



El rol del psicólogo en los cuidados paliativos del paciente oncológico.

Maria Camila Atehortua Arbeláez

Psicología, facultad de Ciencias Humanas y Sociales, Corporación Universitaria Minuto de Dios

Rectoría Antioquia y Chocó

Sede Bello (Antioquia)

Programa Psicología

abril de 2022

Rol del psicólogo en los cuidados paliativos del paciente oncológico.

Maria Camila Atehortúa Arbeláez

Trabajo de Grado presentado como requisito para optar al título de Psicólogo

Asesor(a)

PhD (c) Leidy Alejandra Sánchez Ceballos

Corporación Universitaria Minuto de Dios

Rectoría Antioquia y Chocó

Sede Bello (Antioquia)

Programa Psicología

abril de 2022

Dedicatoria

Principalmente, quiero dedicar este trabajo de investigación a mi familia, quienes desde su entrega y sacrificio, permitieron que el sueño de ser psicóloga que me acompaña desde cortos años de vida, hoy en día pueda hacerse realidad.

A mí misma, por ser una persona que siempre se ha caracterizado por su entrega, perseverancia, y resiliencia; que, desde sus capacidades y conocimientos, logró sacar adelante uno de sus más grandes sueños, siendo inmensamente feliz.

“Mantente fiel a ti mismo, mantente siempre abierto para aprender.

Trabaja duro, y nunca renuncies a tus sueños, incluso cuando nadie más crea que pueden hacerse realidad.

- Pikip Sweet.

Agradecimientos

Nuevamente, considero pertinente mencionar al centro de mi vida, mi familia, quienes han apoyado todos y cada uno de mis ideales hasta el día de hoy.

A mis compañeras de universidad, Sarita, Anlly y Laura Maria; quienes desde que tengo memoria, me han acompañado en este sueño compartido, que a pesar de los obstáculos que hemos atravesado, hemos logrado salir victoriosas de uno de los más grandes retos que hemos asumido en nuestras vidas.

A la docente Leidy Alejandra Sánchez Ceballos, por su acompañamiento durante la realización de este trabajo, que desde su amplio conocimiento aportó lo suficiente para culminar esta investigación.

Al docente Carlos José Escobar Vargas, por su acompañamiento desinteresado en este proceso, su inmenso conocimiento, y sus enseñanzas.

Tabla de contenido

1	Resumen	8
2	Abstract	9
3	Introducción	10
4	Planteamiento del problema	11
5	Justificación	13
6	Estado del arte	15
7	Referente teórico	21
7.1	Psicología de la salud	21
7.2	Rol del psicólogo clínico y desde la psicología de la salud.....	23
7.3	Cuidados paliativos	25
7.4	El paciente oncológico	28
8	Objetivos	30
8.1	Objetivo General	30
8.2	Objetivos específicos	30
9	Diseño metodológico	30
9.1	Técnica de recolección de información	30
9.2	Enfoque	31
9.3	Método	31
9.4	Población.....	32
9.5	Análisis de la información	32
9.6	Procedimiento.....	32
9.6.1	Elaboración de matriz	32
9.6.2	Trabajo de campo	33
9.6.3	Trascripción de entrevistas	33
9.6.4	Elaboración de resultados.....	33
10	Consideraciones éticas	33
10.1	Ley 10 de 1990, investigación con seres humanos.....	33
10.2	Sobre el consentimiento informado	35
10.3	Código Deontológico del psicólogo.....	36
11	Resultados	37

11.1	Matriz Categorical.....	37
11.2	Intervención primaria en cuidados paliativos.....	37
11.2.1	Atención y/o acompañamiento al paciente oncológico	37
11.2.2	La empatía como característica principal de la intervención	38
11.2.3	Requisitos y/o condiciones para recibir la intervención.....	39
11.2.4	Contención emocional como principal beneficio de la intervención	40
11.3	Labor del psicólogo en cuidados paliativos	41
11.3.1	Funciones del psicólogo en cuidados paliativos	41
11.3.2	Acompañamiento a red de apoyo.....	42
11.3.3	La escucha como principal habilidad del psicólogo en cuidados paliativos	43
11.3.4	Enfoque humanista-existencial y cognitivo conductual como los más utilizados en la intervención.....	44
11.4	Experiencia en la intervención.....	45
11.4.1	Acompañamiento del sufrimiento del paciente	45
11.4.2	Expectativas en la intervención de los pacientes	46
11.4.3	El amor, sentimiento que se hace presente en el psicólogo	47
11.4.4	Cambios en la vida del psicólogo atribuidos a la intervención con los pacientes oncológicos ..	48
11.4.5	Experiencias significativas recordadas a partir de la intervención	49
12	Discusión.....	52
13	Conclusiones.....	53
14	Referencias	55

Lista de anexos

15	Anexos.....	60
15.5	Anexo A. Guion entrevista a profundidad.	60

1 Resumen

Este proyecto de investigación tiene como objetivo describir el rol del psicólogo en los cuidados paliativos del paciente oncológico. La metodología se fundamenta a partir un enfoque cualitativo, de diseño fenomenológico, a partir de entrevistas a profundidad. Los resultados de la investigación permiten conocer de manera detallada la intervención, la labor y la experiencia de cada una de las participantes; rescatando aspectos como: las limitaciones que pueden encontrar en la intervención gracias a los lugares donde desarrollan sus labores, que van directamente ligadas a las características que deben cumplir los pacientes para recibir acompañamiento, las funciones que desarrollan en la intervención de los pacientes y sus familias; y la experiencia personal de cada participante a partir de la labor realizada con los pacientes, donde el psicólogo puede verse más allá del punto de vista profesional, encontrando en él la sensibilidad que caracteriza al ser humano.

Palabras clave: Rol del psicólogo, cuidados paliativos, paciente oncológico.

2 Abstract

This research project aims to describe the role of the psychologist in the palliative care of oncology patients. The methodology is based on a qualitative approach, with a phenomenological design, based on in-depth interviews. The results of the research allow to know in detail the intervention, the work and the experience of each of the participants; rescuing aspects such as: the limitations that can be found in the intervention thanks to the places where they develop their work, which are directly linked to the characteristics that patients must meet to receive accompaniment, the functions they develop in the intervention of patients and their families; and the personal experience of each participant from the work done with patients, where the psychologist can be seen beyond the professional point of view, finding the sensitivity that characterizes the human being.

Keywords: Role of the psychologist, palliative care, oncology patient.

3 Introducción

Este trabajo de investigación, está enfocado al tema de los cuidados paliativos desde la labor del profesional en psicología, que se encarga del acompañamiento a pacientes que padecen enfermedad crónica, avanzada, o terminal, y requieren un acompañamiento que les permita mejorar su calidad de vida, sea desde el punto de vista físico o emocional.

La idea de realizar esta investigación acerca de dicho tema, nace a partir de un interés personal de conocer la perspectiva del acompañamiento y la intervención al paciente oncológico, desde el punto de vista del psicólogo, ya que, luego de indagar exhaustivamente en bases de datos, se encuentra un gran vacío frente a estos temas, debido a que las investigaciones siempre están enfocadas del lado del paciente y de sus familias.

Por otro lado, los resultados que se encontraran en este trabajo, fueron realizados gracias a la colaboración de 4 psicólogas que laboran en establecimientos que incluyen en sus servicios programa de cuidados paliativos, que, de forma voluntaria, participaron en entrevistas a profundidad, donde debían responder preguntas relacionadas con su labor.

A continuación, se van a encontrar información teórica que permite ponerse en contexto referente a psicología de la salud, cuidados paliativos y pacientes oncológicos; igualmente, conocer acerca del acompañamiento, la labor, y la experiencia personal de las participantes.

4 Planteamiento del problema

El cáncer es una de las principales causas de muerte en el mundo, Según la (Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021) al año 2020, fallecieron aproximadamente 10 millones de personas, entre las más comunes se encuentran por cáncer de mama, cáncer pulmonar y cáncer colorrectal.

Gracias a esta información, se deduce que, al padecer cáncer terminal, es inminente que la muerte llegará en cualquier momento, sin embargo, se opta por llevar un proceso con cada paciente que haga más llevadera su enfermedad, de este hace parte los cuidados paliativos ofrecidos por diversos profesionales del área de la salud, entre ellos, el psicólogo que brinda los cuidados paliativos, que “se centra en la evaluación del bienestar, dolor y sufrimiento como consecuencia de la situación en la que se encuentra, además de síntomas psicopatológicos como ansiedad, miedo ante la muerte, depresión, o pérdida de control de la situación” (Ortega y López, 2005, p. 153-154).

Por otro lado, con respecto a la normativa, se encuentra la ley 733 que lleva consigo el nombre de “Consuelo Devis Saavedra” del 14 de septiembre de 2014, en el artículo 5, con título “Derechos de los pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas, e irreversibles de alto impacto en la calidad de la vida” (Ley 1733 de 2014). A partir de esta ley, se plantea que el paciente que padezca una de las enfermedades anteriormente mencionadas, tiene derecho a recibir cuidados paliativos.

Luego de realizar una búsqueda detallada en bases de datos acerca del psicólogo en cuidados paliativos, se encuentra información relevante principalmente en países como México y España, a pesar de esto, se afirma que aún la atención no es generalizada, y pocas personas tienen acceso a ella.

En Colombia específicamente, se encuentra muy poca información sobre estudios realizados sobre cuidados paliativos, información confirmada por Marisol Vásquez Villa, psicóloga especialista en cuidados paliativos, ya que a partir de la especialización realizada y la profundización que ha hecho en cuidados paliativos, considera que “es muy poca la información que se encuentra en cuanto a Colombia,

la mayoría de los teóricos que han tenido la oportunidad de estudiar sobre el tema son de otros países, y [y los que son colombianos], han realizado sus estudios en el exterior” (M. Vásquez, comunicación personal, 24 de agosto de 2021).

En cuanto a Medellín, según la página clinicayhospitales.com.co luego de aplicar los filtros “Dolor y Cuidados paliativos – Sí Oncológico” y “Medellín, Antioquia”, el resultado que arroja para el segundo semestre del año 2021 es que en Medellín hay 22 lugares que ofrecen cuidados paliativos, entre los cuales están clínicas, torres médicas y consultorios, siendo 21 privados y uno solo mixto, de esto se supone que, las personas que tienen acceso a recibir cuidados paliativos, son quienes pertenezcan al sistema de salud, gracias a que estas entidades privadas funcionan por medio de convenios con entidades promotoras de salud (EPS).

Luego de reunir toda la información brindada anteriormente, se considera pertinente en esta investigación centrarse en la experiencia del psicólogo, con el objetivo de conocer de cerca la intervención que realiza en el proceso del final de la vida del paciente, desde el acompañamiento a partir del diagnóstico de la enfermedad hasta la muerte, y cuáles son los obstáculos que puede encontrarse en el proceso, ya que “Si bien están definidas las labores del psicólogo en cuidados paliativos, se desconocen cuáles son las experiencias, los problemas y obstáculos que éstos encuentran al desarrollar su labor” (Fernández et al., 2013). Estos objetivos se resolverán con la ayuda de 4 psicólogas clínicas del área de la salud con experiencia en cuidados paliativos brindados a pacientes oncológicos en estado terminal, entre ellas, Juliana Casas Toro, Psico Oncóloga de la entidad privada MediCáncer, donde asegura que “es muy importante contar con un espacio donde el paciente pueda abordar su intranquilidad. Sin embargo, es muy pobre el acompañamiento que se realiza con los pacientes, ya que pocas entidades cuentan con psicólogos que tengan el conocimiento suficiente para brindar los cuidados paliativos” (J. Casas, comunicación personal, 7 de septiembre de 2021).

5 Justificación

La cantidad de personas que son diagnosticadas con padecimiento de cáncer de tipo terminal es exorbitante, por ello, es inminente que haya una alteración emocional significativa, no solo por parte del paciente, sino también de su familia; gracias a que cuando se recibe un diagnóstico de cáncer, el primer pensamiento que se aborda es la muerte, según esto, Acinas y Antón (2012) plantean que “cuando aparece una enfermedad en la familia se produce un gran impacto a varios niveles: personal, familiar, laboral, cultural, espiritual” (p. 184). Por lo tanto, se encuentra la necesidad de que los pacientes reciban soporte emocional proveniente de un profesional especializado en este campo, como lo es el psicólogo en los cuidados paliativos, con el objetivo de mejorar su calidad de vida y encontrar un bienestar para el paciente y su familia.

Los cuidados paliativos hacen parte de la psicología de la salud, una especialidad de la psicología que puede entenderse según Oblitas (2008) como la especialización dentro de la psicología que se encarga no solo de la salud física, comprende también a la salud mental cuando ésta afecta al bienestar físico de las personas.

