estandarizados para su evaluación periódica, por

ejemplo monitorizar la ansiedad del cuidador, mediante pruebas estandarizadas o autoregistros. Este sistema permite también relacionar las reacciones emocionales con las del enfermo, ya que las faltas de control de reacciones del paciente se relaciona con mayor alteración en la familia.

5. *Atención a los Detalles.* Se refiere a la importancia de cuidar en una familia en crisis por la enfermedad terminal de uno de sus miembros, aspectos como el respeto a la privacidad, la buena comunicación verbal y no verbal, el ambiente agradable, y el ambiente físico.

Conclusiones

La revisión teórica realizada, así como la inquietud por formular una breve propuesta desde la psicología para el manejo de las reacciones emocionales de los familiares frente al dolor del paciente oncológico en fase terminal en la costa atlántica, han permitido establecer las siguientes conclusiones:

El dolor oncológico es uno de los síntomas más temidos por los pacientes y sus familiares. Los datos obtenidos por Foley (1983) citado por Die y Llombart (1997), con pequeños grupos de pacientes sugieren que un dolor moderado o severo es experimentado por un 70% u 80% de ellos en estadios avanzados; este estudio muestra además, que varía dependiendo del tipo y localización de la neoplasia.

Existen tratamientos farmacológicos para el manejo del dolor, pero además hay tratamientos como las técnicas de afrontamiento, aunque en los centros oncológicos de la costa en su mayoría se manejan solo los tratamientos farmacológicos.

Según la doctora Kübler Röss citada por Rodríguez (1995), la familia también atraviesa por los mismos estados anímicos respecto al paciente en fase terminal: Negación, depresión, irritabilidad/hostilidad, negociación y aceptación. Se aclarara que pueden no ser vívidos en forma lineal, es decir seguidos pues una persona puede alterar su orden y vivirlos a su manera.

Estas reacciones son relativas a ciertas variables como aspectos individuales, estos aspectos hacen parte exclusivamente de la persona: Su nivel funcional, su autoimagen, edad, control personal, sexo y sexualidad; y aspectos sociales que se alteran en el individuo con la enfermedad crónica, tales como la familia, la comunidad y la dimensión espiritual.

Las principales reacciones emocionales por las que atraviesa la familia del paciente oncológico en fase terminal son: miedo, rabia, angustia, culpa, depresión y desesperanza.

Las técnicas de afrontamiento que se utilizan en el paciente para disminuir el dolor pueden ser utilizadas en los familiares para manejar las reacciones emocionales producto de las situaciones estresantes. Estas técnicas son: Entrenamiento en relajación, Hipnosis, Retroalimentación biológica, Modificación de conducta, Terapia Cognoscitiva y Enfoques multimodales,

El apoyo tan bien puede cambiar directamente las estrategias de afrontamiento, de modo que las personas con mayores recursos de apoyo presentan mayores probabilidades de obtener información, resolver problemas e implementar soluciones.

Se ha encontrado además que el apoyo social también puede alterar respuestas fisiológicas al estrés, esta visión se conoce como hipótesis de amortiguación (Chesney y Darbes, 1998, citados por Brannon, 2001), que sugiere que el apoyo social reduce o elimina los efectos perniciosos del estrés, protegiendo por lo tanto a las personas contra la enfermedad y la muerte. Algunas investigaciones de laboratorio indican que las personas reaccionan con menor intensidad a los estresores cuando disponen de un apoyo social. De esta manera, aquellas personas que cuentan con un apoyo inferior pueden reaccionar mas fuertemente al estrés indicando un nivel elevado de neurohormonas y daños físicos mayores que las personas que cuenta con un apoyo social marcado.

Por último se deben tener en cuenta algunas recomendaciones al momento de realizar programas dirigidos a manejar las reacciones emocionales de los familiares y de pacientes oncológicos en fase terminal, estas son: 1. *Evaluación*. Se deben investigar los mecanismos por los que se produce una determinada reacción emocional en la familia, Algunos puntos para evaluar en la familia deben ser: Estructura familiar (Genograma,

tamaño familiar, elementos de apoyo), Funcionamiento familiar (comunicación como patrón determinante en el comportamiento familiar, afectividad, apoyo, adaptabilidad, normas y reglas, función familiar) Ciclo vital familiar (etapas y tareas a las que se dedica la familia) Reacciones emocionales (enfermedades previas, muertes previas, estrategias de afrontamiento, duelos previos) Recursos familiares (económicos, vivienda nivel cultural y educacional.) y Valoración de elementos concretos (cuidador principal, sujetos en riesgo.)

