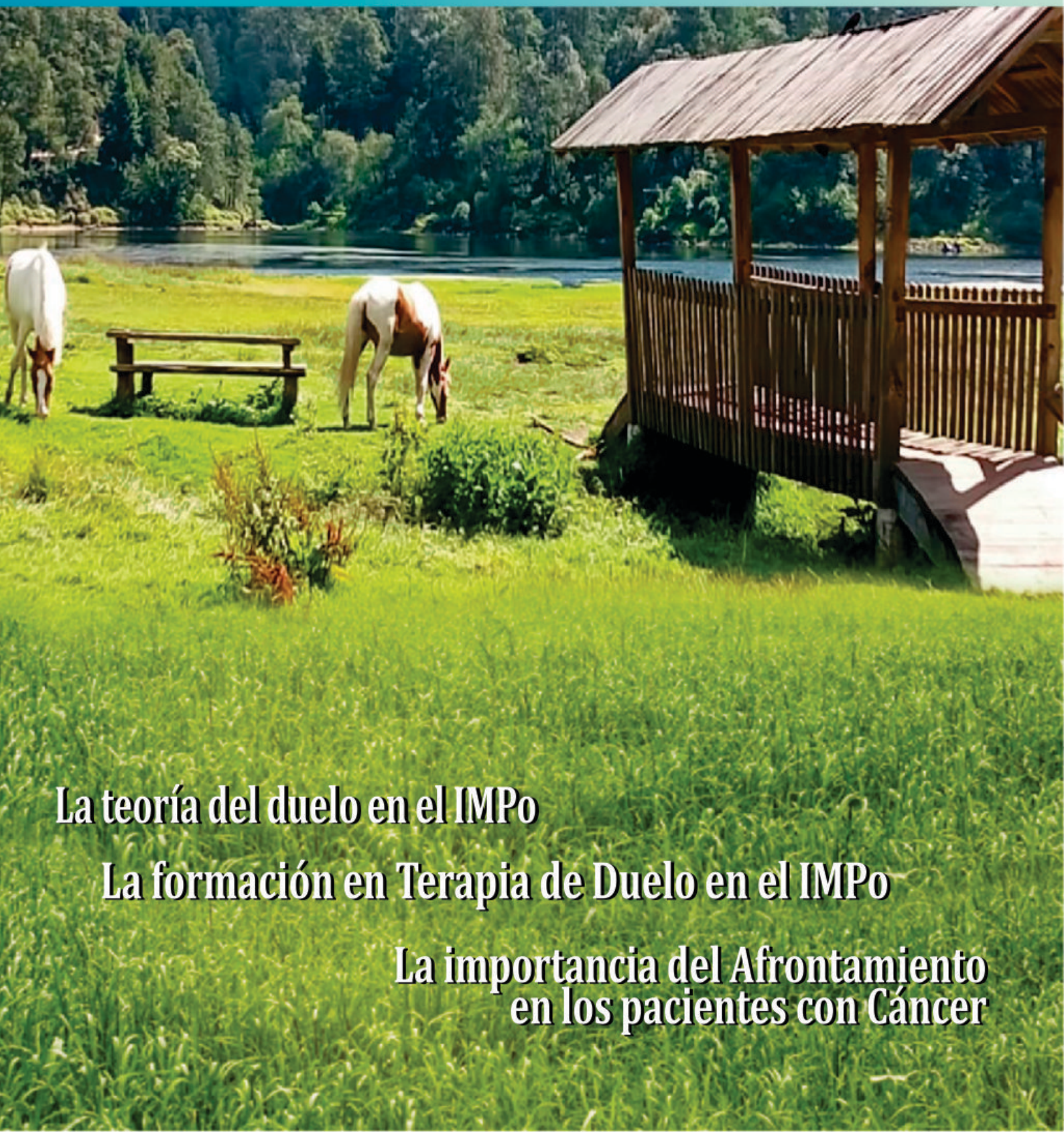


Tanatología del Siglo XXI

Thanatos



La teoría del duelo en el IMPo

La formación en Terapia de Duelo en el IMPo

**La importancia del Afrontamiento
en los pacientes con Cáncer**

- Psicología
- Informática Administrativa
- Administración y Finanzas
- Psicopedagogía
- Trabajo Social
- Gerontología
- Derecho

INICIOS: • Septiembre
• Enero
• Mayo

www.impo.org.mx

Duración: 3 años Inscripción: \$ 1,500.-
Mensualidad: \$ 1,500.-

Avalada por la Secretaría de Educación Pública, según acuerdos:
RVOE 20170848 de fecha 20 de Julio de 2017, RVOE 20180588 de fecha 15 de Mayo de 2018,
RVOE 20171951 de fecha 18 de Diciembre de 2017, RVOE 20180270 de fecha 30 de Junio de 2018,
RVOE 20180481 de 12 Abril de 2018, RVOE 20110682 de fecha 18 de Julio de 2011,
RVOE 20170849 de fecha 20 de Julio de 2017, RVOE 20180587 de fecha 15 de Mayo de 2018,
RVOE 20181481 de fecha 12 de Abril de 2018, RVOE 20110681 de fecha 18 de Julio de 2011,
RVOE 20170251 de fecha 9 de Mayo de 2017, RVOE 20081591 de fecha 16 Junio de 2008,
RVOE 20180480 de fecha 12 de Abril de 2018, RVOE 20180201 de fecha 27 de Abril de 2015,
RVOE 20181482 de fecha 12 de Abril de 2018, RVOE 20130335 de fecha 29 de Agosto de 2013,
RVOE 20170250 de fecha 9 de Mayo de 2017 otorgados por la DIPES.

Plantel Montevideo
Av. Montevideo No. 625
Col. San Bartolo Atepehuacan
Alcaldía Gustavo A. Madero
C.P. 07730, Ciudad de México.
Tel. 6393 - 1100

Plantel Tláhuac
Av. Tláhuac No. 5991
Col. Bo. Santa Ana Poniente
Santiago Zapotitlán
Alcaldía Tláhuac, C.P. 13220
Ciudad de México.
Tel. 6819 - 2000

Plantel Tlalpan
Calz. de Tlalpan No. 1471
Col. Portales, Alcaldía Benito Juárez
C.P. 03300, Ciudad de México.
Tel. 6393 - 2000



PROMOCIONES

Descuentos en inscripciones del:

100%
50%
30%

DIRECTORIO

EDITOR RESPONSABLE

Marco Antonio Polo Scott

DIRECTORA DE PUBLICIDAD

DISEÑO Y EDICIÓN

Ana María Rico Cárdenas

DISEÑO GRÁFICO

Laura Anai Barrón López

CORRECCIÓN DE CONTENIDOS

Karina Gúémez García

OPINIONES Y SUGERENCIAS

marcoapolos@hotmail.com

INFORMES Y SUSCRIPCIONES

difusion.impo@hotmail.com

Tel. 6393 - 1100 6819 - 2000

6393 - 2000

DERECHOS RESERVADOS

Marca Registrada THANATOS

ISSN 2007-3232

VOLUMEN 28

TANATOLOGÍA DEL SIGLO XXI THANATOS, Año 11, No. 28, MAYO-AGOSTO, 2019, editada por el Instituto Mexicano de Psicooncología S.C., Av. Montevideo No. 635, 1er. Piso, Col. San Bartolo Atepehuacan, Alcaldía Gustavo A. Madero, C.P. 07730, México, CDMX, teléfono 6393 1100, marcoapolos@hotmail.com, www.impo.org.mx, Editor responsable: Marco Antonio Polo Scott. Reservas de Derechos al Uso Exclusivo No. 04-2009-120113514900-102. Licitud de Título y Contenido No. 14808, ambos otorgados por la Comisión Calificadora de Publicaciones y Revistas Ilustradas de la Secretaría de Gobernación. Impresa por Impresos Mauistik, S.A. de C.V., Mendelssohn No. 142, Col. Vallejo, Alcaldía Gustavo A. Madero, C.P. 07870, CDMX, este número se terminó de imprimir el 31 Agosto del 2019 con un tiraje de 5,000 ejemplares.

Las opiniones expresadas por los autores no necesariamente reflejan la postura del editor de la publicación.

Queda estrictamente prohibida la reproducción total o parcial, por cualquier medio de los contenidos e imágenes de la publicación sin previa autorización del editor.

El editor considera sus fuentes como confiables, sin embargo puede haber errores en la exactitud de los datos, por lo que sus lectores utilizan su información bajo su propio riesgo.

El editor, la casa editorial, los empleados, los colaboradores o los asesores no asumen responsabilidad alguna por el uso del contenido editorial o de los anuncios que se publiquen dentro de la revista.

Todo material empleado para su publicación no será devuelto, y se entiende que se puede utilizar en cualquier publicación, y que cede todo su derecho para utilizarlo, editarlo, citarlo y comentarlo, en cualquier tipo de publicación.



2

La teoría del Duelo en el IMPo

Entrevista con el Dr. Marco Antonio Polo Scott
por el Dr. José Manuel López Estrada

12

La importancia del Afrontamiento en los pacientes con Cáncer

Raquel Cravioto García

17

La formación en Terapia de Duelo en el IMPo

Autobiográficamente descrita
Mtro. Catalino Figueroa Aparicio

27

La importancia del Afrontamiento en los pacientes con Cáncer

Monica Lucia Escobar Alarcón

@IMPo_Oficial



@IMPoOficial



impooficial





LA TEORIA DEL Duelo en el IMPo

Entrevista con el Dr. Marco Antonio Polo Scott

Dr. José Manuel López Estrada
Instituto Mexicano de Psicooncología

Entrevista realizada el 30 de julio de 2016, en las instalaciones del Instituto Mexicano de Psicooncología plantel Montevideo, con el propósito de recuperar la opinión del Dr. Marco Antonio Polo Scott en relación a la temática desarrollada al interior de la *Rueca de Penélope*, agradecemos al Dr., por su comprensión, tiempo y colaboración para con este proyecto.

Dr. José Manuel: Doctor, buenas tardes, gracias por su tiempo, es para mí un placer que me haya dado la oportunidad de platicar unos momentos con usted. Como sabe, un grupo de profesores estamos trabajando en un proyecto que se llama "*La Rueca de Penélope*". Trece profesores nos hemos reunido durante un año para comentar y discutir algunas reflexiones sobre Teoría de Duelo. Este año llevamos seis meses en la revisión de esos trabajos, con el propósito de publicar un libro. Nos ha parecido que su punto de vista debe aparecer en ese texto, siendo usted el principal representante del IMPO y fundador, así como principal teórico del Instituto. Empezaríamos esta charla, con una pregunta que intentaría rescatar su formación teórica respecto al duelo y quizás, algo que usted nos quiera compartir sobre cómo ha sido este trayecto de vida en la formación de sus ideas sobre el duelo. ¿Doctor Cuál ha sido el trabajo que ha realizado al interior del IMPO, en cuanto a Teoría de duelo?