A partir de lo mencionado anteriormente, se pretende dar a conocer la contribución que tiene el psicólogo que labora en cuidados paliativos al área de la salud, gracias al vacío que hay frente a la psicología de la salud, ya que no es una especialidad muy abordada, y gracias a esto, los cuidados paliativos regularmente no son tomados como un área de interés en los psicólogos.

En consecuencia, se quiere comprender de manera detallada el rol que cumple el psicólogo en los cuidados paliativos de los pacientes oncológicos, con el propósito de conocer la intervención que realiza en este campo y qué contribuciones hace al proceso del paciente y de la familia en su fase terminal. Lo anterior se logrará por medio de un estudio de caso realizado con 4

psicólogas clínicas del área de la salud con experiencia en intervención a pacientes con cáncer en estado terminal y por medio de una serie de entrevistas a profundidad.

El rol del psicólogo en los cuidados paliativos del paciente oncológico es un tema que resulta de gran importancia ya que la intervención del psicólogo es decisiva en el impacto que tiene la enfermedad no solo en el paciente, sino también en su red de apoyo, por lo cual se busca conocer de manera detallada los tipos de intervención que aplica, ya que gracias al poco interés que se le da en muchas ocasiones a la salud mental, las personas no tienen conocimiento sobre la posibilidad que tienen de recibir cuidados que contribuyan a su bienestar, o les ofrecen los cuidados por medio de otros profesionales que hacen la tarea del psicólogo.

La presente investigación surge del interés de entender los cuidados paliativos desde el punto de vista del profesional, ya que luego de indagar en bases de datos, se encuentran diversos estudios enfocados primordialmente en el paciente y su familia, y, por el contrario, muy pocos estudios enfocados en el papel que cumple el psicólogo, donde se conocerá el aporte que tiene en la vida del paciente y de su familia, y todos los aspectos relevantes que se encuentra en el camino, desde el inicio del proceso con el paciente y la intervención a la familia, hasta qué factores personales pueden influir en su labor.

A partir de lo anterior, con esta investigación se abre la posibilidad de generar estrategias en el cuidado de pacientes terminales a partir de la recolección de experiencias de profesionales, que desde su quehacer aportan significativamente al campo de la salud mental, ya que son muchas las personas que a partir de su diagnóstico requieren ayuda para mejorar su calidad de vida, y en muy pocas ocasiones tienen la posibilidad de recibirla.

Esas experiencias no son sistematizadas y se quedan dentro de las clínicas, en la relación paciente-familia-psicólogo. No trasciende al campo científico y a la producción de nuevos saberes que

aporten al campo de la psicología de la salud, que hasta el día de hoy no tiene la importancia que merece.

6 Estado del arte

A continuación, se encontrarán las investigaciones halladas que plantearon la intervención del psicólogo en los cuidados paliativos en diferentes países del mundo desde diversas perspectivas, entre ellas el abordaje, las experiencias, los obstáculos, y la percepción que tiene el paciente del psicólogo.

En la búsqueda de información se utilizaron las bases de datos Dialnet Plus, ResearchGate, Redalyc, SciELO, ProQuest, bases de datos institucionales y Google Académico. En cada una de ellas, los temas de búsqueda fueron: Psicología y cuidados paliativos, rol del psicólogo en los cuidados paliativos del paciente oncológico, intervención del psicólogo en cuidados paliativos, psicología de la salud.

Para comenzar, Acinas et al. (2012) realizaron un trabajo desde el punto de vista médico-psicológico, en el cual se evaluó el proceso de una paciente con carcinoma seroso papilar primario extra ovárico con el objetivo de controlar sus síntomas físicos y psicológicos, utilizando como metodología la intervención diaria de la paciente y su familia desde el ingreso a la clínica hasta el momento del fallecimiento, encontrando que gracias a la intervención realizada se minimizó la ansiedad, la paciente mejoró la comunicación con su familia trayendo con esto la disminución de la preocupación por el futuro y la adaptación progresiva a la llegada del fin de la vida.

En esta misma línea, en el estudio de revisión “Intervención psicológica en cuidados paliativos: revisión y perspectivas” (Ortega y López, 2005) se profundizó acerca de la visión general de las unidades de cuidados paliativos, se encuentra también las características primordiales con las que debe contar el profesional para llevar a cabo los cuidados, entre ellas se encuentra la empatía, la escucha, adaptación a las necesidades del enfermo, etc. A partir de lo anteriormente mencionado se concluye que, según el

estado del paciente el profesional plantea objetivos generales de intervención, buscando lograr el confort y bienestar para él y su familia.

Continuando con la intervención, se encontró un análisis de los servicios prestados de intervención psicológica en cuidados paliativos específicamente en España, con el objetivo de conocer las funciones del psicólogo en el equipo de cuidados paliativos. A partir de esto, se realizó un estudio descriptivo por medio de recolección de datos en 201 lugares que tienen equipo de cuidados paliativos, encontrando que, el rol principal va dedicado a la atención psicológica a enfermos y sus familiares, esta implica plantear objetivos, llevar a cabo la intervención y llevar un seguimiento con los demás profesionales del área de la salud que hagan parte del equipo de cuidados paliativos. (Rocafort et al., 2008).

A partir del estudio “proceso de atención psicológica en el programa de atención y cuidados en oncología del instituto nacional de cancerología” (Ascencio et al., 2013) con el fin de describir las técnicas de intervenciones más empleadas por el psicólogo, se realizó un estudio trasversal descriptivo en el programa de atención y cuidados en oncología del Instituto Nacional de Cancerología, con una muestra total de 5.588 pacientes entre ellos con cáncer de mama, estómago y cervicouterino. Se encontró que los abordajes psicológicos más utilizados fueron la terapia de apoyo y la entrevista inicial, y las técnicas de intervención más utilizadas fueron la psi coeducación, la expresión emocional, la validación, la contención emocional, y la solución de problemas.

En el artículo “El sufrimiento existencial en el paciente oncológico en estado avanzado: Dimensiones y ejes vertebradores para la dimensión psicológica” García y Hernández (2018) plantean una serie de ejes importantes en la intervención terapéutica del paciente terminal, con el fin de que el paciente comprenda que, a pesar de la situación, la vida aún tiene sentido, sumando experiencias emocionales positivas que promuevan el bienestar y la calidad de vida, buscando que el afrontamiento de la enfermedad sea menos complicado.

En el trabajo llevado a cabo por Soler y Barreto (2003) titulado “Psicología y fin de vida”, que tiene como objetivo mostrar las estrategias y herramientas de intervención implementados por el psicólogo, se llega a la conclusión de la gran importancia que tiene el psicólogo en el proceso del fin de la vida del paciente, ya que gracias a la intervención se logrará llegar a un estado de bienestar no solo para el paciente sino también para su familia. Se sugiere el *Counselling* como una intervención adecuada a la situación, gracias a que se basa fundamentalmente en técnicas de auto control y en estrategias de solución de problemas.

En esta misma línea, se encuentra el artículo “eficacia de los cuidados paliativos en el alivio del sufrimiento” donde su objetivo es evaluar por medio de una escala de sufrimiento si la atención brindada desde los cuidados paliativos es eficaz, contando con una muestra total de 25 pacientes, donde los criterios de inclusión fueron diagnóstico de enfermedad avanzada, ausencia de trastorno cognitivo y conocimiento previo del diagnóstico. Según los resultados de la escala de sufrimiento, se concluyó que luego de iniciar la atención de cuidados paliativos la percepción del sufrimiento disminuyó, considerablemente ya que no se registraron pacientes con sufrimiento máximo, y hubo un aumento de los pacientes que expresaban ya no sentir sufrimiento. (Atueno y Silberberg, 2018).

Por otro lado, en el estudio descriptivo titulado “¿qué es para usted un psicólogo? responden enfermos y cuidadores principales” Ibáñez et al. (2012) buscan conocer de manera detallada la perspectiva que tiene el paciente sobre el rol del psicólogo y las funciones que asume. Por medio de un estudio transversal, en el cual realizaron entrevistas voluntarias a 84 pacientes y 698 cuidadores, todos ellos atendidos en el Hospital Virgen de la Poveda en Madrid, se encontró que el 73,81% de los enfermos conocen al menos una de las funciones que cumple el psicólogo, y el 98% manifestaron haber recibido una ayuda real por parte del profesional. En el caso de los cuidadores principales, un 76,47% conoce al menos una de las funciones del psicólogo, y el 100% manifestaron haber recibido una ayuda real por parte del profesional.

Dentro de este contexto, el artículo “psicooncología: abordaje emocional en oncología” se da a conocer la importancia de contar con un psicooncólogo en el equipo de acompañamiento del fin de la vida del paciente terminal, ya que es el encargado del manejo integral del paciente y de su familia. Gracias a esto, se concluye que es necesario que haya un psicólogo en el equipo multidisciplinar, dado que se debe trabajar la asimilación que se le da a desestabilidad que experimenta el paciente y su familia en el proceso de la enfermedad, buscando que haya un afrontamiento de problemas y aceptación de la enfermedad. (Scharf, 2005)

Luego de indagar en las intervenciones que el psicólogo realiza con los pacientes que se encuentran en estado terminal y conocer la perspectiva que tienen los pacientes del terapeuta gracias a los cuidados brindados para mejorar su calidad de vida, es importante hablar de los obstáculos y retos encontrados por el profesional en el proceso. Gracias a esto, la investigación “Experiencias y obstáculos de los psicólogos en el acompañamiento de los procesos de fin de vida” busca dar a conocer los obstáculos y experiencias que encuentra el psicólogo en estos casos. Para dar respuesta a este objetivo, se llevó a cabo un estudio fenomenológico en el cual se realizaron entrevistas a profundidad a 15 psicólogos que laboraban en cuidados paliativos de manera privada en la provincia de Granada/España. Los resultados mostraron una diversa cantidad de experiencias en la intervención, teniendo como principal problemática, cómo las emociones del psicólogo pueden influir en la intervención y proponiendo como solución una formación para superar los obstáculos que puedan presentarse en el momento del contacto del profesional con el paciente y su familia. (Fernández-Alcántara et al., 2013)

En esta misma línea, se encuentra el artículo “análisis situacional de los psicólogos de cuidados paliativos” donde por medio de un estudio prospectivo se buscó conocer el análisis situacional de 49 psicólogos que prestan su servicio en atención médica en México, se realizaron un total de 49 encuestas de análisis de frecuencia y porcentajes, donde el resultado fue que la gran mayoría de

ellos eran de instituciones pertenecientes al servicio público de segundo nivel de atención, cuentan con prestaciones de seguridad social y trabajan un total de 8 horas diarias. (Ascencio 2020).

Por otro lado, se encuentra el artículo de investigación “determinantes sociales de salud, sobrecarga familiar y calidad de vida de cuidadores familiares de pacientes oncológicos en cuidados paliativos” donde Toffoleto y Reynaldos (2018) buscan determinar cuáles son los factores que explican la calidad de vida de cuidadores de pacientes con cáncer que reciben cuidados paliativos. Esta investigación se llevó a cabo por medio de un estudio analítico – transversal con una muestra total de 212 cuidadores, la variable de calidad de vida fue medida con la escala Short Form Healthy Survey y para el análisis descriptivo se utilizaron desviaciones estándar. En los resultados se encontró que los mejores niveles correspondieron a la función física con 86.9 puntos, mientras que la función social un total de 51,4, y cuando se trata de salud física y mental, se observa que hay una afectación significativa en el género femenino muy por encima del género masculino.

Con el fin de conocer la cantidad de información que se encuentra en bases de datos acerca de los enfoques bioéticos en los cuidados paliativos de paciente con cáncer de mama avanzado, Fernández et al. (2014) revisaron los artículos publicados entre 2008 y 2011, con palabras claves para la búsqueda como “cáncer de mama”, “atención primaria de la salud”, “cuidados paliativos” etc., llegando a reconocer que hay una insuficiencia en el desarrollo del pensamiento bioético particularmente en la atención primaria de la salud, incluyendo la inclusión del enfoque bioético en los cuidados paliativos de los pacientes con cáncer de mama avanzado.

Por la misma línea, a nivel metodológico, se encuentra en bases de datos el trabajo de Cesaro (2018), el cual realizó una revisión del término “esperanza” en pacientes oncológicos con cuidados paliativos, donde por medio de una revisión sistemática estudia la esperanza a través del método Sandelowski, siguiendo los pasos de búsqueda, evaluación de artículos, clasificación y síntesis de resultados. Se encontraron un total de 31 artículos, en los cuales se concluye

que la esperanza es de suma importancia para la adaptación de la enfermedad, ya que es una de las bases para la muerte digna, algunos términos asociados que pueden tener relación directa son relaciones interpersonales, calidad de vida y espiritualidad.