2. *Educación*. Es muy terapéutico para una familia en crisis generada por el dolor que produce el cáncer en fases terminales, conocer en términos comprensibles que les está ocurriendo y por qué. Esta actitud favorece la verbalización de sus emociones (ambivalencia, miedo, rabia, depresión, culpabilización, sobrecarga del cuidador, etc), facilita la comunicación y previene alteraciones importantes en el futuro como el duelo patológico. 3. *Establecer objetivos terapéuticos*. Las reacciones familiares deben abordarse por objetivos, identificando cada una de ellas en primera medida, definir estos objetivos en términos temporales, relacionarlos con los objetivos de atención al enfermo y sus familiares. 4. *Monitorización de las reacciones*. Al igual que en el caso del enfermo, las reacciones familiares son cambiantes a veces en breves lapsos de tiempo por lo que es imprescindible establecer métodos estandarizados para su evaluación periódica, por ejemplo monitorizar la ansiedad del cuidador, mediante pruebas estandarizadas o auto-registros. Y 5. *Atención a los Detalles*. Se refiere a la importancia de cuidar en una familia en crisis por la enfermedad terminal de uno de sus miembros, aspectos como el respeto a la privacidad, la buena comunicación verbal y no verbal, el ambiente agradable, y el ambiente físico.

Existen pocas investigaciones sobre el manejo de estas emociones y de la importancia de estas en el control y/o disminución del dolor en el paciente. Además, en

vista de la situación de seguridad social existente en Colombia, en Cartagena específicamente, existen muy pocos (o ningún) centros que manejan a la familia del paciente oncológico, y mucho menos las reacciones emocionales que estos experimentan.

Discusión

La información obtenida a partir de la revisión monográfica, permite afirmar que los últimos avances en las ciencias del comportamiento han determinado que algunos tratamientos de carácter psicológico pueden ayudar en el control del dolor, tratamientos como la relajación progresiva, la hipnosis, la retroalimentación biológica, las técnicas de modificación comportamental y cognoscitivas, etc., han demostrado gran efectividad. Pero además, también se ha descubierto que el apoyo social puede servir como una buena terapia no solo en el tratamiento del dolor, sino también a nivel general en el desarrollo de enfermedades terminales. El apoyo social primordial del paciente oncológico es su grupo social primario o familia, ya que esta es un pilar básico en la provisión de cuidados de paciente oncológico terminal.

Aún a pesar del conocimiento de estas investigaciones en los principales centros oncológicos de Cartagena y de la costa atlántica según datos suministrados en comunicación verbal (Cuadro, 2003) por el personal que labora en algunos de estos centros, solo se dedican en su mayoría al manejo del dolor utilizando técnicas farmacológicas para el mismo. La crisis de salud por la que atraviesa Colombia, el desconocimiento de estas investigaciones, la falta de recursos, la falta de educación y en ocasiones la negligencia de

algunos profesionales de la salud, pueden ser factores, entre otros, que influyen en la aplicación exclusiva de tratamiento farmacológico a pacientes oncológicos y la poca utilización de técnicas de afrontamiento para el paciente y su familia.

Sin embargo, a pesar del manejo del dolor que se presta en estos centros, existe una creciente preocupación en algunos profesionales del campo de la salud, especialmente psicólogos, que se están incorporando en la tarea de manejar a los pacientes y a sus familiares, es así como ya hay algunos centros (Sociedad Cancerológica de la Costa, clínica Madre Bernarda y Clínica Central Radioncológica del Caribe) que trabajan con equipos interdisciplinarios que incluyen el trabajo de psicólogos. Aunque no se conoce mucho sobre el trabajo que estos desarrollan, ya que en estos centros existe una actitud negativa a brindar información, lo poco que se conoce de estos programas, es que no manejan bases teóricas que permitan obtener resultados efectivos.