Doctor Marco Antonio Polo: Buenas Tardes Doctor Estrada, antes que nada quiero comentarle que mi acercamiento al duelo fue desde la práctica, en mi formación como Psicoterapeuta Gestalt, ahí me encontré que varios de mis pacientes presentaban como conflicto primario situaciones relacionadas con pérdidas, en ese tiempo tocábamos muchos las perdidas significativas en función de la muerte, en el transcurso de mi vida y sobre todo, cuando fungi como jefe de recursos humano en una dependencia de gobierno, me encontraba con que, muchas de las inasistencias o el resultado del bajo rendimiento profesional, tenía que ver con pérdidas, de alguna manera esto me fue sensibilizando, en ese tiempo decidí estudiar el Diplomado que se impartía en una Institución de Tanatología y en uno de los módulos tocaba los aspecto del duelo de una manera superficial, pero los tocaba y entonces conocí algunos autores, que de alguna manera, hablaban de duelo, entre ellos había un libro muy famoso, es el libro de Jorge Bucay "*El camino de las lagrimas*", que para muchos era como un súper libro que hablaba de duelo, y yo creo que era un libro que acercaba a la mayoría al estudio del duelo, en comparación con los grandes estudiosos del tema que más bien estaban destinados a los profesionales de la Psicología o de la Psicoterapia. Entonces esto me fue motivando a entender, pero ahora desde un espacio clínico, no desde el constructo teórico sino desde la praxis, desde el ser humano que se encuentra en una situación del duelo, empiezo con el paciente, conozco sus vivencias y dentro de mí surge la pregunta: ¿Cómo soporto teóricamente la elaboración de duelo que estoy haciendo desde la Psicoterapia Gestal?, entonces me adentro a estudiar algunos de los

grandes teóricos, recuerdo que entre ellos los Conductivos-Conductuales me fascinaron, me explicaban de manera tan detallada, que decía yo: “aquí hay mucho de donde sacar”, para algunos aspectos chocaban con mi formación Gestáltica, por lo que decido generar una especie de divorcio teórico con la Gestalt para casarme con el conocimiento en general, es decir, no desacreditar ninguna corriente.

Era necesario buscar los fundamentos del duelo desde los primeros que habían escrito sobre el tema, toque hasta los griegos y note que con ellos habían elementos muy importantes del duelo, y a ahí descubro que seria conveniente revisar al Doctor Sigmund Freud, entonces llegó a mis manos el escrito “*duelo y melancolía*” y tuve la oportunidad también de leerlo y revisarlo, y entonces pude formar una comprensión medianamente de lo que era el duelo. Ahora había que llevar esto, a lo que estaba haciendo, pero compaginarlo, para darle sentido a ese trabajo. Creo yo que la praxis nos ha hecho a nosotros, es el paciente quien al final de cuentas nos ha enseñado, tal vez el camino lo he recorrido al revés, de alguna forma muchos recorren la parte teórica y luego van hacia la praxis. Yo, en mi caso, fue al contrario, hoy se cuando realizo preguntas como las que usted me formula, atinadamente, que mi vivencia tiene que ver con el duelo, incluso me ha permitido ubicar muchos de los duelos que están en función mía y tal vez en una vida llena de duelos, el interés por el duelo es una proyección o una necesidad mía con respecto a lo que trabajo y al mismo tiempo he investigado.

Doctor José Manuel López Estrada: Gracias Doctor, fíjese que yo tengo aproximadamente más de seis años que lo leí a usted, sus ideas sobre duelo y las etapas con que lo describe, siempre me pareció ver ahí una presencia de Bowlby, ¿no se si estoy equivocado?

Doctor Marco Antonio Polo: ¡Si, si, claro! Este Bowlby, yo creo que todo estudioso del duelo, de manera seria, debe tomarlo en cuenta, no sé cómo surgen los aspectos de la teoría de Bowlby, pero se que ahí hay una terapia y que esa terapia esta hablando desde su experiencia práctica y lo está aterrizando en la palabra escrita y formando la teoría.

Doctor José Manuel López Estrada: Y de ese tiempo para acá Doctor, ¿ha cambiado su perspectiva de esas ideas que tenia de duelo?, esas ideas que todavía encontramos en sus libros ahora que usted habla más de lo Transpersonal, ¿ha habido una modificación en cuanto a las ideas que tenia originalmente?

Doctor Marco Antonio Polo: Si, indiscutiblemente, de hecho en días pasados revisando en el libro de “*Los Duelos en la familia*” me cuestioné yo mismo lo que había escrito en esos años, por ahí del

2006, decía: “me doy cuenta lo limitado del aprendizaje que quise transmitir en ese tiempo, ha habido una revolución, una revolución que de la misma forma que el estudio del duelo, se ha dado con respecto a la Psicoterapia, ha venido del consultorio, ha venido del espacio clínico, ha venido del paciente para darle al paciente lo que necesita, es decir, no lo que yo sé, sino lo que necesita, y cómo lo que necesita es lo que más yo sé, entonces tengo que saber más para, por lo menos, emparejarme a las necesidades del paciente. Y esto me hizo hacer o realizar el transito hacia lo Transpersonal y en lo Transpersonal el duelo se redimensiono, entender que en el duelo hay alguien, que tiene que ver con el duelo; hace unos momentos acabo de salir de una sesión de una persona que de niña es dejada por su mama, ahí hay una pérdida, la casa donde estaba no es la mejor casa, pero al final de cuentas es *su* casa y después su mama la recoge y en ese transcurrir tiene otros tipos de pérdidas y luego se casa, se divorcia, es otra pérdida y en ese momento histórico de su vida no está dispuesta a perder nada más, es decir, todos sus duelos se hacen presentes y cuando se hacen presentes sus duelos, en su vida, la desadaptan, no es capaz de adaptarse con sus mecanismos o con sus procesos adaptativos y como consecuencia necesita un apoyo externo, en esencia, podemos decir que cada uno por separado los pudo contener pero cuando todos se juntaron la dimensión es otra, pero al mismo tiempo checamos que en el caso de su papá, una persona también llena de duelos, por los cuales se refugia en la adicción; en el caso de su mamá, en lo emocional y afectivo también llena de duelos, buscando llenar algo a través de personas que no pueden llenarla, más que solamente por lo que ella pueda aportarse, entonces, progenitores llenos de duelos, juntos se los transmiten a la niña, es una hija con duelos y esos duelos que no pudieron trabajarse se hacen presente, los duelos de los padres se hacen presentes en la niña primero, en la adolescente después y en la adulta el día de hoy. Entonces el método de la Psicoterapia Transpersonal me permite dimensionar y saber que el duelo del ayer, en esta generación y otra es el duelo de hoy, que muchas veces cometemos el atrevimiento de decir que se ha cerrado un duelo y yo ya tengo plena conciencia que los duelos no se cierran, los duelos, en el mejor de los casos, tenemos un acercamiento de elaboración, pero que el duelo o la estructura del duelo se mantiene, que es lo que hacemos cuando hacemos ese acercamiento de elaboración, empezar a cambiar los estados emocionales que son reactivos al duelo, es decir, empezamos a separar, a dosificar las emociones y los recuerdos que están ligados con la pérdida para que la parte emocional, o sea dentro, haya tranquilidad o esto tenga un espacio emocional displacentero lo menos impactante posible, que al final de cuentas es lo que hacemos, pero el duelo sigue estando ahí, sigue estando de muchas formas y una de ellas como aprendizajes, porque quien ha podido superar o resolver un duelo es capaz de resolver otros duelos, sabiendo que tiene que ocupar el mismo mecanismo que hizo del anterior, por desgracia, como decimos en transpersonal “contra el inconciente, no hay defensa”.

Doctor José Manuel López Estrada: Doctor, si me permite decirlo, yo siempre he pensado que para aprender de usted hay que escucharlo y verlo en acción, verlo trabajar, sin embargo, si me gustaría que como una recomendación bibliografía y como un consejo para quienes se inician en el estudio del duelo, pudiera usted recomendar dos o tres textos, que dijera: “tienen que leer estos textos”.

Doctor Marco Antonio Polo: No sería nada fácil, porque queriendo incluir, sería muy excluyente, yo creo que es obligado para todos leer al doctor Sigmund Freud en su artículo “*Duelo y Melancolía*” necesariamente yo creo que hay que leer a Worden, algunos de sus artículos, no me atrevería sugerir uno, sino hacer una revisión sistemática, incluso evolutiva de acuerdo al orden de aparición de sus artículos y claro no dejaría por nada a Bowlby, ahora, a veces en la literatura más ligera pueden surgir cosas interesantes, y en ese sentido el tomarse una taza de café en cualquier lugar con el libro del Doctor Jorge Bucay es una forma ligera de percibir el mundo desde una visión no tan académica pero que si permite al investigador notar ahí unas discrepancias pero también algunas concordancias con otros escritores.

Doctor José Manuel López Estrada: Pues esto me lleva a la siguiente cuestión a la que quiero invitarle a reflexionar ¿qué lugar ocuparía el tema del duelo en la formación de los tanatólogos en general? a veces los tanatologos pensamos que el duelo es central y único en la atención a enfermos terminales, crónicos o degenerativos, pero no sé, en su opinión doctor ¿qué lugar tendría la teoría de duelo la formación de tanatólogos?