Por otro lado, se encuentra el artículo de investigación de Busso y León Sanz (2016) titulado “Investigación con pacientes en cuidados paliativos: dilemas éticos y percepción pública sobre su vulnerabilidad”, con el objetivo de contestar diversas preguntas, entre ellas, “¿Cuál es la percepción de vulnerabilidad de personas de distinto sexo, edad, nivel educativo y pertenencia laboral sobre las personas en cuidados paliativos a los fines de su inclusión como sujetos de investigación?” por medio de una encuesta de 10 preguntas enviada por correo electrónico a 200 personas, con resultados como que el 82% de las personas consideró ético realizar investigación con personas al final de su vida si se toman las precauciones necesarias, porque es la única manera de obtener información útil para el mejor cuidado de personas con enfermedades llamadas terminales. Del 18% que contestó que no lo consideraba ético, la mayoría (12%) pensaba que son personas extremadamente vulnerables y deben estar en su casa, con sus familias.

Para finalizar, el artículo “la escucha: elemento fundamental en la atención espiritual del cuidado paliativo” tiene el objetivo de profundizar en la importancia de la dimensión espiritual aplicada a los cuidados paliativos, gracias a que los enfermos en estado terminal empiezan a cuestionar el sentido de su vida y manifiestan inquietudes con el sentido de su existencia, por ello, se hace prioritario que los profesionales de la salud no solo sean capaces de hacer un diagnóstico fisiopatológico, sino que entiendan también la enfermedad toca las dimensiones espirituales de los pacientes, buscando tener como resultado una atención integral que involucre todas las esferas de la persona. (Rosas Jiménez y Díaz-Díaz, 2017).

En conclusión, después de revisar los artículos disponibles en bases de datos que están sumados a este estado del arte, se ha encontrado que hay mucha información enfocada en la percepción que

tiene tanto el paciente como su familia de su enfermedad, la atención que recibe y los resultados que obtiene de ella, pero se encuentra muy poca información referente al rol detallado del psicólogo.

7 Referente teórico

7.1 Psicología de la salud

Desde el nacimiento de la psicología de la salud, se han adecuado diversos significados, entre ellos se considera pertinente mencionar que, se encuentran conceptos muy generales, donde se incluyen sus funciones y el trabajo del psicólogo en el campo. Por la misma línea, en la definición dada por Morales (1999) se menciona que:

es la rama aplicada de la psicología que se dedica al estudio de los componentes subjetivos y de comportamiento del proceso salud-enfermedad y de la atención de la salud. Consecuentemente, a la psicología de la salud le interesa el estudio de aquellos procesos psicológicos que participan en la determinación del estado de salud, en el riesgo de enfermar, en la condición de enfermedad y en la recuperación, así como las circunstancias interpersonales que se ponen de manifiesto en la prestación de los servicios de salud, lo que se expresa en el plano práctico en un amplio modelo de actividad que incluye acciones útiles para la promoción de salud, la prevención de las enfermedades, la atención de los enfermos y personas con secuelas, y para la adecuación de los servicios de salud a las necesidades de los que los reciben. (p. 88)

En efecto, el paciente en estado terminal requiere un acompañamiento médico que busque un tratamiento para su enfermedad, sin embargo, no solo busca un bienestar físico, sino que se debe encontrar un balance entre la salud física y la salud mental, ya que, el efecto que tiene la salud mental en la vida diaria de las personas, en este caso, de los pacientes en estado terminal, es un factor importante en el momento de hacer frente a una enfermedad avanzada.

En este caso, se considera pertinente mencionar también, la definición de “salud mental”, ya que es un factor de gran importancia frente al tema de investigación. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) el concepto de salud es definido como un estado de completo bienestar físico, mental y social, también es importante mencionar que, cuando se habla de salud mental, no solo se trata de una ausencia de trastornos mentales, sino también una parte importante de la salud en general, ya que sin salud física no hay existencia de salud mental. También es importante, saber que la salud mental puede estar determinada por factores socioeconómicos, biológicos y medio- ambientales, que son abordados por medio de estrategias e intervenciones eficaces para el restablecimiento de la salud mental. A partir de lo mencionado, se deduce que “bienestar” es un sinónimo de salud, gracias a esto es pertinente mencionar que, según la Real Academia Española (RAE, s.f) el bienestar es un “estado de la persona en el que se le hace sensible el buen funcionamiento de su actividad somática y psíquica”.

Es importante destacar, los objetivos principales que tiene la psicología de la salud, desde la medicina, la prevención es uno de los principales. se ha dividido en cuatro niveles, los cuales se mencionarán a continuación.

Prevención primaria, este tipo de intervención está centrada en psicoeducar sobre la prevención de enfermedades, buscando modificar contextos ambientales y sociales, así como evaluar qué aspectos conductuales pueden afectar a la salud mental; este tipo de intervención por lo general se lleva a cabo en el ámbito comunitario. Prevención secundaria, se encarga de una intervención temprana, donde se busca tratar un trastorno que acaba de iniciarse o está a punto de hacerlo. Prevención terciaria o tratamiento, se refiere también a la intervención de un trastorno, se diferencia de la prevención secundaria en que a este punto el trastorno ya es diagnosticado como mayor. Por último, la prevención cuaternaria, que se lleva a cabo en tratamientos que ya han sido efectuados, buscando prevenir recaídas o posibles complicaciones.

En cuanto a lugares de intervención, se encuentran entre los más comunes equipos de atención primaria en centros de salud u hospitales, unidades de salud mental, unidades de neuropsicología, unidades de rehabilitación, hospitales psiquiátricos, centros geriátricos, unidades de dolor crónicos, unidades de cuidados paliativos y atención a enfermos terminales, etc. En conclusión, la psicología de la salud puede ser llevada a cabo en diferentes ámbitos y contextos, pero cabe aclarar que en los principales lugares donde se lleva a cabo es en centros de salud mental y hospitales, sin embargo, no siempre está reducida a estos contextos. (García-López et al., 2008).

En este punto, es importante mencionar el papel que tiene el psicólogo clínico desde la psicología de la salud, donde se busca llevar a cabo con los pacientes las acciones necesarias para conseguir el bienestar mental que buscan a pesar de su padecimiento físico.

7.2 Rol del psicólogo clínico y desde la psicología de la salud

“En el ámbito de la salud mental, la intervención del psicólogo clínico no es desde la perspectiva de enfermedad, curación, paliación de síntomas o todas, sino desde una visión más amplia del sujeto con biografía, red social, cultura y grupo social de referencia, con un medio que lo somete a un conjunto de exigencias” (Casado, 1998, como se citó en Sánchez, 2008, p.8)

Es necesario resaltar que, el profesional tiene a libre elección desde cuál corriente/escuela abordará al paciente, entre ellas pueden encontrarse la cognitiva conductual, humanista, psicoanalista, sistémica o Gestalt.

El psicólogo clínico trabaja desde tres funciones, la primera, la evaluación y el diagnóstico, donde se utilizan los medios necesarios para conocer la inteligencia u otras capacidades del individuo, puede realizarse por medio de tests o pruebas psicométricas, también indagar a profundidad por medio de una entrevista como herramienta diagnóstica, donde se pueda conocer si se encuentra una patología de base. La segunda es el tratamiento, donde el psicólogo puede abordar la problemática desde diversas

opciones de terapia, enfocada según la corriente con la cual el psicólogo se sienta más identificado, teniendo en cuenta que el psicólogo clínico tiene la capacidad de intervenir de manera individual como grupal, y la tercera, es la investigación, herramienta utilizada por muchos psicólogos que realizan estudios experimentales y que usan estadísticas (Consejo general de colegios oficiales de psicólogos, 2003).

Al respecto de las funciones del psicólogo clínico de la salud, el colegio oficial de psicólogos (1998) menciona que, la primera es la evaluación, donde se reúne la información con la que más tarde se llevará a cabo una intervención. El diagnóstico, donde se identifica y categoriza el problema concreto del paciente, para evaluar su severidad. El tratamiento, donde el psicólogo clínico de la salud efectúa tratamientos e intervenciones, los cuales pueden ser individuales o en grupos, basándose en una escuela psicológica de su preferencia para llevarlos a cabo. Por consiguiente, el asesoramiento, información y coordinación, el psicólogo debe asesorar al paciente cuando se deba elegir una alternativa de solución para determinado problema.

Sumado a lo anterior, la promoción de la salud/prevención de la enfermedad, donde la atención se centra en analizar las problemáticas que generan riesgos a la salud, así como la prevención de una enfermedad concreta. La investigación, donde realizan investigaciones por lo general con equipos médicos, por la relación directa que tiene la psicología de la salud con la medicina. La enseñanza, ya que la transmisión de conocimiento es importante para los profesionales que conforman las profesiones sanitarias. Por último, la dirección, administración y gestión, que está directamente relacionada con la gestión del sistema sanitario, en esta labor se debe coordinar y supervisar la atención primaria en situaciones hospitalarias. Sería ideal para esta tarea contar con un especialista en solución de problemas, interacción personal y relaciones humanas, con el fin de poner en práctica el modelo bio-psico-social de atención integral que implica intervención en casos de enfermedades crónicas, discapacidades, enfermedades terminales, etc. (García-López et al., 2008).

A partir de lo anteriormente mencionado, se concluye que la psicología de la salud es una de las ramas de la psicología, en la cual el papel del psicólogo de la salud va enfocado en brindar a los pacientes un acompañamiento donde se analiza el estado físico y emocional, evaluando la incidencia que ha tenido el padecimiento en el paciente, con el fin de psicoeducar buscando que prime por encima de todo, la calidad de vida que lleva el paciente.

Cabe aclarar que, por muchos años, se relacionó abiertamente la psicología clínica con la psicología de la salud, ya que las dos ramas se encargan de la intervención de pacientes con alteraciones emocionales, pero, en el caso de la psicología de la salud, también interviene en la prevención de nuevas enfermedades y en la promoción de hábitos de salud sanos, aparte de esto, también tiene como objetivo investigar acerca de los factores que influyen e inciden en la enfermedad. A continuación, se hablará de una de las atenciones integrales brindadas por el psicólogo clínico de la salud, los cuidados paliativos.

7.3 Cuidados paliativos

Según la ley Consuelo Devis Saavedra (2014)

Los Cuidados Paliativos son los cuidados apropiados para el paciente con una enfermedad terminal, crónica, degenerativa e irreversible donde el control del dolor y otros síntomas, requieren además del apoyo médico, social, espiritual, psicológico y familiar, durante la enfermedad y el duelo. La atención paliativa afirma la vida y considera el morir como un proceso normal. (Ley Consuelo Devis

Saavedra, 2014, como se citó en ABCDÉ cuidados paliativos, 2018, p. 1)

El paciente a partir de ser diagnosticado con una enfermedad terminal, gracias a la predominancia que se le da a la salud física por encima de todo, se cree indiscutiblemente que las afecciones serán solo físicas, gracias a esto, la importancia que recibe la salud mental pasa a segundo plano, teniendo repercusiones a corto plazo no solo en el estado emocional del paciente, también en el

de su familia. Gracias a esto, surgió en Colombia la ley 1377 de 2014 titulada Consuelo Devis Saavedra, donde se busca mejorar la calidad de vida del paciente terminal y de sus familias, buscando mitigar el dolor y el sufrimiento. Los cuidados pueden ser brindados por diverso personal del área de la salud, sin embargo, esta investigación estará basada en el rol del psicólogo.

Como se mencionó anteriormente, los cuidados paliativos están destinados no solo a aliviar el dolor físico, sino también el dolor espiritual que padecen las personas en estado terminal, donde es muy importante tener en cuenta los factores psicológicos que tienen gran incidencia en la vida del paciente, gracias a que, por lo general, estos aspectos son deficientes al momento de abordar la enfermedad. Desde el punto de vista psicológico, es importante brindar al paciente información de importancia, como la preparación para hospitalización y efectos secundarios derivados del tratamiento asignado a cada paciente, teniendo en cuenta también a su entorno familiar y la adaptación que tenga el individuo a la enfermedad, aclarando que, la meta no es la curación de la enfermedad, sino tratar los síntomas, efectos secundarios y problemas psicológicos derivados, entre ellos el más importante, el dolor.

El dolor provocado por el cáncer se puede controlar de manera eficaz en la gran mayoría de pacientes que sufren este padecimiento, gracias a la cooperación eficaz del paciente, el entorno familiar y el equipo médico. (De la Garza Salazar y Juárez Sánchez, 2014).

Ahora bien, ¿Qué población puede recibir cuidados paliativos? La atención en cuidados paliativos es brindada a personas de cualquier edad, que padezcan de cáncer o cualquier enfermedad crónica que se considere incurable y se encuentre en situación avanzada o estado terminal, es pertinente mencionar que una enfermedad terminal tiene pronóstico de vida limitado, escasa posibilidad de respuesta a tratamientos específicos e intenso impacto a nivel emocional y familiar (ABCÉ en cuidados paliativos, 2018). En otras palabras, los cuidados paliativos serán brindados a todos los pacientes que inminentemente llegarán a la muerte gracias al padecimiento de una enfermedad

específica, que estén experimentando una grave pérdida en su calidad de vida y que ya haya tenido un diagnóstico por medio de un médico especializado.