El manejo de las reacciones emocionales en el paciente y en los familiares, debe ser uno de los principales objetivos que deben tener los programas de manejo de control de dolor oncológico, ya que estos programas ayudaran al mejoramiento de la calidad de vida del paciente y de sus familiares, incluso ayudan a un mejor manejo del dolor oncológico. Para lograr este manejo debe educarse a la familia en el conocimiento del dolor, dolor oncológico, tipos de dolor y todos los temas referentes con el dolor, para luego pasar al conocimiento y manejo de las reacciones emocionales causadas en el paciente y en los familiares por el dolor. Esta educación debe estar acompañada de un seguimiento de profesionales especializados en esta área que ayuden al paciente y a su familia en cada una de las etapas y de los procesos por los que pasan.

Finalmente, estos programas deben estructurarse de manera que pueda evidenciarse cuál es el impacto que tuvo dentro de las familias, en los pacientes y en la sociedad, para poder justificar objetivamente su utilización en los centros oncológicos; generar interés en la investigación de este tipo de problemáticas, interesar a las familias y a las sociedades para participar en estos programas y contribuir a cambiar el modo de trabajar las reacciones emocionales de la familia frente al dolor oncológico de los pacientes en fase terminal.

Recomendaciones para futuras investigaciones

A partir de esta revisión monográfica, se considera pertinente realizar las siguientes recomendaciones para investigadores interesados en el tema del dolor en el paciente oncológico.

Realizar más investigaciones al respecto de las reacciones emocionales de los familiares de pacientes oncológicos.

Los psicólogos deben abordar en el campo de la salud, con más interés este tipo de temática para mejorar la calidad de vida del paciente y de sus familiares.

El tratamiento oncológico no debe ser exclusivo del paciente, se debe trabajar con la familia.

El tratamiento del dolor no debe ser exclusivo de fármacos para el dolor, deben existir otro tipo de tratamientos coadyuvantes, entre ellos, los psicológicos.

Dentro de las instituciones de salud que trabajan con la problemática oncológica deben desarrollarse programas especializados dirigidos a los familiares para entrenarlos en el manejo de este tipo de problemáticas.

Desarrollar programas de entrenamiento a los profesionales de la salud para un mejor manejo del dolor, puesto que desconocen las necesidades del paciente que lo padece y temen prescribir opioides.

Evaluar los mitos en los pacientes y en la familia acerca del uso de los analgésicos como opiodes por temor a la adición y preocupación a la tolerancia.

Diseñar protocolos de evaluación e intervención psicológicas del paciente con dolor y su familia.

Referencias bibliográficas

- Asociación Internacional para el Estudio del Dolor –IASP- (1979). *Manual oncológico*
- Brannon, L., y Feist, J. (2001). *Psicología de la salud*. España: Paraninfo.
- Die, A., y Llombart, M (1997). *Manual de Oncológica Básica*. Asociación Española Contra el Cáncer. Ministerio de Sanidad y Consumo. España-
- Emilio, A. (1999) www.anaesthiaweb.ens.uabc.mx/algologia/dolor_paciente-oncologico/htm
- Herrera, A. (2000). *Manual de Oncología*. (1ª edición). México: Mc Graw Hill
- Hunis, A., Levin, M., Turek, A. (1997). Revista tumor Dolor Oncológico. En red: www.coba.org volumen 8, p 33-35, junio 1 de 2003
- Holland, J.C (1998). *Psycho-oncology*, Ed. Oxord. University. Press
- Infante, M., y Ojeda,P. (1998). *Manejo del dolor por parte de la familia de la mujer con cáncer cérvico uterino*. Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Jacox, A (1995). *Manejo de dolor por cáncer*. Ministerio de salud fondo nacional de estupefacientes; Santa fe de bogota.

Reeve, J. (1994). *Motivación y Emoción*. Editorial Mc Graw Hill. España.

Rodríguez, H (1995), *Familias de Pacientes Oncológicos aspectos psicoterapéuticos y religiosos*. Primera edición. Bogota Colombia.

Stephen, P. (2001). *Aspectos psicosociales de los pacientes con cáncer*. España, ed. Unamo

www.Secpal.com/revista/resumen_ponencias/resumen_ponencias_63.htm

www.nolver.com/articulos/articulo9.doc Dra Vargas Grisel 2002

Anexos

LISTA DE ANEXOS

Programa para el manejo de las reacciones emocionales de la familia frente al dolor del paciente oncológico en fase terminal..... 1

Cartilla manejo de las reacciones emocionales de la familia frente al dolor del paciente oncológico en fase terminal 2