Doctor Marco Antonio Polo: Yo creo que es un puto esencial, pero tenemos que ubicar los campos, el duelo para el educador, no es el duelo de la psicoterapia, ni es el duelo en relación con la medicina, mucho menos con los aspectos sociales es decir, explicar el duelo desde su campo. En una tanatología abarcativa dónde hablamos del enfermo terminal, los pacientes crónicos, los potencialmente pacientes terminales, el suicidio, accidentes fatales, homicidios, duelos que no habían sido estudiados por la Tanatología, como el divorcio, la separación, la jubilación, el despido, las grandes crisis de nuestro país con respecto al crimen organizado, como el caso de la extorsión, el secuestro, el levantón. Obviamente al ocupar la palabra “paciente” me estoy refiriendo a la Psicotanatología y entonces la visión de la tanatología en cualquiera de sus campos va a ser diferente, yo creo que un día debemos empezar a investigar mucho los orígenes del duelo en nuestra sociedad, ósea hemos hecho un trabajo intra analítico del duelo, hacia adentro, nos falta desarrollar lo inter-social, con respecto al duelo que genera este fenómeno al cual definimos de alguna manera como un proceso de percepción de pérdida significativa, de algo a lo cual, le hemos colocado un

significado afectivo relevante. Cómo se genera esto en la sociedad, la mayoría de nosotros hemos entrado desde el aspecto psicoterapéutico, incluso algunos desde la reacción médicas, tales como nos habla el DSM-5 con todo su apartado de duelo, creo que hemos sido capaces de psicopatologizar el duelo pero no hemos sido capaces de colocarlo en la dimensión social que le corresponde y hoy creo que tenemos que hacerlo porque de lo que surja aquí se va alimentar la tanatología educativa, porque no hemos podido justificar de manera académicamente coherente ¿por qué los profesores o todos los educandos deben de conocer de duelo? o si les decimos: sí nuestros profesores deben de saber cómo controlar un duelo, no como elaborarlo, pero no les hemos dado las herramientas a quienes toman decisiones de decir ¡a claro! Hoy sabemos casi todo con respecto a la tanatología médica y la Psicotanatología entre las distintas corrientes con el duelo, pero no vemos casi nada, ni investigaciones que nos puedan llevar a un análisis profundo de la Tanatología social con el duelo. Y también sabemos que medianamente podemos soportar el conocimiento de la tanatología educativa con respecto al duelo, pero está en niveles muy dispares. porque se ha confundido, se piensa que la tanatología social tiene que ver con los filósofos o con los antropólogos o sea, se piensa que tiene que ver con las corrientes sociológicas y no estamos hablando de eso, estamos hablando de la visión de la Tanatología, entonces se cree que la visión de la muerte es la visión de la Tanatología, la Tanatología no tiene que ver exclusivamente con la muerte tiene que ver con un proceso llamado vida-muerte y entre, en medio de, este proceso vida-muerte, hay un término que le da sentido a todo, aparece el “Sentido” del proceso. He checando varios trabajos muy interesantes, muy muy interesantes, donde se han dedicado muchas horas de esfuerzo, están muy bien estructurados y les he dicho a algunos de estos investigadores: tu trabajo es un excelente trabajo del antropología de la muerte, tu trabajo es un excelente trabajo de filosofía de la muerte, tu trabajo es un excelente trabajo de educación de la muerte, tu trabajo es excelente con respecto a la psicoterapia de la muerte, pero no veo la Tanatología. Es esa la parte donde nos distinguimos de los demás, la Tanatología nace como el estudio de la muerte, por definición etimológica, pero no se puede reducir a eso, porque su revolución, así como en su momento con la Doctora Elisabeth Kübler-Ross nos colocó con el paciente terminal, pero sobre todo en el paciente terminal en fase terminal, es decir, en el moribundo, desde ahí hemos evolucionado para el paciente terminal, y luego evolucionamos a los otros tipos de duelo, y luego evolucionamos a los acontecimientos que concluyen con muerte, como es el caso del suicidio, homicidio, accidente fatal, las manifestaciones del crimen organizado, es decir, la tanatología evoluciona y hoy tenemos que dejar en claro que no hablamos exclusivamente de la muerte sino que hablamos del proceso de vida-muerte, y en esta evolución ser capaces de generar estas nuevas investigaciones y ser reiterativo, tenemos que desarrollar la Tanatología Social desde la Tanatología no desde las otras ciencias las otras ciencias han hecho algo y han hecho cosas interesantes pero hay que centrarlo o lo nuestro.

Doctor José Manuel López Estrada: Gracias Doctor, de todo lo que ha comentado, se me ocurre la siguiente reflexión: Kübler-Ross ha generado cultura y esa cultura es hegenómica en el ambiente Tanatológico y a veces ir contra esa corriente hegemónica cuesta trabajo, muchas veces representa el primer reto para los Tanatólogos que entran a un Doctorado o a una Maestría, romper con ese condicionante social de ver a la Tanatología desde lo Kübleriano.

Doctor Marco Antonio Polo: Es que yo en mis críticas, y criticando no a la persona sino al pedestal que pusieron de la persona, se generaron muchos conflictos incluso recuerdo uno que en Argentina en el 2004 donde inicia una reflexión de la obra Kübler-Ross, mi reflexión, que no había mucho de donde tomar desde el punto de vista académico, que se había generado toda una oleada tipo Hollywood, para generar una gran estrella, no digo que la Doctora Kübler-Ross no sea brillante, no estoy diciendo que su obra no vale, sólo creo que bajo la grandeza que se generó en torno de ella se ocultaron a gentes muy importante y entre ellos yo diría la Doctora Cecile Saunder, a quien yo considero, y esta idea la comparten muchos más, de unos tamaños tan o mas grandes que la Doctora Kübler, entonces, la Tanatología se desvirtuó, eso mismo, esa misma muerte que abrió la Doctora Kubler, después ella misma se encargo de cerrarla, esta vez con piedra y lodo, como decimos en mi pueblo, el problema es que no hubo más investigación, se convirtió en una especie de literatura romántica y eso seduce, la literatura romántica de corte poco formal seduce, son las frases bonitas, son esas frases que tienden a enamorar pero que no soportan el estudio rígido de lo que marcarían los aspectos científicos y como consecuencia muchos piensan que, por ejemplo, lo que ella dijo debe ser tomado como la Biblia en el trabajo de Tanatología de duelo, incluso requieren un análisis sus etapas del duelo, son las etapas más conocidas en el mundo, tanto que, cuando empezamos a preguntar de una de las etapas del duelo es posible que las únicas que se pudiesen conocer son las de ella, pero resulta ser que cuando analizamos sus etapas de duelo coincidimos que no son etapas de duelo, no cumplen los criterios mínimos indispensables para hablar de duelo sino que estamos hablando de varias formas del proceso adaptativo por los que pasa un paciente terminal en fase terminal, ese sería su título: la reacción que tienen y entonces, tenemos por ejemplo, que para lo que se conoce como negación y aislamiento es una reacción adaptativa algo que no puedo controlar psíquicamente, se recibe un impacto y el decir NO es una cuestión pensante, es un intento de sobrevivencia. Y haciendo todos estos análisis podemos determinar que difícilmente puedan manejarse desde lo que es un duelo, que en la mayoría de los casos, sin perder de vista que pueden ser que alguien a partir del diagnóstico presente un duelo, pero lo que si es casi seguro es que presenten un estrés post traumático, pero el estrés postraumático como consecuencia se desliga a lo post-traumático y se mete en su lugar el duelo aunque el comportamiento no corresponda.

Doctor José Manuel López Estrada: Me hizo recordar una frase en el final del segundo capítulo, de Kübler –Ross, “Sobre la Muerte y los Moribundos”, ella habla de *mecanismos de reacción*. Y ahora doctor, si me permite esta reflexión llevada a la enseñanza, mi pregunta seria: ¿Los docentes de Tanatología estaremos leyendo mal a Kübler-Ross?

Doctor Marco Antonio Polo: Yo creo que algunos de los docentes al mismo tiempo estamos casados con ese fantasma, y es muy difícil divorciarse de un fantasma, podemos divorciarnos de las personas, podemos divorciarnos de las actividades, podemos divorciarnos de los animales de compañía, de los objetos; pero divorciarse de fantasmas no, porque hay un pre-juicio entorno a él y de muchas formas algunas de la imágenes distorsionadas, es la imagen de la abuelita, de la viejita amable, cariñosa que lucho contra todas las adversidades, es esa metáfora del Quijote contra los molinos, contra esos moustruos, algo parecido, ella tuvo que ir sola porque le queman su casa en ese lugar y entonces ella busca hacer el bien y los demás no le permiten ayudar, que además se descontextualiza todo lo que sucedió en ese tiempo, y que a además ha sido beneficiada por muchas instituciones de prestigio con premios en los cuales en la mayoría el otorgamiento de muchos Honoris-Causa, se da de esta manera por ser personalidad, no por tu trabajo profesional-académico y esto es el caso, ósea donde la fama la subió al cielo, pero no al parejo de su trabajo académico.

Entonces, para muchos Tanatologos-Profesionales-Docentes, el mito es parte de ellos, y como el mito es parte de ellos, esta parte de la viejita encantadora victima de las circunstancias entra en su personalidad y embona perfectamente. Hoy todavía recuerdo a un colega docente que después de concluir los estudios de Doctorado, en uno de sus trabajos planteó como etapas del duelo, las etapas de la Doctora Kübler-Ross, ósea ya había justificado, con sus estudios de doctorado el análisis de las etapas Kübler.Ross, ya no había justificación de que no conociera otras etapas, hace unos momentos me hizo la pregunta sobre recomendar algún texto, yo creo que el texto del Doctor Tizon es formidable, no quise dejarlo, entonces, este compañero Doctor, ya había leído a Worden, Tizon ya había leído a grandes escritores de los duelos, y se había quedó con la Doctora Kübler-Ross pero no en su conciencia, sino en el inconciencia y cuando está en el inconciencia no hay defensa, al final de cuentas sin darse cuenta fue lo que colocho como etapas de duelo en el trabajo que presentó.

Doctor José Manuel López Estrada: Doctor qué recomendaría para ser más eficaces en la enseñanza de la Teoría de duelo, en la Maestría de Tanatología.

Doctor Marco Antonio Polo: Yo creo que tenemos que centrarnos en los profesionales, hemos pensado en ellos como profesionales pero tal vez hemos dejado a las personas, entonces, tenemos que ver al profesional como persona, y algunos de ellos necesitan pasar por procesos terapéuticos, algunos de ellos

en sus clases están proyectando sus carencias, están proyectando sus asuntos inconclusos, están proyectando sus antepasados, están proyectando lo que son en una parte de ellos, pero no lo que en realidad son profesionalmente en la tanatología. Entonces tenemos que buscar que nuestros profesores, docentes, tengan una doble formación, la formación subjetiva con respecto a ellos hacia adentro lo intra y que esto nos va a llevar a lo inter, nos va a llevar hacia lo transgeneracional de su vida y seguir fortaleciendo espacios académicos como la “*Rueda de Penélope*”, necesitamos más Ruedas, mas compromiso, y tal vez lo que hoy en día necesitamos consolidar es un grupo de profesores con los que se pueda trabajar, porque a veces tenemos entradas y salidas por cuestiones de acomodo, por necesidades de la misma institución, pero que ya tengamos pilares que se van a encargar de la asignatura de duelo y que se puedan estar especializando sobre temas mas específicos. La Tanatología de hoy en día es muy grande, no dimensionados el tamaño que iba a tener; en los últimos días que hable con el Doctora Beatriz Chávez le sugerí que tenemos que trabajar los campos de la Tanatología, porque si no, se pierden todos los temas, están demasiado abiertos y son extremadamente ambiciosos, por ejemplo: “El niño ante la muerte” ¿desde dónde lo vamos a ver?, ¿desde lo Educativo, desde lo Psicotanatológico, desde lo Médico, desde lo Social, desde dónde? Entonces, si ubicamos esta temática desde los campos, podemos abordarlo con mayor sentido y tal vez esto nos lleve a la reflexión y generar conocimientos específicos desde esta visión, una visión superior que no solamente hable desde algunos aspectos o reacciones emocionales que tiene, pero que no nos conducen a nada científico. Considero que tenemos que formar a nuestros docentes de una manera más comprometida, no debemos dejarlo solamente como una parte subjetiva, debemos, también incrementar la parte objetiva, más Ruedas y más atención personalizada ahí.