Ahora bien, para que una enfermedad sea definida como terminal, debe cumplir con características comunes como: enfermedad incurable por los medios técnicos existentes, imposibilidad de respuesta a tratamientos específicos, presencia de síntomas múltiples y cambiantes que condicionan la estabilidad del paciente, esperanza de vida inferior a seis meses, e impacto emocional en el paciente, la familia y personas efectivamente relevantes en el ejercicio terapéutico. (Ortega Ruiz y López Ríos, 2005). Gracias a lo anteriormente mencionado, todo paciente que sea diagnosticado con enfermedad terminal, es apto para recibir cuidados paliativos.

Las acciones que hacen parte de la atención en cuidados paliativos, al ser Colombia un miembro de la Organización Mundial de la Salud, se acoge a las siguientes recomendaciones en cuanto a las acciones que hacen parte de la atención en cuidados paliativos.

- Aliviar el dolor y los síntomas angustiantes.
- Afirmar la vida y confirmar la muerte como un proceso normal.
- No acelerar ni atrasar la muerte.
- Integrar los aspectos psicológicos y espirituales del cuidado del paciente.
- Ofrecer un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta la muerte.
- Ofrecer un sistema de apoyo para ayudar a la familia a adaptarse durante la enfermedad del paciente y en su propio duelo.
- Utilizar un enfoque de equipo para responder a las necesidades de los pacientes y sus familias.
- Mejorar la calidad de vida y pueden también influir positivamente en el curso de la enfermedad.

- Poder brindar en una fase inicial de la enfermedad, otros tratamientos que pueden prolongar la vida, como la quimioterapia o la radioterapia, e incluir las investigaciones necesarias para comprender y manejar
- adecuadamente las complicaciones clínicas angustiosas (Organización mundial de la salud (OMS), como se citó en ABCÉ cuidados paliativos, 2018, p.3).

Gracias a las recomendaciones mencionadas, se evidencia la importancia de que un paciente en estado terminal reciba atención especializada que permita reafirmar que, a pesar de su condición, merece tener una vida digna acompañada de bienestar emocional para él y su familia. En este estudio, se abordará la enfermedad terminal desde el paciente oncológico.

7.4 El paciente oncológico

Diariamente se registran un número considerable de personas que son diagnosticadas con cáncer, gracias a esto es importante decir que esta enfermedad es un problema de primera magnitud a nivel mundial, siendo su tratamiento uno de los mayores campos de innovación y desarrollo en medicina, a pesar de esto, durante el año 2012 se registraron 14.1 millones de casos nuevos de cáncer, 8,2 millones equivalentes a muertes y un total de 32,6 millones de personas viven con esta enfermedad en el mundo. Es pertinente mencionar, que el lugar número uno en muertes pertenece al cáncer de pulmón, con un total de 1,59 de fallecimientos, por la misma línea, se encuentra el cáncer de mama como el segundo más prevalente y el más frecuente en mujeres, y el tercero, el cáncer colorrectal con una frecuencia que predomina en los hombres (Molina, 2016).

En cuanto a la actualidad, se estima que para el año 2020 aproximadamente 4 millones de personas fueron diagnosticadas con cáncer, y 1.4 millones de personas fallecieron gracias a la misma enfermedad, el 57% de los nuevos casos de cáncer, y el 47% de las muertes ocurren en personas menores de 69 años, donde hay una gran posibilidad de que estén atravesando las mejores etapas de su vida. Al centrarse en Colombia, el cáncer tiene una incidencia de 182 casos por cada 100.000 habitantes,

y una mortalidad cercana a 84 por cada 100.000 habitantes, frente a lo anterior, se encuentran 5 patologías que agrupan la mayor cantidad de incidencia en el país, estas son cáncer de próstata, cáncer de mama, cáncer de cuello uterino, cáncer de pulmón con predominancia en los hombres, y cáncer de colon y recto en hombres y mujeres (Ministerio de salud y protección social – república de Colombia [Minsalud], 2021).

Es importante mencionar que, “uno de los aspectos a considerar el factor comportamental, estimándose que un 70% de los factores de riesgo que favorecen la aparición de algún tipo de cáncer se relaciona con el estilo de vida de la persona y causas ambientales” (Amigo Vásquez, 2021, como se citó en Psicooncología, 2016, 49). Donde se ha evidenciado que las personas con un estilo de vida sedentario, consumidores de tabaco y alcohol, y la exposición solar a la luz del sol pueden ser más propensos desarrollar un tumor cancerígeno, ya que estos factores tienen relación directa no solo con la incidencia, sino también con la recurrencia de diversos tipos de cáncer, por ejemplo, la falta de actividad física se ha declarado como un predictor de mortalidad, ya que se ha relacionado directamente con un aumento considerable en los casos de cáncer de mama, además, es también la actividad física un factor protector frente al desarrollo del cáncer, ya que está directamente relacionado con estilos de vida saludables. (Deossa Restrepo et al, 2020).

Con el inicio de la enfermedad, vienen deterioros a nivel físico como emocional, ya que el paciente oncológico debe convivir con la realidad de encontrarse con cambios significativos en su vida, descubriendo que su funcionamiento físico no será el mismo, dado que en su proceso va a encontrarse con tratamientos o fármacos destinados a destruir las células cancerosas que abundan en su cuerpo, con efectos adversos como malestar general, náuseas y caída del cabello, todos estos efectos generando un impacto emocional de un grado considerable.

A partir de esto, es necesario que el paciente reciba atención psicológica que aborde todos los aspectos que están teniendo influencia en el deterioro de su calidad de vida, donde se ha evidenciado

eficacia en la intervención brindada por el psicólogo clínico de la salud, reduciendo la alteración y mejorando la adaptación a las nuevas situaciones, facilitando el paso por la enfermedad con un menor desgaste psicológico y contribuyendo a mayor recuperación a nivel físico, psicológico y social (Font Guiteras, 2003, como se citó en García-López et al., 2008).

8 Objetivos

8.1 Objetivo General

Describir el rol del psicólogo en los cuidados paliativos de pacientes oncológicos.

8.2 Objetivos específicos

- Identificar los componentes de la intervención primaria en cuidados paliativos.
- Indagar sobre la labor del psicólogo de la salud en los cuidados paliativos.
- Conocer la experiencia personal del psicólogo en la intervención a pacientes oncológicos.

9 Diseño metodológico

La metodología es el conjunto de procedimientos a seguir con la finalidad de lograr los objetivos de la información de forma válida y con una alta precisión (Balestrini 2000). En otras palabras, es el procedimiento por medio del cual se recolectarán los datos necesarios para lograr la sistematización de información recogida, con el fin de poder dar un análisis a los resultados.

9.1 Técnica de recolección de información

La técnica de recolección de datos elegida gracias a las necesidades de la investigación, será la entrevista a profundidad, realizadas a 4 profesionales con formación sobre el tema a tratar. Cuando hablamos de entrevista a profundidad, nos referimos a

una técnica para recopilar información sobre conocimientos, creencias, rituales, de una persona o sobre la vida de una sociedad, su cultura. Consiste en solicitar información sobre un tema determinado. Se caracteriza por una conversación personal larga, no

estructurada, en la que se persigue que el entrevistado exprese de forma libre sus opiniones, actitudes, o preferencias sobre el tema objeto estudio (Varguillas y Ribot de Flores, 2007, p. 250).

A partir de esto, se seleccionará una cantidad pertinente de preguntas relacionadas con el tema, donde se busca que las profesionales aborden el tema a tratar abiertamente, gracias a que, según la información recolectada se analizará de manera detallada con que elementos se construirá el desarrollo del trabajo de investigación postulado.

9.2 Enfoque

Dada la naturalidad del tema de dicha investigación, titulada “el rol del psicólogo en los cuidados paliativos del paciente oncológico.” se recurrió a un enfoque cualitativo, “que utiliza la recolección de datos y análisis de los datos para afinar las preguntas de investigación, o revelar nuevas interrogantes en el proceso de interpretación” (Sampieri, 2014, p. 7), lo anteriormente mencionado, gracias a la subjetividad que puede encontrarse en los resultados de dicho estudio, ya que se desea conocer la opinión y la perspectiva que el profesional tiene acerca del tema de investigación, y la información significativa que pueda aportar desde la experiencia que ha adquirido en sus años de trabajo.

A partir de esto, se procederá a realizar una investigación de alcance descriptivo, ya que “consiste en descifrar fenómenos, situaciones o contextos y sucesos; esto es, detallar como son y cómo se manifiestan” (Sampieri, 2014, p. 97). Debido a que se pretende recolectar información suficiente para detallar el fenómeno investigado, donde se busca que se describa de manera explícita los hechos y situaciones relacionados con el tema de investigación.

9.3 Método

El método de la investigación será de diseño fenomenológico, gracias a la capacidad que tiene de obtener la perspectiva de los participantes, donde se puede explorar, describir y comprender las experiencias del individuo frente a un fenómeno determinado, con el fin de conocer la experiencia

humana, los sentimientos, emociones, y percepciones que se pueden tener a cerca de un tema a investigar (Sampieri, 2014). A partir del diseño, se busca obtener la perspectiva que se tiene de las vivencias experimentadas en el campo de abordaje, con el objetivo de centrarse en entender el punto de vista de otra persona a parte del investigador.

9.4 Población

Cuatro (4) psicólogas clínicas del área de la salud con experiencia y formación en cuidados paliativos. Juliana Casas Toro, psicooncóloga de la entidad privada MediCancer; Ana Isabel Arango Benítez, psicóloga especialista en la psicología de los cuidados paliativos de la entidad Incodol (Instituto Colombiano del Dolor), Manuela Montoya Berrio, psicóloga en cuidados paliativos de la póliza SieSalud; y Elisa Hurtado, psicóloga del centro oncológico de Antioquia y estudiante de especialización en psicología de los cuidados paliativos.

9.5 Análisis de la información

El análisis de la información se realizará de acuerdo a una matriz elaborada en la herramienta Excel, donde se abordarán cada una de las categorías desarrolladas dentro del marco referencial, articulado con los objetivos específicos.

9.6 Procedimiento

Los pasos que se llevaron a cabo fueron los siguientes:

9.6.1 Elaboración de matriz

Se realizó una matriz en el programa Excel, que contiene la pregunta de investigación, objetivo general y objetivos específicos, categoría central, y subcategorías que incluyen cada una de ellas las preguntas que se realizarán en la entrevista a profundidad.

9.6.2 Trabajo de campo

Se llevaron a cabo encuentros por medio de la plataforma meet, cada uno de ellos con una duración aproximada de 60 minutos; la cantidad de encuentros fue definida a partir de la extensión del discurso de las participantes.

9.6.3 Transcripción de entrevistas

Posteriormente a la realización del trabajo de campo, se transcribió de forma literal el relato de cada una de las participantes, sin omitir ningún aspecto que fuese útil para la elaboración de los resultados.

9.6.4 Elaboración de resultados

A partir de las preguntas realizadas en la entrevista a profundidad, se asignaron subcategorías a cada pregunta, con el objetivo de poder elaborar los resultados de forma clara y adecuada.

10 Consideraciones éticas

En esta investigación, titulada “El rol del psicólogo en los cuidados paliativos del paciente oncológico”, tiene como propósito responder a la pregunta de investigación “¿Cuál es el rol del psicólogo en los cuidados paliativos del paciente oncológico?”, por medio de entrevistas a profundidad con 4 profesionales de la psicología de la salud, que de manera voluntaria participaron en el estudio. Para la cual se tendrán en cuenta las consideraciones éticas que se mencionan a continuación.

10.1 Ley 10 de 1990, investigación con seres humanos.

Según lo estipulado en la Constitución Política de Colombia 1991 en el capítulo I de los derechos fundamentales y la Resolución 8430 del Ministerio de Salud de Colombia (1993) en su Capítulo I: Estableciéndose como el principio fundamental sobre el que se ampara la presente investigación.

Se considera el Artículo 5. “En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar”.

También se considera el artículo 6, ya que investigación que se realice en seres humanos se deberá desarrollar conforme a los siguientes criterios:

- a. Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen.
- b. Se fundamentará en la experimentación previa realizada en animales, en laboratorios o en otros hechos científicos.
- c. Se realizará solo cuando el conocimiento que se pretende producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo.
- d. Deberá prevalecer la seguridad de los beneficiarios y expresar claramente los riesgos (mínimos), los cuales no deben, en ningún momento, contradecir el artículo 11 de esta resolución.
- e. Contará con el Consentimiento Informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal con las excepciones dispuestas en la presente resolución.
- f. Deberá ser realizada por profesionales con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano bajo la responsabilidad de una entidad de salud, supervisada por las autoridades de salud, siempre y cuando cuenten con los recursos humanos y materiales necesarios que garanticen el bienestar del sujeto de investigación.
- g. Se llevará a cabo cuando se obtenga la autorización: del representante legal de la institución investigadora y de la institución donde se realice la investigación; el Consentimiento Informado de los participantes; y la aprobación del proyecto por parte del Comité de Ética en Investigación de la institución (p.2).

Así mismo se considera el Artículo 8 que dicta: “En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo, sujeto de investigación, identificándose sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice” (p. 2)

10.2 Sobre el consentimiento informado

A partir de esto, se considera necesario profundizar en el aspecto de consentimiento informado; según el artículo 14 de la misma resolución, donde se menciona que, “Se entiende por Consentimiento Informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o en su caso, su representante legal, autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos, beneficios y riesgos a que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna” (p.4). también, el artículo 15, que considera los criterios necesarios que debe incluir el consentimiento informado, entre los cuales se encuentran:

- a. La justificación y los objetivos de la investigación.
- b. Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito incluyendo la identificación de aquellos que son experimentales.
- c. Las molestias o los riesgos esperados.
- d. Los beneficios que puedan obtenerse.
- e. Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto.
- f. La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto.
- g. La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio sin que por ello se creen perjuicios para continuar su cuidado y tratamiento.
- h. La seguridad que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad.
- i. El compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio, aunque ésta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando.

10.3 Código Deontológico del psicólogo

De igual manera, se recurre al código deontológico del psicólogo, correspondiente a la Ley 1090 del 2006, promovido por el Colegio Colombiano de Psicólogos (2009) que establece lo siguiente en su

Artículo 2:

“El psicólogo aborda la investigación respetando la dignidad y el bienestar de las personas que participan y con pleno conocimiento de las normas legales y de los estándares profesionales que regulan la conducta de la investigación con participantes humanos”

(p. 26). Y lo establecido en el Artículo 50 del Capítulo VII de este mismo código, a saber:

“Los profesionales de la psicología al planear o llevar a cabo investigaciones científicas, deberán basarse en principios éticos de respeto y dignidad, lo mismo que salvaguardar el bienestar y los derechos de los participantes” (p. 44).

11 Resultados

A continuación, se describen los resultados obtenidos a través de las entrevistas realizadas a las participantes. Igualmente, se incluye la matriz categorial, la cual fue la base para la sistematización y análisis de la información recolectada para la elaboración de los resultados.

Objetivo	Objetivos Específicos	Categoría	Subcategorías	Guía entrevista
Objetivo General: Describir el rol del psicólogo en los cuidados paliativos de pacientes oncológicos.	1. Identificar los componentes de la intervención primaria en cuidados paliativos	Intervención primaria en cuidados paliativos	Atención y/o acompañamiento al paciente oncológico	1. ¿Para usted, en que consiste la intervención primaria en cuidados paliativos?
			La empatía como característica principal de la intervención	1. ¿Cuáles son las características de este tipo de intervención?
			Requisitos /condiciones para recibir la intervención	1. ¿Que requisitos debe cumplir un paciente para recibir una intervención primaria?
			Contención emocional, como principal beneficio de la intervención	1. ¿Qué beneficios obtiene el paciente de esta intervención?
	2. Indagar sobre la labor del psicólogo de la salud en los cuidados paliativos	Labor del psicólogo en cuidados paliativos	Funciones del psicólogo en cuidados paliativos	1. ¿Cuáles son las funciones específicas de un psicólogo en cuidados paliativos?
			Acompañamiento a red de apoyo	1. ¿Qué tipo de intervención se realiza a la familia del paciente?
			La escucha como habilidad principal del psicólogo en cuidados paliativos	1. ¿Que habilidades básicas y competencias considera que debe tener al momento de trabajar con este tipo de pacientes?
			Enfoque humanista-existencial y cognitivo conductual como los más utilizados en la intervención	1. ¿Cuáles son las técnicas y/o terapias más utilizadas por usted en la intervención con este tipo de pacientes?
	3. Conocer la experiencia del psicólogo en la intervención a pacientes oncológicos.	Experiencia en la intervención	Acompañamiento del sufrimiento del paciente	1. ¿Qué piensa acerca de la intervención que realiza a sus pacientes?
			Expectativas en la intervención de los pacientes	1. ¿Qué expectativas tiene al conocer los casos de los pacientes con los cuales va a trabajar?
			El amor, sentimiento que se hace presente en el psicólogo	1. ¿Qué emociones/sentimientos le genera trabajar con pacientes en estado terminal?
			Cambiar en la vida del paciente que atribuir a la intervención con el paciente oncológico	1. ¿Qué conductas o comportamientos están asociados a la intervención que realiza con sus pacientes?
		Experiencia significativa que recuerda al partir de la intervención.	1. ¿Cuál es la experiencia o experiencias más significativas que ha vivido a lo largo de su labor en los cuidados paliativos con pacientes terminales?	

A partir de la tabla, se puede observar que está dividida en tres (3) categorías que están directamente ligadas a los objetivos específicos de dicha investigación, y las subcategorías, se obtuvieron a través de las respuestas de las preguntas de las entrevistas.

11.1 Intervención primaria en cuidados paliativos

11.1.1 Atención y/o acompañamiento al paciente oncológico

Quando se habla de acompañamiento al paciente oncológico por medio de psicología paliativa, es necesario mencionar que, en cuidados paliativos el paciente y su familia/cuidadores representan una unidad, gracias a que el impacto no es sobrellevado netamente por el paciente, sino que también involucra a quien le rodea, gracias a esto, De la Fuente (s.f) menciona que, el objetivo del

acompañamiento, es mejorar la calidad de vida del paciente, asesorándole y proporcionándole estrategias y recursos antes las dificultades que se vayan encontrando.

Participante 1: *“Básicamente, esta intervención es como digamos el primer acercamiento que se tiene con esa persona que está cursando la enfermedad oncológica y con ese grupo familiar, con ese grupo de personas que están acompañando a esta persona en ese proceso de enfermedad, esa intervención primaria para mí es como cuando nosotros podemos tomar o hacer más bien un diagnóstico como de la situación, de cómo se la están llevando, cual es el asunto que los tiene de alguna manera afligidos, o que situación ellos no han podido elaborar y están ahí completamente abrumados (...)”*

Participante 4: *“(...) en la intervención entonces es como hacer lo primordial, la valoración global del paciente, o sea, conocer el diagnóstico, conocer que enfermedad tiene, que sabe de su enfermedad, que expectativa en el tratamiento o en el mismo espacio que se tiene, síntomas en el momento, como los está manejando, si es adherente a la medicación, esto referente a la parte física, luego emocionalmente como se ha sentido, que ha sido lo más difícil de la enfermedad, como se ve la enfermedad, la percepción, la significación de ella, síntomas ansiosos, síntomas depresivos, antecedentes psicopatológicos personales, familiares, algún tipo de síntoma pues emocional ahí en la parte de las redes, como está conformada la familia, quienes saben del diagnóstico, se ha hablado del pronóstico, entre otras”.*

Siendo así, el acompañamiento y/o atención al paciente oncológico se realiza en primera instancia desde el acercamiento al paciente y su familia, buscando conocer el impacto generado por el diagnóstico de la enfermedad oncológica, no visto solo desde la sintomatología física, sino también, desde la psicológica.

11.1.2 La empatía como característica principal de la intervención

Hoy en día, la empatía es considerada como una de las emociones básicas en cuanto a competencias clínicas. Es definida como “la capacidad de entender las emociones de los pacientes, así

como sus perspectivas y experiencias. No consta solo de contenido emocional, sino que presenta tres componentes básicos: cognitivo, comprensión y comunicación” (Montse et al.,2015, p. 9).

Participante 2: *“Lo esencial o básico en este acompañamiento es la posibilidad de general empatía y cercanía con el otro, tener una mirada compasiva por un proceso de sufrimiento que está viviendo alguien, la familia y el paciente, lo otro es una comunicación afectiva, asertiva, y necesaria, según las capacidades del paciente de saber qué es lo que tiene, un enfoque en el control emocional, sabemos que en estos procesos aparecen emociones secundarias al diagnóstico (..)”*.

Participante 3: *“Yo creería que lo primero y lo más importante que caracteriza la intervención es la atención compasiva, es una atención que se diferencia un poco de cualquier otro trabajo en el área de la salud porque aquí se requiere mucha más empatía, mucha más compasión, y sensibilidad de parte de todos los profesionales que estén trabajando en el área de cuidado paliativo”*.

Participante 4: *“uno en estos momentos y con este tipo de población no puede ser muy cerrado y esquemático, tiene que partir desde la empatía, creo que en esta etapa uno tiene que acomodarse mucho más a lo que el paciente y la misma familia en este momento nos pueden dar”*.

Al hablar con las participantes a cerca de las características básicas que debe contar un profesional de la salud mental que labore en cuidados paliativos, se encuentra que la empatía prima por encima de cualquier otra característica, ya que, el paciente se encuentra en un estado compasivo que requiere del entendimiento y la sensibilidad del equipo multidisciplinar.

11.1.3 Requisitos y/o condiciones para recibir la intervención

Toda persona diagnosticada con una enfermedad considerada grave o crónica, está en derecho de recibir cuidados paliativos, gracias a que, estas enfermedades conllevan problemas físicos, emocionales, espirituales y sociales; buscando atender las emociones que pueden surgir debido al diagnóstico y tratamiento, y acompañando a familias y cuidadores en el proceso de afrontamiento de la enfermedad (American Cancer Society, 2019).

Participante 2: *"En realidad depende de la institución, hay diferentes tipos de acompañamientos en cuidados paliativos, hay acompañamiento primario ambulatorio, que es directamente en la clínica, es el inicial a un paciente le dan un diagnóstico por ejemplo un cáncer en estadio 3 o 4 entonces se hace remisión a cuidados paliativos porque sabemos que ahí ya no hay una intervención, entonces depende de los criterios que tenga cada institución, debería haber una remisión a cuidados paliativos desde el diagnóstico inicial, pero eso no pasa, ¿ la remisión a cuidados paliativos en qué momento se da? casi siempre es cuando ya hay un avance en la enfermedad".*

Participante 3: *"Eso varía de acuerdo a los criterios que cada programa maneje, porque no todo programa es en cuidados paliativos, como te dije, están enfocados en cada etapa como pues de la enfermedad de esa persona, te voy a hablar un poco como específicamente desde el programa donde yo estoy y los requisitos que hay para prestar la atención en salud, primero que este afiliado a la aseguradora, que el paciente tenga ya un proceso como tal en su enfermedad, que ya se hayan agotado esos otros recursos, esos otros tratamientos y que el paciente realmente este atravesando ya por una fase de fin de vida".*

Según las respuestas obtenidas, se comprende que, a pesar de que el único requisito que el paciente debe cumplir para recibir la intervención es tener diagnóstico de enfermedad grave o crónica, las instituciones optan por definir criterios específicos, entre ellos, que el paciente tenga diagnóstico de enfermedad incurable o que se encuentre en proceso de fin de vida.

11.1.4 Contención emocional como principal beneficio de la intervención

Según Gallardo (s.f) "desde un enfoque psicológico, la contención emocional consiste en brindar apoyo a quién requiere ser asistido consecuencia de haber perdido el equilibrio o no encontrarse en una situación habitual". Es decir, el objetivo principal de la contención emocional, es generar un espacio de confianza y escucha activa donde el paciente tenga la libertad de expresar sus emociones.

Participante 1: *"Bueno, yo pienso que el beneficio principal es que tiene un espacio donde es acogido y acompañado, para nosotros es fundamental que ese paciente no se sienta solo en su proceso, que no sienta que está pasando por una enfermedad oncológica y ni siquiera tengo un espacio donde llorar y desahogarse (...) lo que buscamos es que ese paciente de alguna manera, poder mitigar o ayudar en algo de lo que sea que esté sucediendo en ese momento de ese ciclo vital de esa persona, entonces el beneficio para mí como de lo más importante es que hay una contención emocional, un soporte, una red, que se sienta realmente acompañado en ese proceso"*

Participante 2: *"Es un lugar donde los pacientes pueden expresar abiertamente su sufrimiento, el miedo, la angustia que les genera el proceso de enfermedad, donde pueden permitirse llorar, expresar sus emociones, porque muchas veces también en las familias los limitan, o no saben cómo hacerlo, brindarles este espacio también, lo otro es el análisis de voluntades anticipadas, la toma de decisiones, la autodeterminación, la capacidad de decisión y elección se hace también desde el área de psicología, y la contención emocional, validación y contención en estos procesos es muy importante y es a través de la escucha, eso es lo que pueden percibir los pacientes"*

Estas respuestas confirman que, son diversos los beneficios encontrados frente a la intervención realizada a los pacientes, sin embargo, se destaca la contención emocional como uno de los principales beneficios, gracias a que, el paciente encuentra un soporte que le permite entender que sus emociones son válidas y escuchadas.