Doctor José Manuel López Estrada: Gracias Doctor. Por último, para cerrar y no dejar pasar el tema del Doctorado, ¿qué opinión le merecen los trabajos que se han hecho en Doctorado con respecto a duelo y si usted tendría ahí una observación que hacer?

Doctor Marco Antonio Polo: Creo que es conveniente, empezar por individualizar algunas cosas de acuerdo al campo, he visto horas de esfuerzo, he visto investigaciones, he visto que tenemos todos los elementos y que para algunos casos les hace falta aterrizarlos, pero a veces no los logramos aterrizar porque no determinamos bien el camino, entonces creo que en ello tenemos mucho trabajo que hacer, creo que la formación del claustro Doctoral tiene que ser permanente y tiene que estar sesionando con continuidad para estar intercambiando puntos de vista, creo que tenemos, en ese sentido, transpersonal humanista, solicitarles a nuestros doctores no en lo general, sino en lo personal, que mejoren cada uno de ellos; tenemos un conflicto con los que vienen de medicina, es que su nivel de conocimiento con respecto a procesos de investigación son muy limitados, que no se

no conocen otro y que no son capaces de innovar. Me ocupa que algunos necesiten ser tomados de la mano para llevarlos hasta el final del camino por qué no sepan investigar solos, porque al final del proceso ya no va a ver quien los acompañe, ellos serán los que busquen llegar por su propio camino, entonces, creo que la solución nos las puede dar el claustro donde están las divisiones y que en ese claustro de divisiones puedan aportarnos metodologías y diseños a seguir y que sea el doctorante que se encarguen de escoger; y tal vez, quitar las fechas fatídicas, fatídicas para nosotros, fatales para ellos, “yo después de concluir el doctorado me graduó”. Porque no están listos, porque no nos traen buenos trabajos, porque no consiguen la calidad que requiere, porque quedamos totalmente limitados, tenemos que reunirnos, tenemos que formar el claustro cómo tenemos que ver incluso qué temas hay, temas que totalmente no son motivo de investigación no en este nivel, entonces tendrán que decirnos de entrada una justificación que pueda ser considerada, no excluirlos pero decirles: “justifícalo”, pero no me lo justifiques con tres líneas, no me digas que lo vas a analizar, o que su soporte es uno o dos autores y lo además es experiencia de vida, si, tu experiencia de vida pero acompañada con otros veinte o más autores, los que sea necesario, tenemos mucho trabajo porque tenemos la posibilidad de entender el camino que sigue la tanatología, esa es la gran ventaja, que sí sabemos qué es lo que nos toca hacer, el camino es largo, ya dimos unos pasos pero tenemos que mantenernos en el camino, tenemos que seguir andando sabiendo hacer lo mejor.

Doctor José Manuel López Estrada: Gracias Doctor, ¿qué invitación haría a los profesores sobre cómo debemos pensar lo transpersonal dentro de nuestro trabajo docente en el IMPO?

Doctor Marco Antonio Polo: Lo primero es si se concibe un acercamiento, si se desea saber sobre lo transpersonal, luego empezar a leer los textos que tenemos en el IMPO, relacionados a los transpersonal y acercarse a lo transpersonal desde las asignaturas que tienen, hay la libertad, también pueden entrar a cualquiera de las cátedras y poder compartir con nosotros su visión, aquellos que no lo comparten por lo menos enterarse de qué se trata, la única pena es opinar sin saber, por qué se llama ignorancia, entonces así como nosotros, siendo transpersonales tenemos la posibilidad de reconocer el trabajo de la Gestalt, la Logoterapia, el trabajo de los grandes Conductivo-Conductuales, el trabajo del análisis del Doctor Freud y de la gente que trabaja con él, de la gente del conductismo, de esa misma forma les diríamos a nuestros profesores que tengan la apertura para conocer y saber de qué se trata lo transpersonal, antes de descalificar.

Doctor José Manuel López Estrada: Le agradezco mucho su tiempo Doctor esta charla que hemos tenido y por mi parte sería todo. Muchas Gracias.

Doctor Marco Antonio Polo: Muchas Gracias a usted Doctor.



LA IMPORTANCIA DEL Afrontamiento en los pacientes con Cáncer

Raquel Cravioto García

Materia: El paciente con Cáncer

Profesora: Dra. Angelia Belanzauran Marquina

Generación: 2019-02 30

Julio/19

*“Una cascada de lágrimas que corre continuamente al mismo fondo del río.
El monstruo del enojo que intenta salir con fluidos ácidos a través de mi garganta; el dolor más visceral en el centro del estómago y la ansiedad más carcomida royendo mis intestinos.
¡No entiendo nada, no puedo ni siquiera imaginar que es posible que ese príncipe que me salvó de la tragedia hoy sea quien me clava una daga en el corazón!
¡No, no es cierto, lo llegue a imaginar... pero no... no es cierto! Dios me ayudará... Siempre me ayuda. ¿Y hoy... ya sola en este castillo de cristal que se ha fragmentado, sin ellos, mis hijos? ... Dios, ¿dónde estás?... ¿porqué, porqué me volvió a pasar? ¿hacia dónde iré en todo esto? ...”*

Este es el fragmento del dolor de una etapa de la vida de Dora María. Una mujer de 65 a. que gozó de aparente buena salud toda su vida aún con la enfermedad de Diabetes mellitus que fue controlada por cerca de 20 a. Pero un día, fue muy evidente el extremo cansancio que llevaba por un par de semanas. Fue llevada a revisión médica y se detectó anemia de grado seis. Se hicieron los estudios encontrando Cáncer Gástrico en estadio II. Fue intervenida quirúrgicamente con posterior quimioterapia por espacio de dos meses y 30 sesiones de radioterapia. Después de unos meses se encontró otro tumor, volvió a ser intervenida, encontrándose ya metástasis en colon y en tan solo nueve meses... trascendió... Fue una agonía intensa, con dolores extremos que fueron creciendo a la par de la fe en Dios que la fue soltando para cerrar ciclos: pedir perdón, ser perdonada y avanzar espiritualmente hasta el abrazo eterno.

Desde la segunda mitad de su vida, su sentido de vida le dio color a mucha gente que fueron apoyados por su cálido servicio y su oración en la enfermedad y fase terminal.

Sabía cuál era el camino hacia la eternidad... en el Ofrecimiento encontró la corona de esta vida, pero cuánto cuesta dejar la vida si amas profundamente y eres amado.

Entre sus datos biográficos se encuentra: ser de nacionalidad mexicana, actividad laboral por 15 a. como secretaria bilingüe en un ámbito médico. Proveniente de familia integrada por padres y tres hermanos, con problemas de disfuncionalidad en violencia hacia la mujer, continuas infidelidades de su padre lo que junto a otros factores hizo que ella fuera a trabajar a E.U. y un día al regresar a México a los 22 a. se casara con la esperanza de que fuera para siempre. Empezaron los conflictos con su marido y un día él inició una relación con otra mujer y decidió irse dejándola con su hijo. *Ella tenía dificultad para aceptar y asimilar sus problemas.* Poco a poco fue saliendo del episodio depresivo hasta que con el tiempo conoció a otra pareja con el que se unió y con el que pensó que *“le iba a salvar de la catástrofe que vivió con su primer pareja”*. Refirió que se enamoraron y fueron muy felices un tiempo donde procrearon a dos hijos más.

El también con esquemas machistas, a veces generaba conductas muy violentas hacia la figura femenina. Tuvo infidelidades que “ *ella ignoraba o decía no darse cuenta* ” y que terminó en la creación de otra familia. Uno de sus hijos fue testigo de esto pues un día lo encontró con la otra familia y ante el shock y el saber que eso dañaría mucho a su madre decidió callarlo por dos años. *Ella se desarrollaba en una vida religiosa católica que le amortiguó el dolor para sobrevivir ante el drama repetido. El conflicto abierto se generó cuando en un momento de desesperación su hijo decidió decírselo y aquí es donde se evidencia en su salud un choque de emociones que se da en cascada y que provoca una crisis interna, pues expuesto éste secreto ante sus hijos y los demás creyó que... debía tomar una decisión:* Puso límites en la relación sin salirse de casa y se afianzó en la religiosidad que se va fundiendo gradualmente en una espiritualidad profunda y que al final de su vida... la salvó del caos existencial.

En esta historia de vida se entrelazan los elementos que fueron asociándose de una manera única y misteriosa para llegar al punto de la crisis de la vida, probables antecedentes genéticos, temperamento, personalidad, estilo de crianza, influencia sociocultural, creencias religiosas, resiliencia y estrategias de afrontamiento. Los cuales también derivaron en el tipo de desenlace y trascendencia.

Es básico resaltar que en el momento de crisis, Dora María va eligiendo procesual y de manera conciente estrategias de afrontamiento que son entendidas para Lazarus y Folkman como: “aquellos procesos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”. (1)

Ellos consideraron tres grupos básicos: El primero incluye estrategias dirigidas a la solución de un problema llegando a la minimización de la situación estresante. El segundo se divide en activo con esfuerzos conductuales, cognitivo o afectivos (planeamiento, reformulación positiva, humor, aceptación, apoyo emocional y apoyo instrumental); y la forma pasiva consiste en la falta de interés para enfrentar el problema: renuncia, auto distracción, negación, religión, uso de sustancias, auto culpa y descarga emocional). El tercero es el afrontamiento de tipo cognitivo, conductual o emocional. El afrontamiento conductual se presenta cuando la persona hace esfuerzo para controlar la situación desde la fuente original donde se produce el problema; y el afrontamiento emocional o conductual son los esfuerzos para controlar las emociones evitando así una situación estresante. (1) Aunque Carver Carver, Scheier y Weintraub, ubican a la estrategia de

"afrontamiento de Religión" como una táctica de afrontamiento activo pues esta tendencia religiosa implica el refugio espiritual y afectivo que se expresa a través del rezo y oración; el paciente busca apoyo y deposita su esperanza en las creencias religiosas.” (2)

Hay un estudio realizado por Peralta O. J. y Reinaltt C. C. (2017) en donde se mide el Afrontamiento en pacientes con Cáncer Gástrico utilizando las estrategias de Afrontamiento propuestas por Carver, encontrándose los siguientes resultados con el Cuestionario COPE (Cuestionario Mutidimensional de Afrontamiento). Hay mayor utilización en escalas de afrontamiento de Religión, Auto distracción y afrontamiento Activo. Las menos utilizadas son las estrategias de Abandono y Resolución así como Consumo de sustancias. (3)

En Dora María se observa que en las crisis de una etapa de su vida utilizó estrategias de afrontamiento de tipo pasivo (negación, autoculpa y descarga emocional) y en ésta última etapa ella fue activándose en la estrategia de Afrontamiento de Religión pues fue viviéndose en un recurso propio de su espiritualidad llamada “ Ofrecimiento ”, donde se le da un sentido positivo al dolor ofreciéndolo por alguna causa. Pues como diría Frankl, “el hombre puede conservar un vestigio de la libertad espiritual, de independencia mental, incluso en las terribles circunstancias de tensión psíquica y física” y que “al hombre se le puede arrebatar todo salvo una cosa: la última de las libertades humanas la elección de la actitud personal ante un conjunto de circunstancias para decidir su propio camino”. (4)

En la fase terminal pidió despedirse de forma conciente con cada uno de sus amigos y familiares dando lo mejor de sí, ya fuera en consejo, orientación y sobre todo gratitud. En los últimos momentos de expresión verbal sus últimas palabras fueron “ te amo ” a las personas más cercanas, y cuando el dolor y la inconciencia fueron llegando paulatinamente alguien en apoyo tanatológico tuvo una forma de comunicación no verbal encontrando un gran anhelo final que ya deseaba con su pareja “ ser unidos por el sacramento del matrimonio ” lo cual fue su forma de redimir su herida y entrar desde la libertad del amor a la Vida Eterna que fue la creencia esperanzadora que la sostuvo. No fue explicable médicamente como soportó tanto dolor pues ella optó por vivir con conciencia y para logro del cierre y trascendencia espiritual.

Al final solicitó la Unción de los Enfermos y aunque su cuerpo estaba fuertemente lacerado se le veía paz en su rostro encontrando que llegó a la meta diciendo simbólicamente “ Y ya no vivo yo, sino que Cristo vive en mí. Esta vida en la carne, la vivo en la fe del Hijo de Dios, que me amó y se entregó a sí mismo por mí ”. Gal. 2,20 (5)

CONCLUSIONES

En cada vida hay un misterio de amor que cada quien va develando en su encuentro consigo mismo, con el Otro y con Dios. Dora María tuvo una historia de vida que desde su herida fue redimida. En tan solo nueve meses fue evidente la procesual elección de las Estrategias de Afrontamiento Activo basadas en la Religión que la hicieron dinamizarse para llegar a la trascendencia. Su vida tenía un sentido que le permitió enfocarse y dirigirse a un abandono en el Eterno.

Las Estrategias de Afrontamiento son muy importantes en los pacientes con Cáncer pues son los medios con los cuales la persona vivirá con un sentido de vida, una ruta, esperanza, resiliencia, un posible milagro de curación y con mucho aprendizaje a partir de la enfermedad.

Las Estrategias de Afrontamiento en Psiconcología son medios de ayuda tanto para el paciente, el equipo de salud y la familia. Juntos se puede establecer la mejor forma de Afrontamiento para vivir con calidad y trascendencia estas etapas que pueden ser la diferencia en la fase del diagnóstico, el tratamiento, la recidiva, remisión o fase terminal.

El Afrontamiento también se da en una fluidez holística pues al enfrentar el estrés se utilizan todos los recursos de la persona. Es la forma de elegir el amor a la vida, a la misión, al otro y a Dios. Se pueden vivir como actitudes constructivas y si son llevadas al misterio infinito de la persona junto con la espiritualidad se llega al afrontamiento trascendente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lazarus, R.S. Folkman S. Estrés y procesos cognitivos. Barcelona. Martínez Roca; 1986. 1ª. Ed.
2. Carver CH. Scheier M. Weintraub J. Inventario multidimensional de afrontamiento COPE. Personalidad y psicología social Vol. 4, pág. 267- 283.
- 3.- Peralta Olivares J y Reinaltt Cubeñas C. Tesis para obtener el título profesional de Licenciado en Enfermería. Trujillo, Perú. 2017
- 4.- Frankl V. El hombre en busca de sentido. Barcelona. Herder. 1988.
- 5.- Biblia de América. España, 1994. La casa de la Biblia. 4ª. Ed.

LA FORMACIÓN EN Terapia de Duelo en el IMPo

Mtro. Catalino Figueroa Aparicio
Instituto Mexicano de Psicooncología



*A través de la ventana,
la libertad de un camino,
yo puedo ver,
Mi pensamiento vuela libre en sueños,
lejos de donde estoy...*

Canción “La Ventana”. Intérprete Roberto Carlos

Mis antecedentes

Soy Catalino Figueroa Aparicio, nací una mañana fría del 2 de Abril de 1957, en una comunidad llamada “San Vicente Nuñú,” Municipio de San Juan Teposcolula en la sierra del estado de Oaxaca. Soy el 5to de seis hermanos vivos; mis padres son Jonás Figueroa Velasco (muerto en el año 2006) y Vicenta Aparicio de Figueroa (89 años de edad); mis hermanos Juan Jacobo (69 años), Constantino (muerto hace 65 años), Felipe Lauro (65 años), Melchor Pedro (63 años), Antonio Juan (61 años) y Constantino (57 años).

En las diferentes etapas de mi vida, como niñez, pubertad y adolescencia, a pesar de que fuimos una familia numerosa (porque además de mis hermanos, siempre habían otros familiares viviendo con nosotros como abuelos, tíos, tíos con sus hijos, o incluso primos solteros adultos), las viví sintiendo que me apartaban de ellos (hoy podría llamarla “me sentía abandonado”) y creo que esto sucedía porque escuchaba decir que no era como ellos, “que yo era muy sentimental”, “que era muy chillón”, y además porque al interior de mi familia “los hombres no lloraban”; más adelante y durante mi proceso terapéutico comprendí cuánto conflicto en mi persona acarrearón estos mensajes introyectados, estas creencias familiares. En el seno de mi familia habían carencias económicas, afectivas, y de apoyo entre nosotros, la comunicación era tóxica, escasas veces podíamos expresar nuestro sentir, principalmente de desagrado.

Esto trae como consecuencias que mi ser adolescente y adulto se tambalee y tenga problemas de identidad, de seguridad y de autoestima.

Con lo antes mencionado, aparece en mis pensamientos a los 17 años la idea y el deseo de abandonar la casa paterna; es cuando escucho en la radio por primera vez la canción “La Ventana”, interpretada por Roberto Carlos, y la tomo como bandera para ejecutar lo deseado. Iniciando allí mi aventura de forma autónoma e independiente.

En ese entonces soy estudiante en la Vocacional # 7 del I.P.N, y algunos años más tarde egreso de la ESIA también del mismo Instituto, en la Licenciatura como Ingeniero-Arquitecto.

Mi formación en terapia de duelo

Ante la búsqueda de resolver mis inseguridades, miedos y problemas existenciales, ya casado y con dos hijos en mi familia nuclear, escudriño buscando respuestas en la Religión Católica integrándome a la Parroquia “La Sagrada Familia”, ubicada dentro del perímetro de la Delegación de Iztacalco, como miembro laico activo insertándome a manera de primera opción dentro del grupo llamado “Movimiento Familiar Cristiano” en el año de 1990 cuando nace mi tercer hija; mi ser activo en esta Iglesia duró 15 años y participé en distintos grupos pastorales.

Así comenzó una nueva era. A mediados del año 2000 llega a mi Parroquia una nueva miembro laico de nombre Elide Aparicio, proveniente de Los Ángeles California EEUU con la propuesta al Párroco de ese entonces, de intervenir para acompañar mediante una forma diferente a los dolientes que han perdido un ser querido (están en Duelo) a través de un Rosario Bíblico Meditado para Difuntos, es aceptado y se crea el Grupo denominado “Ministerio de Duelo” siendo ella la coordinadora, decido adherirme para formar parte de él. Pasados tres meses y después de habernos preparado Elide, ella decide regresa a su lugar de origen, por lo tanto el grupo queda sin coordinador y elijo tomar la estafeta para quedarme al frente del mismo y hacerme responsable de él con la aprobación del Párroco; es aquí donde inicio mi entrada a este mundo de la Tanatología y el Duelo desde la religión; me refiero a esto porque ya estando activos trabajando con esas familias que perdieron a un ser querido, el coordinador de otro Grupo Parroquial (de nombre Eduardo), en el año 2002 me hace una invitación diciéndome: “tú que trabajas y que estás cerca de los muertos sería bueno que tomaras un Curso de Tanatología que impartirá La Escuela de La Fe” de la Arquidiócesis de México, me indica la fecha, el lugar y dice que además estaba avalado por el Pontificio Instituto Catequético, me deja intrigado su propuesta y aparece en mi mente la pregunta ¿Qué es Tanatología? Me inscribo y asisto a ese curso.

Hasta ese momento desconocía totalmente lo que era “Tanatología” incluyendo el nombre. Es a partir de esta decisión que inicio una nueva era, “Mi aventura en la Tanatología”. En esa Escuela de La Fe, obtengo mis primeros aprendizajes en relación con esta ciencia y además mis incipientes herramientas de cómo ayudar (lo decían en ese Centro) a que los dolientes pudieran expresar sus “emociones de forma sana y carentes de culpa”, para mí fue un gran aprendizaje porque antes de conocer tales herramientas lo que hacía en esos rosarios para difuntos era provocar que “soltaran el llanto”, porque consideraba que con sólo hacer esto era suficiente, además intentaba liberarlos de los mitos o creencias que “si lloras no lo dejas descansar”, o “los hombres no lloran y las mujeres no se enojan” y además pensaba que sería benéfico para ellos debido a que estas frases las escuchaba con frecuencia primeramente en mi familia y posteriormente en las reuniones a las que nos invitaban a participar como rezanderos cuando alguien moría.

Sin embargo, llegó el gran inicio de mi relación con la Tanatología y el Duelo al integrarme al Centro de Tanatología y Terapia de Duelo (CTTD), a la filosofía y visión del Dr. Marco Antonio Polo Scott, ya que a partir de ese primer momento inicié en mi preparación, entrenamiento y formación en esta ciencia desde el CTTD.

Antes de continuar quiero aclarar que toda mi formación tanto Académica como Terapéutica en el área de Duelo la he realizado en esta Institución desde el año 2003, en primera instancia en el Centro de Tanatología y Terapia de Duelo (CTTD) y posteriormente en el Instituto Mexicano de Psicooncología (IMPO).

A continuación la describo:

En el año 2003 ingreso al CTTD en el primer *“Diplomado en Tanatología con Enfoque Gestalt y Humanista”* cuyos objetivos son: *“Aprender a elevar la calidad de vida del paciente crónico o terminal y de su familia utilizando las distintas técnicas de la Psicoterapia Gestalt”*; *“Elaborar y resolver los asuntos inconclusos de cada uno de los participantes, para evitar las proyecciones sobre los pacientes”*; y *“Sensibilizar y Humanizar a los participantes para la atención de los pacientes crónicos y terminales”*.

Desde la primera clase me doy cuenta en mi interior de cosas y eventos que tenía sin resolver o sin elaborar, descubrirlo me crea conflictos y una revolución en mis emociones, pensamientos, acciones y conductas.