11.2 Labor del psicólogo en cuidados paliativos

11.2.1 Funciones del psicólogo en cuidados paliativos

Según Fernández (2014) entre las diversas funciones del psicólogo, es importante destacar que la función principal, que es el acompañamiento psicológico al paciente y su familia, que va dirigido desde las labores preventivas de la enfermedad, hasta el acompañamiento en duelo a las familias tras el fallecimiento del paciente.

Participante 1: *“Acompañamiento y apoyo psicosocial al paciente con cáncer, su familia y cuidadores, encontramos la consulta psicológica individual, familiar o a cuidadores, en este caso, no solo los pacientes de cuidados paliativos sino en general que inician procesos oncológicos en la institución, tenemos otras actividades que son las de los grupos de apoyo para los pacientes, y también para la elaboración del duelo en las familias”.*

Participante 4: *“Mis funciones dentro del equipo, pues yo hago la intervención inicial y valoración de los pacientes que van a entrar y se mantienen en el programa, se hacen seguimientos, pues aparte de esa valoración como tal se acompaña y se hace la intervención a las familias, se participa en los grupos de reuniones familiares, también se participa en los talleres a familias para educar, como tal yo tengo que hacer un seguimiento a las familias de los pacientes que mueren, entonces se plantea un seguimiento durante seis meses, se hace lo que se llama el taller de duelo”.*

Ambas participantes manifiestan en sus respuestas, que el acompañamiento va dirigido desde la intervención y el acompañamiento al paciente a partir de su diagnóstico, grupos de apoyo, y estrategias para la elaboración del duelo en las familias.

11.2.2 Acompañamiento a red de apoyo

Según Rodríguez et al., (2004) el papel que cumple la familia y la forma en que experimentan la crisis, es fundamental en el proceso del paciente, gracias a esto, se deben desarrollar estrategias de intervención dirigidas no solo al paciente, sino también a su familia.

Debido a esto, se hace evidente que se deben desarrollar intervenciones dirigidas al manejo del estrés generado en las familias y/o cuidadores gracias al diagnóstico y pronóstico del paciente, y trabajar oportunamente en la preparación del enfrentamiento a una pérdida.

Participante 2: *“Desde psicología primero se genera un espacio de catarsis donde la familia pueda expresar sus miedos, su angustia, todo lo que trae el diagnóstico inicial, luego se hace acompañamiento en el proceso de adaptación a los cuidadores, como estrategias de prevención y si ya*

hay como agotamiento físico y psicológico entonces se hace una intervención ahí, eso con los cuidadores, y ya cuando el paciente muere entonces se hace seguimiento por duelo, acompañamiento en duelo”.

Participante 3: *“Con la familia desde que se empieza el programa se empieza a trabajar todo lo que es duelo anticipado, que puedan adquirir todas esas herramientas de anticipación al duelo, también en cuenta las reuniones de familia cuando vemos que esa red de apoyo es muy débil. (...) cuando algún familiar no tiene claro el diagnóstico o pronóstico, o incluso en negación, se requiere un acompañamiento más cercano, también hacemos ese tipo de intervención garantizando pues que la mayoría de familiares o miembros de la red de apoyo tengan claro cuál es el pronóstico, que tengan el acceso a la información de la enfermedad, y que puedan tener también el acompañamiento emocional que se requiere cuando se está cuidando de alguien porque el estrés y el cansancio y todas estas cosas que suceden con los cuidadores. (...) también para nosotros son muy importantes nosotros como equipo no hacemos un acompañamiento profundo porque justamente el objetivo es que dentro del acompañamiento se puedan desarrollar esos elementos de anticipación al duelo, y que cuando ya posteriormente estén desarrollando su duelo, evitemos al máximo que pueda haber complicaciones o algún tipo de dificultad con ese duelo”.*

A partir de las respuestas, se puede evidenciar que, efectivamente el acompañamiento a la red de apoyo es brindado desde la comprensión de diagnóstico y pronóstico, igualmente que, la asimilación a estas; teniendo como finalidad, la preparación en el desarrollo del duelo cuando se produce la pérdida del paciente.

11.2.3 La escucha como principal habilidad del psicólogo en cuidados paliativos

El trabajo psicoterapéutico requiere de ciertas habilidades por parte del terapeuta, que deben estar presente al momento de comunicarse con sus pacientes. Entre estas habilidades se encuentra la escucha, ya que, “cuando la persona acude a consulta, no solo “busca ayuda” sino que busca, además,

un espacio para descargar su malestar, dolor o preocupación, busca ser escuchado” (Liemann, 2011, p. 133).

Participante 2: *“Una habilidad importante que hay que tener en cuenta ahí, la capacidad de escucha, de sensibilidad frente al otro, de ver que es un ser humano que está sufriendo y que tiene un montón de asuntos ahí que lo cargan emocionalmente y poder atender eso, el paciente no necesita que le soluciones la vida ni que le expliques el diagnostico, sino sentirse acompañado (...)”*

Participante 3: *“Desarrollar una buena escucha, una escucha que sea empática, que podamos desarrollar también la flexibilidad, y a que me requiero con esto, es que nos vamos a encontrar con muchos tipos de familias de pacientes, tenemos que ser flexibles también para saber cómo adaptarnos a esa particularidad, el respeto, que más que una habilidad es un valor, pero aquí también hay que tenerlo muy presente (...)”*

Participante 4: *“Lo que se podría decir habilidades, primero, la escucha, habilidades de empatía, manejo, primeros auxilios psicológicos, gestión emocional (...)”*.

En las respuestas obtenidas por las tres participantes al preguntar sobre las habilidades básicas del psicólogo en cuidados paliativos, se encuentra un común denominador, la escucha, gracias a que, escuchar al paciente no solo denota oír lo que el paciente dice, sino también, interiorizar los síntomas del malestar, con el fin de actuar sobre ellos.

11.2.4 Enfoque humanista-existencial y cognitivo conductual como los más utilizados en la intervención

Durante años, han existido enfoques de la psicología que hasta el día de hoy han sido transformados o adaptados, entre ellos, se encuentra el psicoanálisis, la psicología humanista, y la psicología cognitiva; en este trabajo, nos centraremos en los dos últimos.

La primera, la psicología humanista, se deriva de la psicología existencial; teniendo exponentes importantes como Carl Rogers y Abraham Maslow. Se centra en la aceptación de sí mismo, el

positivismo y la identidad. La Segunda, la psicología cognitiva, ha tenido exponentes importantes como Jean Piaget y Lev Vygotsky. Se centra en los procesos psicológicos, las cogniciones, el lenguaje y el pensamiento (Ardila, 2012).

Participante 3: *"Yo estoy más orientada a la corriente humanista, pero me apoyo mucho de técnicas cognitivo conductuales para algunos casos específicos, pero por lo general desde la logoterapia y la Gestalt que son como las ramas que más utilizo".*

Participante 4: *"Digamos mi enfoque yo lo diría siempre ha sido muy cognitivo conductual, pero fui un poquito ecléctica en la universidad, entonces a mí me parece que todos los enfoques tienen una forma espectacular para entender a la persona, a mí en cierta manera lo que me ha servido un poquito más es el enfoque humanista existencial".*

Las participantes coinciden al opinar que, los enfoques más utilizados para trabajar son el enfoque humanista existencial y cognitivo conductual, gracias a que, son los que ofrecen herramientas más útiles a la hora de realizar acompañamiento a pacientes oncológicos.

11.3 Experiencia en la intervención

11.3.1 Acompañamiento del sufrimiento del paciente

El sufrimiento existencial, o también llamado sufrimiento espiritual, se hace presente comúnmente en los pacientes con diagnóstico de cáncer avanzado o terminal, incluyendo sintomatología física, psicológica, social y espiritual, que, en conjunto, dan cabida a una experiencia llamada "dolor total".

El sufrimiento existencial y sus síntomas, pueden ser recogidos en una serie de componentes esenciales que son: la percepción de vulnerabilidad, ansiedad, miedo a la muerte, falta de control sobre la enfermedad, deterioro de la calidad de vida, reacciones emocionales negativas, aislamiento, soledad existencial, sentimiento de pérdida, desesperanza, cuestionamiento de la dignidad personal, sentido de la vida, entre otros (García y Hernández, 2018).

Participante 2: *“Creo que la mayor intervención o el mayor logro en el acompañamiento con ellos es darle el lugar a sus necesidades y a sus deseos, poder escucharlos, atender eso que para mí puede que no sea una necesidad y para ellos sí, y atenderla, siento que es un logro, porque casi nunca son escuchados, nadie escucha ese sufrimiento, todo el mundo les dice que se supone que necesitan, pero otra cosa es lo que ellos en realidad sienten, es darle voz a ese sufrimiento, me parece importante”.*

Participante 3: *“Es una intervención que inevitablemente toca la parte personal, porque me confronta con la propia muerte y el sufrimiento del otro que a mí en lo personal desde que empecé este trabajo ha sido lo que más duro me ha dado, enfrentarme al sufrimiento físico y emocional que es impactante, pues para mí, ha sido muy impactante encontrarme con ese sufrimiento”*

A partir del relato de las participantes, se confirma que, según la perspectiva que tienen a cerca de su labor en cuidados paliativos, el acompañamiento del sufrimiento existencial es uno de los factores más importantes a la hora de la intervención, ya que, es inminente que un paciente en estado terminal, pueda cuestionarse diversos factores sobre su vida que le generan inquietud.

11.3.2 Expectativas en la intervención de los pacientes

Según la Real Academia Española (RAE, 2021) las expectativas son la “esperanza de realizar o conseguir algo” o, “posibilidad razonable de que algo suceda”; significado consecuente a las expectativas que puede plantearse un terapeuta al momento de intervenir un paciente, ya que, generalmente, se encuentra que el paciente presenta expectativas acerca de la intervención, pero no siempre se habla de las expectativas del terapeuta.

Participante 1: *“Yo espero que al conocer el caso de algún paciente se le pueda ayudar de alguna manera, para eso yo también pregunto usted como cree que nosotros o que yo o que el servicio de psicología puede ayudarle algo de todo lo que usted me cuenta, entonces ahí vienen una cantidad de respuestas, o que con escucharlos es suficiente, o ayudándolos con este tema que me genera angustia, del dinero, no sé cómo venirme, dependiendo de lo que el paciente manifiesta pues se hace en ese*

momento digamos como que la estrategia o el plan de trabajo entonces lo que yo espero de alguna manera es paliar lo que sea que surja como necesidad del paciente”.

Participante 2: *“Mi expectativa es poder general calidad de vida en los pacientes, y que el paciente se vuelva autónomo frente a las decisiones que toma, es como a lo que más apunto, que logre tener la información suficiente para que decida sobre su vida y su final de vida; y que eso se haga en un espacio que les genere seguridad y tranquilidad y donde sepan que van a ser respetadas sus decisiones”.*

Según el relato de las participantes, las expectativas del terapeuta van directamente ligadas a poder ayudar al paciente en su proceso de mejora de calidad de vida, desde las necesidades evidenciadas o manifestadas por el paciente en la intervención.

11.3.3 El amor, sentimiento que se hace presente en el psicólogo

Definir el amor es sumamente complicado, gracias a que todos los seres humanos podemos llegar a sentirlo o experimentarlo de manera diferente. Sin embargo, puede ser definido como “sentimiento de afecto, inclinación, y entrega a alguien o algo” (RAE, 2021).

Participante 1: *“Me generan amor, porque también es la gratitud de poder estar acompañando a una persona que está cerrando su ciclo de vida y es un privilegio para mi poder estar acompañando ese proceso”*

Participante 2: *“Son muchas las emociones, justamente en esta semana lo pensaba porque es sentir mucho amor por el proceso de un paciente que está en proceso de morir (...)”.*

Participante 3: *“Diría yo que amor, se llega a sentir un amor a la situación como tal, y algo que es muy transversal y es a ser consciente, es una emoción, pero es algo como tal que me genera trabajar con estos pacientes, soy consciente todos los días de mi propia vida, eso es lo que genera trabajar con ellos”.*

Teniendo en cuenta el relato de las participantes, se entiende que cada una de ellas experimenta sentimientos y emociones completamente diferentes desde su singularidad, sin embargo, el amor es el sentimiento que se hace presente de forma común entre ellas.

11.3.4 Cambios en la vida del psicólogo atribuidos a la intervención con los pacientes oncológicos

A partir de la categoría “experiencias en la intervención”, se consideró pertinente abordar la manera en la cual la intervención con pacientes con diagnóstico de enfermedades avanzadas, crónicas, e incluso en fin de vida, ha generado conductas, comportamientos, o cambios, en la vida del terapeuta.