Este Diplomado fue muy diferente al Curso que recibí en la otra Institución, porque allá solo fue de información y sobretodo religiosa, en cambio aquí es como lo aseguró el Dr. Marco Antonio Polo en aquella ocasión *“El Diplomado es Teórico-Vivencial”*; y fue a tal grado que en esa primera clase que él impartió solicitó un voluntario para ejecutar un ejercicio e inmediatamente respondí: *“Yo”*, a partir de esa primera ocasión en cada sesión que duró el Diplomado me ofrecía como voluntario sin saber que estaba iniciando un proceso terapéutico en el aula; posteriormente lo recibí en consultorio; además como en cada clase realizábamos ejercicios vivenciales todos los participantes, considero que me fui entrenando en mi formación como terapeuta.

A la par que recibía sesiones en el CTTD, impartía mis clases en una Preparatoria donde mi hijo formaba parte de ese plantel (posteriormente aclaro esta acotación); además los conocimientos que adquiría en las sesiones los ponía en práctica tanto en los Rosarios a los cuales me invitaban a participar, como en el aula académica. También en esas fechas se impartieron Talleres Vivenciales que formaban parte extra del Diplomado, asistí a ellos primero como participante, después como

esto sin darme cuenta me iba formando y al mismo tiempo crecía mi compromiso hacia mí y también hacia los otros.

Dentro de los requisitos para acreditar el Diplomado en Tanatología estaba que a partir del módulo VII, llamado *“Terapia Tanatológica”* necesitábamos tener pacientes para realizar 30 horas de trabajo Terapéutico fuera del aula.

Finalmente y después de ocho meses intensos de aprendizaje y de darme cuenta; concluí satisfactoriamente el curso.

En este Diplomado conozco por vez primera autores como Isa Fonnegra de Jaramillo y su libro *“De Cara a la Muerte”* (2001) que en el contenido, la autora escribe: *“Los conocimientos y la experiencia que sustentan este libro provienen de muchas fuentes y aprendizajes: de la observación permanente y atenta de los hechos que suceden a mi alrededor, en nuestra cultura, y de la forma como se asume en ella la muerte y la relación posterior con el dolor y los recuerdos”*, el Dr. Marco nos pedía *“aprendan a observar porque esto será fundamental en su trabajo”*; a Nancy O’Connor y su libro *“Déjalos ir con AMOR; la aceptación del duelo”* (2001), que en la Introducción escribe *“La mayoría de nosotros desconocemos lo que es el duelo hasta que lo experimentamos en carne propia. Sabemos que nos sentiremos tristes y heridos, pero tal vez nos sorprenda el percibir otras emociones, como el enojo y la culpa. Cuando alguien muere, es posible que observemos un cambio en nuestras relaciones con los demás; nuestras familias y amistades ya no son lo mismo debido a las alteraciones que trae consigo la pérdida de uno de sus miembros”*, cuánta razón tiene la autora, yo conocía por tradición que cuando alguien muere solo se permitía sentir tristeza, sin embargo hoy me doy cuenta que es sano experimentar y dejar fluir las emociones que aparezcan; conocí a Elisabeth Kubler Ross con su libro *“Sobre los Muertos y Los Moribundos”* (2002) que en el Prefacio escribe *“... y este libro hablará del comienzo de este experimento... Es, simplemente, el resultado de una nueva e interesante oportunidad de reconsiderar al paciente como ser humano, hacerle participar en diálogos, y aprender de él lo bueno y lo malo del trato que se le da al paciente en los hospitales. Le hemos pedido que sea nuestro maestro para que podamos aprender más sobre las etapas finales de la vida, con todas sus angustias, temores y esperanzas”*, con esto nos pedían aprender a escuchar al paciente permitiendo que se expresara libremente sin sentirse juzgado, a generar empatía con ellos; leo a Jorge Bucay con sus *“Cuentos para Pensar”* y algunos libro de su autoría, al mismo tiempo entro en contacto con algunos términos y palabras desconocidas hasta ese momento, por ejemplo: Existencialismo, Gestalt, y algunas otras; también ingreso a la Psicología como ciencia, así poco a poco voy adentrándome a un nuevo y fascinante mundo y al mismo tiempo descubro que hay caminos diferentes a los que conocía, sin embargo esos nuevos caminos requerían hacerme responsable de

“Este método, los resultados que ha presentado son excelentes, además de ser un método de fácil manejo”. (POLO SCOTT, 2007)

Hoy, conocer y aprender la Filosofía Existencialista con los representantes teístas Soren Kierkegaard y su *Doctrina del Existir*, Karl Jasper y Gabriel Marcel; y los ateístas Martin Heidegger y Jean Paul Sartre, es con el fin de evitar influir en el paciente desde nuestras creencias.

“Con el Dios del paciente basta” (Dr. Marco Antonio Polo Scott)

Taoísmo y Budismo, ocuparse más de los “cómo” de la práctica que de los “por qué” de la existencia; del “aquí y el ahora” más que del “allá y el entonces”.

A partir de esta preparación y entrenamiento para apoyar en la resolución de Duelos en los pacientes tanatológicos, en mis siguientes Diplomados adquiero, como manifesté en su momento el Mtro. Marco “herramientas para hacer un mejor trabajo profesional”, porque de cada uno de ellos obtengo además de estrategias y herramientas terapéuticas, más información y al mismo tiempo formación para desempeñarme mejor en mi profesión como Terapeuta de Duelos.

Aquí inicio mi participación en los Talleres Vivenciales que se impartían en el CTTD como apoyo al Dr. Marco, y también es el inicio de ser Docente en los Diplomados impartidos en este Centro.

Es necesario aprender a manejar las emociones a favor, porque si suben y rebasan la cabeza pisoteamos nuestro actuar.

Mi siguiente Curso lo concluyo en 2005 y es el Diplomado “Formación y Estudios en Sexualidad y Sexología en el Paciente Crónico y Terminal”, donde obtengo información y entrenamiento para apoyar a los pacientes en conflictos con su sexualidad.

Así mismo en este 2005 inicio en el grupo CERTEZA el Diplomado en “Formación y Certificación de Instructores con Enfoque de Programación Neurolingüística”, lo concluyo en el año 2006 donde descubro y aprendo lo importante y no difícil que puede ser re-significar conceptos o eventos mediante la PNL.

En este mismo año obtengo el reconocimiento para Desarrollar Cursos de Capacitación a nivel nacional, por medio del Consejo Nacional De Normalización y Certificación de Competencias Laborales.

En el año 2006 inicio y concluyo el Diplomado en “Hipnosis Ericksoniana en el paciente Tanatológico”, un modelo donde el Terapeuta estimula el estado de consciencia del paciente para que despierte su potencial, es ir del interior al exterior, ideas para que pueda ordenar su manera de pensar haciéndose responsable de sus acciones y sus consecuencias.

“Sanando dentro, se manifiesta y mejora afuera”

Se trabaja con la Mente Inconsciente que funciona a través del principio del placer, por lo tanto es necesario que el cambio que se propone en el paciente sea placentero o cuando menos con la incomodidad y el sufrimiento mínimo e indispensable, utilizando para esto la respiración, símbolos, cuentos, parábolas, historias, palabras protectoras, la parte sabia; aprendo a “cortar la terapia a la medida del paciente”.

Para Milton H Erickson “en el inconsciente están los aprendizajes fundamentales de nuestra vida y de todos nuestros recursos”, consideraba que el inconsciente era como la parte sabia de la persona. Y preguntaba “Si el problema está resuelto ¿A quién le preocupa obtener el crédito y reconocimiento?”

Regla de Oro Ericksoniana “Utilizar todo lo que traiga el paciente y lo que suceda a lo largo del proceso para seguir dando pasos en el camino de la terapia en dirección de las metas establecidas”. La meta es que la persona aprenda a resolver sus problemas por sí misma.

Llegan a mi acervo cultural Literatura con técnicas y formas de trabajar en los pacientes como: “La granja de la Esperanza”, “Concierto para 4 Cerebros” y otros títulos.

Aprendo a trabajar con lugar seguro y protegido, con Símbolos, con el Trance Hipnótico, con la Respiración, para que los pacientes puedan re-significar, elaborar o resolver sus duelos.

En el año 2007 inicio, concluyo y acredito el Curso de “Expresión Emotiva e Imaginería” Impartido por el Dr. Marco, el objetivo es “el alumno conocerá los elementos teóricos y prácticos de la terapia de la expresión emotiva y la imaginería para facilitar los procesos de asuntos inconclusos, cambio de la percepción de la enfermedad y del sentido de vida de las personas; con la intención de elevar su calidad de vida”, en el cual aprendí y puse en práctica con mis pacientes toda la información y formación adquirida en los anteriores Cursos y Diplomados.

A partir de este momento es a través de la Imaginería y usando todas las herramientas y técnicas aprendidas en los anteriores Diplomados como acompañamiento y apoyo a los pacientes en duelo.

Año 2008 asisto y acredito el “Diplomado en Terapia de Juego para Niños y Adolescentes con enfoque Gestalt”, aprendo la importancia que tiene el juego para elaborar o trabajar Duelos con los niños de forma nutritiva y con menor sufrimiento, con técnicas dirigidas para este fin, y que también puede ser llevado a los adultos.

Sin embargo no sólo han sido Diplomados.

“Este método, los resultados que ha presentado son excelentes, además de ser un método de fácil manejo”. (POLO SCOTT, 2007)

Hoy, conocer y aprender la Filosofía Existencialista con los representantes teístas Soren Kierkegaard y su *Doctrina del Existir*, Karl Jasper y Gabriel Marcel; y los ateístas Martin Heidegger y Jean Paul Sartre, es con el fin de evitar influir en el paciente desde nuestras creencias.

“Con el Dios del paciente basta” (Dr. Marco Antonio Polo Scott)

Taoísmo y Budismo, ocuparse más de los “cómo” de la práctica que de los “por qué” de la existencia; del “aquí y el ahora” más que del “allá y el entonces”.

A partir de esta preparación y entrenamiento para apoyar en la resolución de Duelos en los pacientes tanatológicos, en mis siguientes Diplomados adquiero, como manifestó en su momento el Mtro. Marco “herramientas para hacer un mejor trabajo profesional”, porque de cada uno de ellos obtengo además de estrategias y herramientas terapéuticas, más información y al mismo tiempo formación para desempeñarme mejor en mi profesión como Terapeuta de Duelos.

Aquí inicio mi participación en los Talleres Vivenciales que se impartían en el CTTD como apoyo al Dr. Marco, y también es el inicio de ser Docente en los Diplomados impartidos en este Centro.

Es necesario aprender a manejar las emociones a favor, porque si suben y rebasan la cabeza pisoteamos nuestro actuar.

Mi siguiente Curso lo concluyo en 2005 y es el Diplomado “*Formación y Estudios en Sexualidad y Sexología en el Paciente Crónico y Terminal*”, donde obtengo información y entrenamiento para apoyar a los pacientes en conflictos con su sexualidad.

Así mismo en este 2005 inicio en el grupo CERTEZA el *Diplomado en “Formación y Certificación de Instructores con Enfoque de Programación Neurolingüística”*, lo concluyo en el año 2006 donde descubro y aprendo lo importante y no difícil que puede ser re-significar conceptos o eventos mediante la PNL.

En este mismo año obtengo el reconocimiento para Desarrollar Cursos de Capacitación a nivel nacional, por medio del Consejo Nacional De Normalización y Certificación de Competencias Laborales.

En el año 2006 inicio y concluyo el Diplomado en “*Hipnosis Ericksoniana en el paciente Tanatológico*”, un modelo donde el Terapeuta estimula el estado de consciencia del paciente para que despierte su potencial, es ir del interior al exterior, ideas para que pueda ordenar su manera de pensar haciéndose

“Sanando dentro, se manifiesta y mejora afuera”

Se trabaja con la Mente Inconsciente que funciona a través del principio del placer, por lo tanto es necesario que el cambio que se propone en el paciente sea placentero o cuando menos con la incomodidad y el sufrimiento mínimo e indispensable, utilizando para esto la respiración, símbolos, cuentos, parábolas, historias, palabras protectoras, la parte sabia; aprendo a “cortar la terapia a la medida del paciente”.

Para Milton H Erickson “en el inconsciente están los aprendizajes fundamentales de nuestra vida y de todos nuestros recursos”, consideraba que el inconsciente era como la parte sabia de la persona. Y preguntaba “*Si el problema está resuelto ¿A quién le preocupa obtener el crédito y reconocimiento?*”

Regla de Oro Ericksoniana “*Utilizar todo lo que traiga el paciente y lo que suceda a lo largo del proceso para seguir dando pasos en el camino de la terapia en dirección de las metas establecidas*”. La meta es que la persona aprenda a resolver sus problemas por sí misma.

Llegan a mi acervo cultural Literatura con técnicas y formas de trabajar en los pacientes como: “La granja de la Esperanza”, “Concierto para 4 Cerebros” y otros títulos.

Aprendo a trabajar con lugar seguro y protegido, con Símbolos, con el Trance Hipnótico, con la Respiración, para que los pacientes puedan re-significar, elaborar o resolver sus duelos.

En el año 2007 inicio, concluyo y acredito el Curso de “*Expresión Emotiva e Imaginería*” Impartido por el Dr. Marco, el objetivo es “*el alumno conocerá los elementos teóricos y prácticos de la terapia de la expresión emotiva y la imagería para facilitar los procesos de asuntos inconclusos, cambio de la percepción de la enfermedad y del sentido de vida de las personas; con la intención de elevar su calidad de vida*”, en el cual aprendí y puse en práctica con mis pacientes toda la información y formación adquirida en los anteriores Cursos y Diplomados.

A partir de este momento es a través de la Imaginería y usando todas las herramientas y técnicas aprendidas en los anteriores Diplomados como acompañamiento y apoyo a los pacientes en duelo.

Año 2008 asisto y acredito el “*Diplomado en Terapia de Juego para Niños y Adolescentes con enfoque Gestalt*”, aprendo la importancia que tiene el juego para elaborar o trabajar Duelos con los niños de forma nutritiva y con menor sufrimiento, con técnicas dirigidas para este fin, y que también puede ser llevado a los adultos.

Sin embargo no sólo han sido Diplomados.

En el año 2009 ingreso en la Carrera de la “Licenciatura en Psicopedagogía”, pertenezco a la primera generación del IMPO. En este tiempo adquiero información científica y académica que me permitieron descubrir eso que desarrollaba en el consultorio con mis pacientes de manera instintiva y a través de la observación.

Del año 2011 al 2013 soy responsable de los Talleres Vivenciales que se imparten en el IMPO plantel Montevideo; actualmente los imparto a la par con otros facilitadores dentro del Instituto.

Ante la necesidad de profesionalizar y sustentar mi quehacer de Terapeuta en Duelo y ante los retos actuales, decido en el año 20011 ingresar a la “Maestría en Tanatología”, concluyéndola satisfactoriamente en el año 2013 donde adquiero más información científica por parte de autores especializados en el tema.

En este ciclo encuentro bibliografía que necesito digerir primero para posteriormente trasmitirlo a los pacientes buscando apoyarlos para que tengan beneficios y mejoren en su calidad de vida.

Hoy puedo darme cuenta lo necesario que es en la formación del Terapeuta, la parte Teórico-Científica, así como lo Experimental-Vivencial; esto es, la información de aquellos que se han dedicado al estudio e investigación científica y lo proponen teóricamente, y también esa información que se adquiere al estar observando y sólo observando lo que sucede en nuestro derredor, esto se logra al detenerme un poco dentro de esta vorágine en las que estoy inmerso cada día y poder preguntarme ¿Qué quiero?, ¿A dónde voy?

Esta es la trayectoria en mi formación como Terapeuta de Duelo

Sin embargo, hoy, gracias a escuchar en esta *Rueda de Penélope* la sapiencia y las aportaciones científicas de cada uno de sus integrantes, cada vez que los escucho me nutro de sus conocimientos, su sabiduría, que me ayudan a resolver muchas de mis incógnitas en relación a este tema.

Quiero compartir con ustedes algunas frases significativas de personas importantes para mí en este camino.

“Aprende a controlar tu mente, tus pensamientos”. Dr. Marco Antonio Polo Scott

“Dialoguen con los autores, cuestionenlos, pregúntenles, hablen con ellos” Dr. José Manuel López Estrada.

“Eso que está en la pantalla tienes que mostrarlo con cosas sencillas, hacerlo más fácil para los alumnos y tus pacientes” Dr. Carlos Escobar

“Disfruta tu vida y no te la compliques, sé feliz”. Señora. Hermila Narváez, 86 años, una semana antes de morir.

LA IMPORTANCIA DEL Afrontamiento en los pacientes con Cáncer

Monica Lucia Escobar Alarcón
Materia: El paciente con Cáncer
Profesora: Dra. Angelia Belanzauran Marquina
Generación: 2019-02 30
Julio/12

INTRODUCCIÓN

La importancia de los estilos de afrontamiento son las estrategias que los individuos utilizan para medir al mínimo el impacto negativo que producen los eventos estresores como son los grandes sucesos relevantes en la vida, entre ellos tenemos el padecimiento de un cáncer, estar en enfermedad terminal de esta e incluso estar en la etapa al final de la vida con esta enfermedad.

Esta se determina por la persona, el ambiente y su interacción, básicamente va dirigida a dos grandes aspectos: lo emocional encontraríamos la evitación, la atención selectiva, las comparaciones positivas y los valores positivos a eventos negativos; en cuanto el problema es identificar el problema, generar posibles soluciones, elegir la solución adecuada y aplicarla al problema en si como es el padecer cáncer.

La vital de los estilos de afrontamiento es que nos ayudan a evitar el estrés y la aparición de más posibles enfermedades asociadas al cáncer. De acuerdo a la síntesis de la búsqueda más relevante se encontró en la investigación frente a la importancia del afrontamiento relacionados con el paciente con cáncer y más específicamente con las estrategias las cuales son entendidas como recursos psicológicos que el sujeto pone en marcha para hacer frente a situaciones estresantes. Aunque la puesta en marcha de estas no siempre garantiza el éxito, sirven para generar, evitar o disminuir conflictos en los seres humanos, atribuyéndoles beneficios personales y contribuyendo a su fortalecimiento. Adicionalmente, (McCubbin) advierten que los procesos de afrontamiento no solo se presentan de forma individual, también aparecen como mediadores en el ámbito social. De esta forma, al interior del grupo familiar se despliega el uso de estrategias para afrontar ya sea crisis, con el fin de mantener, y/o recuperar el equilibrio y garantizar el bienestar de sus miembros (McCubbin)

El propósito de este artículo es el ver la incidencia de los estilos de afrontamiento en la calidad de vida de los pacientes con cáncer, proporcionando información que sea útil para el manejo de estos pacientes en la adherencia a dichos tratamientos, asociados al dolor crónico y la resiliencia que este paciente desarrolla y con ello concreta el tipo de estrategia que utilizara al afrontar los eventos crítico o estresantes en su realidad de la enfermedad y por otra parte el afrontamiento familiar que busca regular las tensiones que enfrentan y garantizar la salud de sus miembros.

Finalmente, el presente artículo establece un análisis del recorrido teórico que sustentan las estrategias de afrontamiento individual y las estrategias de afrontamiento familiar desde los resultados de una investigación bibliográfica analítica.

DESARROLLO

El estilo de afrontamiento ha sido considerado como un factor mediador importante con relación a la adaptación a la enfermedad (Hyland & Lazarus, 1991) o vinculado a resultados físicos y psicológicos

en salud (Penley, 2002), existiendo un relativo acuerdo de que existiría una asociación entre enfermedad y estilo de afrontamiento, aun cuando las investigaciones destinadas a profundizar sobre las relaciones entre tipos de afrontamiento específicos y enfermedad no han llegado a conclusiones definitivas, no existiendo un claro consenso acerca de cuáles son los estilos de afrontamiento más efectivos.

En el campo específico de la calidad de vida, las investigaciones se han centrado en la posible influencia que podría tener un determinado estilo de afrontamiento sobre una patología específica o que un afrontamiento activo sería mejor que un afrontamiento evitativo con respecto a las enfermedades crónicas. (Frazier, 2000) El área del cáncer es de las patologías más estudiadas, pero que sin embargo tampoco ha ofrecido evidencias concluyentes, encontrándose una alta o baja calidad de vida vinculada con un afrontamiento centrado en el problema o a uno centrado en la emoción, dependiendo de la investigación (Gardiner Osowiecki & Compas, 1998, 2002). Así pues, a pesar de que algunas investigaciones plantean que entre calidad de vida y estilo de afrontamiento no existiría relación alguna o las asociaciones no son significativas (Carroll, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002), una gran mayoría plantea que si existe relación, pero no son concluyentes al especificar una vinculación directa de un estilo específico de afrontamiento con un determinado nivel de vida reportado.

La evaluación cualitativa y cuantitativa del cuestionario de estilos de afrontamiento a la enfermedad y la entrevista psicológica respectivamente, probó en los pacientes del grupo en etapa diagnóstica una tendencia a expresar fundamentalmente dos estilos de afrontamiento: la negación optimista y el afecto distracción.

La calidad de vida y la depresión, que mientras los pacientes se centran más en la auto focalización, los cuidadores se enfocan en la solución del problema. Esto puede deberse a que los cuidadores se ajustan a la situación y al estrés que conlleva cuidar.

Los temas relacionados a la espiritualidad y/o la religión, se concluyó que estas afectan la toma de decisiones en etapas avanzadas de la enfermedad, e influyen en aspectos generales de la salud como en la calidad de vida de los pacientes. También, (Schaefer, 1993) demostraron en su estudio que algunos enfermos, a pesar de su enfermedad física, pueden afrontar efectivamente sus problemas e inclusive mantener un adecuado funcionamiento psicológico o experimentar un crecimiento personal.