Participante 1: *“Todo, absolutamente todo se ha cambiado como en mi interior porque estamos hablando de una condición que también mueve mi fibra humana, sí, porque es lo que hemos venido como hablando que es la posibilidad de verse reflejado en ese otro, o sea, yo también puedo llegar allá, como no se va a mover en mí una cantidad de sentimientos y de emociones que me dicen que hoy los estoy acompañando a ellos pero un día me van a acompañar a mí, entonces indiscutiblemente la vida nunca va a ser la misma”.*

Participante 2: *“La consciencia de muerte se volvió como el eje fundamental de mi vida, todos los días pienso en la muerte, como en la finitud, en que es probable que hoy muerta, independientemente de si hay o no enfermedad terminal, la pregunta constante por mí, y eso me ha dado una consciencia de la vida diferente que ha impactado la forma en que me relaciono con el mundo, con las personas, conmigo misma, como un valor a partir de la posibilidad de la pérdida, que se reviste de más valor, de más sentido, eso creo que ha sido una de las cosas, y permitirme vivir mucho más en el presente”.*

Participante 3: *“El cambio ha sido total, pues yo diría que ha sido un cambio muy radical en la forma en la que uno ve la vida, y como empieza a vivirla, porque se da uno cuenta con ese trabajo que uno muchas veces no está viviendo, y ahí es una de las grandes cosas que me ha marcado a mí con este trabajo, es como vivir intensamente, plenamente, estar consciente todo el tiempo del regalo de la vida que a veces damos tan por sentado con cosas tan simples como tomarte una gaseosa”.*

Participante 4: *“Si hoy me dijeran que tengo cierto diagnóstico, esa pregunta hoy en día me la hago mucho, ¿yo que haría?, es que me arrepiento, es que hice o no hice, es que tal cosa, entonces trato de ser muy consciente, obviamente es muy difícil pero pues porque estoy haciendo las cosas y para que las estoy haciendo, y tratar de disfrutar el momento, que el momento tenga sentido, es como que tenga que hacer un montón de cosas, no llegar al polo de la irresponsabilidad, cierto, en un sano intermedio, pero es mirar como estoy viviendo y que es importante para mí, la relación conmigo misma, pues de verdad yo creo que estos dos años han sido un cambio”.*

Las respuestas de esta subcategoría son vistas desde la subjetividad de cada una de las participantes, ya que, responde a una pregunta de índole personal. A pesar de esto, cada una de ellas recalca que su vida ha cambiado de forma radical desde que su labor va enfocada a este tipo de pacientes, debido a que se han replanteado varios aspectos que anteriormente no eran tan relevantes.

11.3.5 Experiencias significativas recordadas a partir de la intervención

Gracias a la particularidad de los pacientes atendidos en los servicios de cuidados paliativos, y también, del tipo de intervención que se realiza, donde es posible conocer la historia de la vida de los pacientes y su red de apoyo, es común encontrarse casos que puedan llamar la atención del terapeuta. A continuación, se encontrará detallada de forma literal, la experiencia más recordada por cada una de las participantes.

Participante 1: *“En realidad tengo muchos pacientes que me han marcado y de los cuales todavía tengo recuerdos, este niño por ejemplo Matías, estamos hablando que yo lo vi hace siete años que fue cuando estaba haciendo como la pasantía en cuidados paliativos en un hospital en Argentina, y ese niño fue mi primer paciente, y yo recuerdo mucho esta historia porque aparte de que era mi primer paciente tuve esa transferencia, entonces yo me fui, él tenía un cáncer de colon y esa semana yo estuve súper enferma del colon, con el colon distendido y estaba presentando la misma sintomatología del niño, y él era con esos ojos verdes, hermosos, expresivos, y siempre con esa esperanza, pero él estaba en fin de*

vida, y la mamá se negaba a aceptar esa realidad y el niño aferrado a la vida pero él sabía muy adentro que algo estaba sucediendo con él y que su cuerpecito no era el mismo de siempre, entonces yo siento que esa fue como la que más recuerdo”.

Participante 2: *“Una familia que me impactó mucho, puras mujeres con muchos conflictos internos, poder acompañarlas, atenderlas, que le dieran un lugar al conflicto, nombrarlo, que la mamá se sintiera tranquila de que si en algún momento ella moría las hermanas iban a quedar reconciliadas de alguna manera, que no iban a abandonar a una hija que tenía condición de fibromialgia y ni podía trabajar, y ese día ver como se abrazaban, como compartían y como lograban algo en el espacio fue muy significativo”.*

Participante 3: *“Han sido muchas, han sido demasiadas las que se van quedando con uno, diría que la más reciente y también creo que me toca mucho los casos de personas jóvenes porque me proyectó en ellas, y este caso es puntualmente también de una joven de exactamente la misma edad mía con un cáncer en el cerebro, y al principio ella cuando entro al programa todavía tenía algunas de sus funciones cognitivas, podía conversar, y era muy fuerte porque ella tenía todos los planes que tiene uno a esta edad, todos los mismos planes y no los iba a poder cumplir, claramente ella al principio estaba en una negación terrible, furiosa con la vida, pero con el proceso que fuimos haciendo ella fue empezando a entender que no se iba a recuperar, que se iba a morir, era muy bonito porque yo sentía que era una persona muy cercana a mí, me proyecté demasiado en ella, es una de las cosas que uno tiene que tratar de controlar porque es muy difícil. Tenía un grupito de amigas muy cercano igual que yo, como el mismo número de amigas entonces ya finalizando su vida llamaba a sus amigas para que viajaran porque ella no era de acá solo vivía hace un tiempo, entonces sus amigas estaban en otro lugar, ellas viajaban, entonces todo eso para mí fue súper duro, el día que murió llore como si hubiese sido de mi familia literal, me conecté al funeral, porque estábamos en pandemia en ese momento entonces los funerales eran en vivo por Facebook, todavía a veces lo hacen así, creo, fue súper duro para mí, me tocó*

demasiado ese caso. Incluso pues como el ritual que hicieron al final de la vida de ella que es algo muy similar a lo que yo quiero para mi fallecimiento y es que sus cenizas las plantaron en un rosal, ellos tenían una finca en el Carmen de Viboral, y allá en la finca sembraron el rosal con las cenizas de ella, un caso muy bonito que me toco bastante, prácticamente le hice el duelo también a esa paciente”.

Participante 4: *“Yo tengo muchos, digamos ahorita una de las primeras pacientes que tuvimos en el programa era una enfermera, se llamaba Claudia, ella fue nuestra tercera paciente, y ella era muy juiciosa, me decían que era demasiado ansiosa, y cuando yo iba a hablar con ella la veía súper tranquila, el caso es que nosotras no es que no fuimos como las más cercanas, porque mucha me hace mucha empatía con muchos pacientes, pero ella ya mientras iba pasando el año ella iba confiando más en uno, ella llegaba contando más sobre su hermana, su sobrina, que entonces me contaba y yo en la etapa de enseñarle como acompañarlas, nunca de ella, siempre sobre la familia (..) entonces nosotros le hicimos la remisión a domiciliaria, nosotros ya dejamos de acompañar, pero seguimos pendiente con domiciliaria, le hicimos la carta, la firmamos todos, de que ya podíamos acompañarla en la que pudiéramos, que no la íbamos a abandonar, y que ha sido muy valiente, fuerte y que sabemos que lo que va a venir ella lo va a poder afrontar y llevar con su familia, ese día yo salí y tuve que buscar acompañamiento de una persona cercana a mí, de toda la historia de ella empezaron a salir muchas cosas que también veía y de mi historia personal y eso fue tremenda movilizada”.*

Como se puede evidenciar, a partir de las respuestas de las participantes, cada una de ellas relata alguna de las muchas experiencias que recuerdan y han movilizado su vida personal a partir de la intervención, mencionando factores importantes que han jugado un papel importante en la forma en la cual ha cambiado su vida personal a partir de su trabajo.

12 Discusión

Este ejercicio de investigación, se centró en conocer el rol del psicólogo en los cuidados paliativos del paciente oncológico, lo cual permitió comprender aspectos importantes desde la intervención, la labor, y la experiencia personal de cada una de las participantes.

De acuerdo con Fernández-Alcántara et al., (2014) se plantean funciones específicas realizadas por el psicólogo en cuidados paliativos que haga parte del equipo multidisciplinar, entre ellas la evaluación psicológica, las problemáticas de la familia y el acompañamiento en duelo. Estas funciones anteriormente mencionadas, coinciden con las funciones realizadas por las participantes desde su campo de aplicación.

En la misma línea, al hablar de la intervención primaria en cuidados paliativos, las participantes mencionan que la atención no es brindada netamente al paciente, sino que también incluye a la familia y/o cuidadores, tal como lo menciona Di Donato et al., (2020) “En cuidados paliativos se trabaja con el concepto de “unidad de tratamiento”, el cual engloba al paciente y la familia tomando en cuenta el modo singular en que la enfermedad amenazante para la vida afecta a cada uno de ellos” (p. 50).

También, Ortega y López (2005) entre las características comunes que reúne un paciente para recibir intervención por cuidados paliativos, se encuentra la enfermedad avanzada e incurable, impacto emocional en el paciente y su familia, y pronóstico de vida breve o proceso de fin de vida. Estos criterios mencionados, concuerdan con lo relatado por las participantes, quienes describen estas mismas características entre los requisitos que debe cumplir un paciente para acceder a atención por cuidados paliativos.

Por otro lado, Getto (2017) resalta que, uno de los pilares de los cuidados paliativos, es la escucha activa al paciente y su familia, ya que el saber escuchar, es una habilidad clave para cualquier proceso terapéutico. Esta idea presentada por el autor, es confirmada por las participantes, ya que, en efecto, consideran que la escucha es una de las habilidades básicas que deben primar a la hora de la

intervención, puesto que, muchos de sus pacientes, en ocasiones requieren simplemente ser escuchados.

En la misma línea, Gatto (2017) afirma que:

Debo aclarar que si un paciente ingresa a Cuidados Paliativos no siempre es sinónimo de paciente en fase final de la vida. Un paciente en Cuidados Paliativos puede vivir mucho tiempo con este tipo de atención. Más allá del tiempo de vida lo que tienen en común es que todos tienen agotadas las medidas terapéuticas tendientes a erradicar la enfermedad. (p. 3)

De acuerdo con esta apreciación, no concuerda completamente con el relato de las participantes, debido a que, los criterios establecidos por cada institución son diferentes, ya que, en algunas instituciones los cuidados paliativos son brindados solo a pacientes que se encuentren en proceso de fin de vida; pero, en otras instituciones, ofrecen el servicio de cuidados paliativos para cualquier paciente que requiera control de síntomas, independientemente de que se encuentre o no en proceso de fin de vida.

13 Conclusiones

Este trabajo tuvo como objetivo describir el rol del psicólogo en los cuidados paliativos del paciente oncológico. Tal como se evidencio desde el planteamiento del problema, justificación y antecedentes, es un tema poco abordado gracias a que, no es una de las especialidades de la psicología que pueda generar interés en los psicólogos, debido a la poca presencia de un especialista en cuidados paliativos en las instituciones; entonces, se encontró, que se encuentra un vacío relativamente grande en cuando a investigaciones sobre cuidados paliativos desde la psicología.

Por otro lado, se logró conocer detalladamente los componentes de la intervención primaria en cuidados paliativos, que, en ocasiones, pueden verse distorsionada gracias a la institución que ofrezca el servicio, a causa de que se limita la intervención a pacientes que estén en fin de vida, y no a cualquier

paciente que requiera control de síntomas. Sin embargo, el paciente que reciba esta intervención, recibe acompañamiento del psicólogo para él y su familia, abordando todo lo que conlleve el camino de la enfermedad; que les permita expresar sus miedos, preocupaciones y angustias, buscando que cuando llegue el fin de vida, el bienestar emocional del paciente y sus familias y/o cuidadores, este basado en la tranquilidad.

También, se indagó a cerca de las funciones del psicólogo de la salud en cuidados paliativos, encontrando que, las funciones del psicólogo no solo se ven limitadas al acompañamiento del paciente durante el proceso de enfermedad, también incluyen grupos de apoyo a enfermos y cuidadores, acompañamiento en duelo a los familiares posteriormente al deceso del paciente; siendo abordados desde el enfoque de cada profesional, predominando técnicas cognitivas conductuales y humanistas existenciales, debido a su eficacia en pacientes en estado terminal.