El estilo de afrontamiento representa una variable moduladora de la evaluación subjetiva de la Calidad de vida del paciente. La valoración subjetiva de la experiencia de los pacientes puede contribuir al desarrollo de mejores adecuaciones de los abordajes terapéuticos empleados por los profesionales de la salud que buscan el bienestar de estos pacientes.

Si a esto añadimos la necesidad de establecer vías de conexión entre los aspectos psico-sociales y

los biológicos, comprenderemos que la dificultad es máxima y que, dada nuestra capacidad limitada de procesamiento, debemos contentarnos, hoy por hoy, con establecer relaciones empíricas entre algunas variables tanto biológicas, como psicológicas y sociales. Y es así que uno de los aspectos a estudiar que ha cobrado gran importancia el último tiempo es el afrontamiento. Las estrategias de afrontamiento se refieren a cómo la gente se maneja ante las demandas de los sucesos estresantes. Son aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. Este modelo se denomina modelo transaccional del stress en tanto que el afrontamiento no es simplemente una respuesta a un hecho que ha sucedido, sino que es un proceso activo de modelado de lo que ha sucedido y de lo que sucederá. (Revista PSICO-USF, julio de 2001)

Existen dos clasificaciones predominantes del afrontamiento. En una primera, se divide entre las formas centradas en el problema dirigidas a manipular o alterar el problema, las centradas en la emoción dirigidas a regular la respuesta emocional que genera el problema y las centradas en la evaluación. Una segunda clasificación, según el foco, es la efectuada entre formas de afrontamiento activas (o de aproximación) versus formas de evitación.

Al mismo tiempo que atender al modo de afrontamiento, en el caso específico de los pacientes con cáncer, históricamente los objetivos de los tratamientos han sido reducir los síntomas y prolongar la vida (Leal, 1993). Como creemos que el ser humano es un ser biopsicosocial e inserto en el tiempo y en la historia, lo que él piensa, lo que siente, lo que se imagina, tienen una importancia mucho mayor de lo que se presupone en el pronóstico y evolución de cualquier enfermedad. Estos aspectos se inscriben fundamentalmente en el concepto de “calidad de vida” (CV), entendido como la percepción de un individuo del lugar que ocupa en el entorno cultural y en el sistema de valores en que vive, así como en relación con sus objetivos, expectativas, criterios y preocupaciones. Todo ello matizado, por supuesto, por su salud física, su estado psicológico, su grado de independencia, sus relaciones sociales, los factores ambientales y sus creencias personales. (OMS, 1996).

Las estrategias de afrontamiento individual a lo largo de la historia se ha intentado comprender la dinámica que atraviesa el ser humano cuando se ve inmerso en situaciones que le son desbordantes y que intenta manejar a través de ciertas estrategias. Inicialmente fue estudiado desde el modelo médico, luego por el psicoanálisis del yo y posteriormente desde la psicología cognitiva. Dentro de la dinámica grupal de la familia, el afrontamiento se presenta como un esfuerzo por comprender los eventos que los afecta y tomar así algún tipo de acción sobre este. Se parte de la idea de que los procesos de interacción están determinados por los roles que cada miembro representa y las expectativas mutuas entre ellos (Hernández, 1991).

Es por ello que para la Psicooncología no es solamente importante el estudio del momento en el que se encara la enfermedad, sino también como se interpreta la nueva situación y que aprendizajes hace

la persona de su nuevo estado. En este contexto el enfoque derivado del concepto de “Resiliencia” puede ser de gran utilidad. Este término era utilizado originalmente en la metalurgia para designar la capacidad de un cuerpo para resistir una tensión sin quebrarse, en las ciencias sociales, (en particular en la psicología), se ha entendido como la capacidad que tienen los seres de reaccionar y recuperarse ante situaciones adversas o en extremo traumáticas, saliendo fortalecidos para afrontar creativa y optimistamente la vida (Montoya, 2005).

La capacidad moduladora que sobre la enfermedad oncológica tiene la resiliencia, el afrontamiento positivo, las redes de apoyo, y la importancia del psicólogo como portador de las herramientas necesarias para llevar a cabo la intervención. Siendo así se considera importante abordar los elementos que permiten afirmar que el diagnóstico de cáncer constituye un factor potencialmente dañino para la salud mental de la persona diagnosticada, las distintas variables a tomar en cuenta ante esta situación y el papel que el afrontamiento tiene en este momento tan crucial en el bienestar psicológico de los pacientes oncológicos.

Afrontamiento (coping) entendemos “el esfuerzo cognitivo y comportamental para manejar situaciones destructivas que exigen habilidades de ajuste por parte de la persona que lo experimenta” (Lazarus, 2000) Su función fundamental es regular el estado interno de la persona, que ha sido alterado en la relación dinámica sujeto-ambiente.

Cuando se afronta una situación estresante en la vida de un ser humano, como el cáncer, las habilidades en el afrontamiento son herramientas en el mantenimiento de un adecuado funcionamiento de la salud y pueden moderar el impacto negativo de un evento traumático sea físico, social o emocional. (Moos & Moyer y Salovey, 1981, 1996)

Seguidamente se analiza el papel de los distintos estilos de afrontamiento y su impacto en la salud de los pacientes con cáncer. Para ello se toman como referencias las investigaciones más importantes que se conocen hasta la actualidad relacionadas a esta problemática.

Evitación / Negación, Espíritu de lucha / Optimismo, Solución de problemas de manera activa y el Apoyo social.

Con ello se destacaba que el afrontamiento: a) no es un rasgo, entendido como algo permanente en el individuo; b) no es un tipo de conducta automática; c) no se identifica con el resultado que de él se derive; d) no se puede identificar con el dominio del entorno. Atendiendo al punto “b” hemos de considerar que sólo se considera una acción bajo el rótulo del afrontamiento cuando supone un esfuerzo, con lo que parece claro que afrontamiento no es todo lo que hace un individuo para resolver un problema.

También hay que destacar que el afrontamiento no es algo permanente en el individuo, como si formase parte de su personalidad. Por ello se matiza que es algo cambiante, con lo que es preferible hablar de estrategias en lugar de hablar de estilos, entendidos como algo permanente en los individuos. De estos datos se deduce la necesidad de una intervención psicológica en los pacientes que

desarrollen un afrontamiento que se asocia a los tratamientos de quimioterapia adyuvante simultáneamente. Desde un modelo cognitivo conductual-social.

CONCLUSIÓN

El paciente necesita orientación en las rutinas del hospital y necesita saber que puede esperar a nivel postoperatorio. Se propone un modelo que proporciona guías para las intervenciones educativas con los pacientes, ya que desde el mismo diagnóstico, se debe dar información al paciente y a la familia sobre el cáncer y las modalidades de tratamiento. Este modelo contiene básicamente cinco elementos: 1. Estilo de afrontamiento: la forma como se enfrenta el paciente al stress afecta las estrategias de enseñanza. Es importante evaluar la cantidad de información que el paciente necesita para ayudarlo a afrontar y buscar información por parte del paciente, es una estrategia de afrontamiento primaria.

Estos resultados coincidirían con varios estudios realizados donde se encontró que las estrategias de aceptación estoica y desesperanza, que serían estrategias de evitación, implican consecuencias desfavorables en los pacientes, y las estrategias de resignación y catarsis (evitación cognitiva y conductual respectivamente) correlacionó con mayor deterioro psicosocial.

El Psicooncólogo que efectúe intervenciones con los pacientes y sus familiares. Por ello, es prometedor el progreso en el diseño de programas de intervención interdisciplinaria (o al menos multidisciplinaria) que atiendan cada vez más las necesidades de pacientes y familiares con cáncer. Al mismo tiempo que estimule la conformación y estructuración de pilares protectores que den origen a comportamientos resilientes frente a las adversidades, y especialmente en la enfermedad oncológica (Cáncer).

BIOGRAFÍAS

Carroll, F. R. (1998, 1999, 2000, 2001, 2002). Frazier. (2000). Gardiner Osowiecki & Compas, G. P. (1998, 2002). Hernández. (1991). Holahan, H. M. (1991). Hyland, L., & Lazarus. (1991). Lazarus. (2000). Leal, S. (1993). McCubbin, C. y. (s.f.). Montoya. (2005). Moos, (. y., & Moyer y Salovey. (1981, 1996). OMS. (1996). Penley, T. &. (2002). Revista PSICO-USF, v. n. (julio de 2001). Psico-Usf, 55-64. Rosbundo, I. &. (1993). Schaefer, M. &. (1993).

Doctorado en Tanatología

Avalado por la Secretaría de Educación Pública, según acuerdo RVOE 20180488 de fecha 12/Abril/2018

"Ciencia, Eficiencia, Humanismo y Espiritualidad"

Dirigido a todas las personas interesadas en el tema, con nivel de estudios de Maestría.

Curso Propedéutico

(REQUISITO INDISPENSABLE)

Inicio: Semestral

Costo del curso: \$ 4,000.-

Plantel Montevideo

Avenida Montevideo No. 517, 625 y 635,
Col. San Bartolo Atepehuacan,
Alcaldía Gustavo A. Madero, C.P. 07730,
Ciudad de México.

Tels: 6393 - 1100
6393 - 2000

Inicio del Doctorado

Inicio: Semestral

Duración: 2 años

Inscripción: \$ 4,000.-
Mensualidad: \$ 4,000.-

Asistiendo a clases
¡Sólo un día a la semana!

www.impo.org.mx



Maestrías

INICIOS: •Septiembre
•Enero
•Mayo



**Instituto
Mexicano de
Psicooncología**

Inscripción: \$ 2,100.-
Mensualidad: \$ 2,100.-

- Tanatología
- Psicoterapia
Transpersonal
- Educación

- Evaluación Educativa
- Psicooncología
- Estudios del Suicidio

www.impo.org.mx

PROMOCIONES

Descuentos en
inscripciones del:

- 50%**
- 30%**
- 15%**

Avaladas por la Secretaría de Educación Pública, según acuerdos:
RVOE 20180482 de fecha 12 de Abril de 2018
RVOE 20180483 de fecha 12 de Abril de 2018
RVOE 20180484 de fecha 12 de Abril de 2018
RVOE 20180485 de fecha 12 de Abril de 2018
RVOE 20180486 de fecha 12 de Abril de 2018
RVOE 20180487 de fecha 12 de Abril de 2018
RVOE 20080221 de fecha 7 de Marzo de 2008
RVOE 20081350 de fecha 24 de Junio de 2008
RVOE 20170252 de fecha 9 de Mayo de 2017
RVOE 20122008 de fecha 28 de Septiembre de 2012

Plantel Montevideo
Tel. 6393 - 1100

Plantel Tláhuac
Tel. 6819 - 2000

Plantel Tlalpan
Tel. 6393 - 2000