Por lo tanto, la intervención y el acompañamiento de los pacientes, generan experiencias personales en cada uno de los profesionales, incluso, logran movilizarse emocionalmente y revivir sentimientos atribuidos a la experiencia con sus pacientes; considerando replantear su vida a partir de realizar intervenciones con enfermos que en cualquier momento tendrá fin su existencia. Esto nos permite deducir que, a pesar de realizar un ejercicio netamente profesional, no inhibe al psicólogo de considerarse un ser humano sensible que puede verse conmovido por la realidad del otro.

Por último, es importante mencionar que, esta investigación fue abordada desde el punto de vista del psicólogo, lo cual puede tenerse en cuenta para una futura investigación, direccionando el abordaje desde el punto de vista del paciente.

14 Referencias

- Organización mundial de la salud (2020). Cuidados paliativos. Organización mundial de la salud.
- Ortega, C., López, F. (2005). Intervención psicológica en cuidados paliativos: revisión y perspectivas. *Clínica y salud*. 16(2). 143- 60. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180616104002>
- Ley 1733 de 2014. Ley Consuelo Devis Saavedra, mediante la cual se regulan los servicios de cuidados paliativos para el manejo integral de los pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles en cualquier fase de la enfermedad de alto impacto en la calidad de vida. 14 de septiembre de 2014. <https://www.accpaliativos.com/wp-content/uploads/2019/08/LEY-1733-DEL-08-DE-SEPTIEMBRE-DE-2014.pdf>
- Acinas M, P., Olayo M., y Antón S. (2012). Intervención médico-psicológica con paciente y familiares en un caso de cáncer ginecológico en cuidados paliativos oncológicos. *Psicosociología*, 9(1), 183-201.
- Lacasta Reverte M. A., Rocafort Gil J., y Blanco Toro L. (2008). Intervención psicológica en Cuidados Paliativos. Análisis de los servicios prestados en España. *Med Pal*, 15(1), 39-44. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2541967>
- Ascencio-Huertas, L., Rangel-Domínguez, N. E., & Pérez, S. A. (2013). Proceso de atención psicológica en el programa de atención y cuidados en oncología del instituto nacional de cancerología. *Psicooncología*, 10(2), 393-406. <https://www-proquest-com.ezproxy.uniminuto.edu/scholarly-journals/proceso-de-atención-psicológica-en-el-programa-y/docview/1506444647/se-2?accountid=48797>
- García-Alandete J, Hernández-Jiménez MJ. (2018). El sufrimiento existencial en el paciente oncológico en estado avanzado: dimensiones y ejes vertebradores para la intervención psicológica. *pers. bioét.*, 22(2) ,319-330. DOI: 10.5294/pebi.2018.22.2.9

- Soler, M. Barreto Martín, MP. (2003). Psicología y fin de vida. *Psicooncología. investigación y clínica biopsicosocial en oncología*, 0(1), 135-146. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1704716>
- Antueno, P., & Silberberg, A. (2018). Eficacia de los cuidados paliativos en el alivio del sufrimiento. *Persona y Bioética*, 22(2), 367-380. <https://doi.org/10.5294/pebi.2018.22.2.12>
- Ibáñez del Prado, C., Díaz Sánchez, R., y Díaz Hernández, E. (2012). ¿Qué es para usted el psicólogo? Responden enfermos y cuidadores principales. *Medicina paliativa*, 19(3), 87-94. DOI: 10.1016/j.medipa.2010.11.008
- Malca Scharf, B. (2005). PSICOONCOLOGÍA: ABORDAJE EMOCIONAL EN ONCOLOGÍA. *Personal y bioética*, 9(25), 64-67.
- Toffoletto M. C., Reynaldos-Grandon K, L. (2019). Determinantes sociales de la salud, sobrecarga familiar y calidad de vida de cuidadores familiares de pacientes oncológicos en cuidados paliativos., *Rev. Salud Pública*, 21(2), 154-160. <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v21n2/0124-0064-rsap-21-02-154.pdf>
- Fernández-Alcántara, M et al. (2013). Experiencias y obstáculos de los psicólogos en el acompañamiento de los procesos de fin de vida. *Anales de Psicología*, 29(1),1-8. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16725574001>
- Cesaro Lora C, A. (2018). Esperanza en Pacientes Oncológicos Paliativos hacia una revisión sistemática. *Psicooncología*, 15(2), 261-286. DOI: 10.5209/PSIC.61435.
- García-López, L. J et al. (2008). PANORAMA DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD. *CES Psicología*, 1(1),70-93. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=423539527008>
- Morales Calatayud, F. (1999). Introducción a la psicología de la salud. Buenos Aires: *Paidós*.
- Sánchez, P. (2008). Psicología Clínica. *Manual Moderno*. Manual Moderno.

<http://repositorio.uasb.edu.bo:8080/bitstream/54000/1335/1/S%c3%a1nchez->

[%20psicologia%20clinica.pdf](#)

García-López, L.J et al. (2008). PANORAMA DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD. *CES Psicología*,

1(1),70-93. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=423539527008>

Minsalud. (2018). Abecé cuidados paliativos.

Molina, R. (2016). El paciente oncológico del siglo XXI. Maridaje terapéutico Nutrición Oncología.

Nutrición Hospitalaria, 33(1), 3-10.

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-

[16112016000700002&lng=es&tlng=es.](#)

Colegio oficial de psicólogos. (1998). Psicología clínica y de la salud. Colegio oficial de psicólogos de

España. <https://www.cop.es/perfiles/contenido/clinica.htm>

Ministerio de salud y protección social – Republica de Colombia (4 de febrero de 2021). *Incidencia del*

cáncer se redujo en los 3 últimos años. Minsalud.

<https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Incidencia-del-cancer-se-redujo-en-los-ultimos-3->

[anos.aspx](#)

Balestrini, M. (2000) Como se elabora un proyecto de investigación.

Sampieri, R. (2014). *Metodología de la investigación*. Mc Graw Hill Education.

Colegio Colombiano de Psicólogos. (2009). Deontología y bioética del ejercicio de la psicología

en Colombia. https://www.infopsicologica.com/documentos/2009/Deontologia_libro.pdf

Real Academia Española. (s.f). Bienestar. *Real Academia Española*. Recuperado en octubre 20 de 2021.

<https://dle.rae.es/bienestar>

Deossa Restrepo, et al. (2020). Caracterización de los cambios en estilos de vida de sobrevivientes de

cáncer con recurrencia. *Revista cubana de Medicina Militar*, 49(1), 57-70.

<http://scielo.sld.cu/pdf/mil/v49n1/1561-3046-mil-49-01-e434.pdf>

De la Garza Salazar, J. y Juárez Sánchez, P. (2014). Cuidados paliativos en el paciente de cáncer. *El cáncer* (pp. 149-158). Universidad Autónoma de Nuevo León.

Rosas-Jiménez CA, Díaz-Díaz A. La escucha: elemento fundamental en la atención espiritual del cuidado paliativo. *pers.bioét.* 2017; 21(2): 280-291. DOI: 10.5294/pebi.2017.21.2.8

Busso, C. León-Sanz, P. (2016). Investigación con pacientes en cuidados paliativos: dilemas éticos y percepción pública sobre su vulnerabilidad. Estudio exploratorio. *pers.bioét.* 20(2), pp. 132-150. DOI: 10.5294/pebi.2016.20.2.2

De la Fuente, M. (s.f). El apoyo psicológico al paciente con cáncer. *Área humana, investigación, Innovación, y experiencia en psicología.* <https://www.areahumana.es/apoyo-psicologico-al-paciente-con-cancer/>

Monste et al., (2016). La empatía médica, ¿nace o se hace? Evolución de la empatía en estudiantes de medicina. *Atención primaria*, 48(16), 8-14. DOI: 10.1016/j.aprim.2014.12.012

[https://www.cancer.org/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/atencion-American Cancer Society](https://www.cancer.org/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/atencion-American-Cancer-Society). (2019). [¿Quién debe recibir cuidados paliativos y por qué? \(paliativa/quien-debe-recibir-el-cuidado-paliativo.html\)](https://www.cancer.org/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/atencion-American-Cancer-Society)

Cimek. (s.f). ¿Qué es la contención emocional? <https://www.cimek.cl/contencion-emocional.html>

Rodríguez et al., (2004). Intervención familiar para el manejo psicológico en pacientes oncológicos con mal pronóstico en el hospital de la Misericordia. *Revista Colombiana de psicología*, (13). 90-101. <https://www.redalyc.org/pdf/804/80401310.pdf>

Liemann, E. (2010). El escuchar como elemento esencial en la psicoterapia. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 4(1), 133-134. <https://www.redalyc.org/pdf/2972/297224086012.pdf>

Ardila, R. (2012). Enfoques conceptuales de la psicología en Colombia. *Interamerican Journal of Psychology*, 46(1). 79-86. <https://www.redalyc.org/pdf/284/28424858008.pdf>

- Di Donato, MDLM, et al., (2020). Cuidados paliativos: el rol del psicólogo en el abordaje interdisciplinario. XII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVII Jornadas de Investigación. XVI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. II Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. II Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- García Alandete, J., Hernández Jimenez, MJ. (2018). El sufrimiento existencial en el paciente oncológico en estadio avanzado: dimensiones y ejes vertebradores para la intervención psicológica. *pers. Bioét*, 22(2), 319-330. DOI: 10.5294/pebi.2018.22.2.
- Gatto, M.E. (2017). Abordaje psicológico a pacientes en fase final de la vida. *Pensar el cáncer consideraciones desde la psicooncología*. (pp. 1-14). Editorial letra viva.
- Resolución 8430 de 1993 [Ministerio de salud]. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. 04 de octubre de 1993.
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
- Ley 1090 de 2006. por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones. 06 de septiembre de 2006.
https://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Archivos_de_usuario/Documentos/Documentos_Investigacion/Docs_Comite_Etica/Ley_1090_2006_-_Psicologia_unisabana.pdf
- Real Academia Española. (2021). Amor. *En diccionario de la lengua española*. Recuperado en 20 de abril de 2022. <https://dle.rae.es/amor>
- Real Academia Española. (2021). Expectativas. *En diccionario de la lengua española*. Recuperado en 20 de abril de 2022. <https://dle.rae.es/expectativas>

15 Anexos

15.1 Anexo A. Guion entrevista a profundidad.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS: Guion entrevista a profundidad.**Preguntas generales.**

Fecha:

Sexo:

Nombre completo:

Nivel de formación académica:

Lugar donde labora:

Hace cuánto tiempo labora en dicho lugar:

Categoría 1. Intervención primaria en cuidados paliativos

Subcategoría: Atención y/o acompañamiento al paciente oncológico

Pregunta: 1. ¿Para usted, en que consiste la intervención primaria en cuidados paliativos?

Subcategoría: La empatía como característica principal de la intervención

Pregunta: 1. ¿Cuáles son las características de este tipo de intervención?

Subcategoría: Requisitos /condiciones para recibir la intervención

Pregunta: 1. ¿Qué requisitos debe cumplir un paciente para recibir una intervención primaria?

Subcategoría: Contención emocional, como principal beneficio de la intervención

Pregunta: 1. ¿Qué beneficios obtiene el paciente de esta intervención?

Categoría 2. Labor del psicólogo en cuidados paliativos

Subcategoría: Funciones del psicólogo en cuidados paliativos

Pregunta: 1. ¿Cuáles son las funciones específicas de un psicólogo en cuidados paliativos?

Subcategoría: Acompañamiento a red de apoyo

Pregunta: 1. ¿Qué tipo de intervención se realiza a la familia del paciente?

Subcategoría: La escucha como habilidad principal del psicólogo en cuidados paliativos

Pregunta: 1. ¿Qué habilidades básicas y competencias considera que debe tener al momento de trabajar con este tipo de pacientes?

Subcategoría: Enfoque humanista-existencial y cognitivo conductual como los más utilizados en la intervención

Pregunta: 1. ¿Cuáles son las técnicas y/o terapias más utilizadas por usted en la intervención con este tipo de pacientes?

Categoría 3. Experiencia en la intervención**Subcategoría:** Acompañamiento del sufrimiento del paciente**Pregunta:** 1. ¿Qué piensa acerca de la intervención que realiza a sus pacientes?**Subcategoría:** Expectativas en la intervención de los pacientes**Pregunta:** 1. ¿Qué expectativas tiene al conocer los casos de los pacientes con los cuales va a trabajar?**Subcategoría:** El amor, sentimiento que se hace presente en el psicólogo**Pregunta:** 1. ¿Qué emociones/sentimientos le genera trabajar con pacientes en estado terminal?**Subcategoría:** Cambios en la vida del psicólogo atribuidos a la intervención con los pacientes oncológicos**Pregunta:** 1. ¿Qué conductas o comportamientos están asociados a la intervención que realiza con sus pacientes?**Subcategoría:** Experiencias significativas recordadas a partir de la intervención**Pregunta:** 1. ¿Cuál es la experiencia o experiencias más significativas que ha vivido a lo largo de su labor en los cuidados paliativos con pacientes terminales?