

Universidad Siglo 21



Trabajo Final de grado Plan de Intervención
Licenciatura en Psicología
“Atención en Salud Mental para pacientes oncológicos
Intervención desde la Psicoeducación y la Arteterapia”
Nuevo Hospital de Rio Cuarto “San Antonio de Padua”
Aznárez Rojo, Guadalupe
Leg. PSI03395
Tutor: Dr. Y Lic. Rubén M. Pereyra
Rio Cuarto, Córdoba
Julio 2020

Índice

Intervención en Nuevo Hospital Rio Cuarto “San Antonio de Padua”

Resumen.....	3
Introducción	4
Línea estratégica de Intervención	5
Resumen de la organización	7
Nuevo Hospital Rio Cuarto “San Antonio de Padua”	7
Visión, Misión y Filosofía.....	10
Delimitación de la necesidad o problema objeto de intervención	12
Objetivos	15
Objetivo general.....	15
Objetivos Específicos.....	15
Justificación	16
Marco teórico.....	20
Donde el cáncer habita y sus implicancias.....	20
Pacientes oncológicos.....	21
Salud Mental y Malestar Emocional.....	23
Dispositivo.....	27
Intervención grupal.....	27
Psicoeducación.....	28
Arteterapia	29
Actividades	33
Primer Encuentro: Un espacio para compartir	33
Segundo encuentro: Pasado – Presente – Futuro.....	37
Tercer encuentro: Me diría...	40
Cuarto encuentro: Te quiero decir.....	43
Quinto encuentro: Dar lugar a las emociones...	46
Sexto encuentro: Final de los encuentros.....	49
Diagrama de Gantt	51
Recursos	52
Presupuesto	53
Evaluación	55
HAD: Hospital Anxiety and Depression Scale.....	55

FACT- G: Funcional Assessment of Cancer Therapy General quality of life.	56
MAC: Mental Adjustment to Cancer Scale.....	56
Resultados esperados	58
Conclusión.....	59
Referencias.....	60
Anexo	66
Anexo I: Rio cuarto: El servicio de salud mental se traslada al hospital San Antonio de Padua.	66
Anexo II: Entrevista realizada a Dr. Bove. V. ex jefe del servicio de oncohematología del Nuevo Hospital de Rio Cuarto “San Antonio de Padua”	67
Anexo III: Entrevista a dr. Aznárez, J. Médico Radiólogo. Ex jefe del servicio oncología Hospital Clínicas	72
Anexo IV: Modelo de acción de la arteterapia.....	78
Anexo V: Relajación guiada.	79
Anexo VI: “Barro Tal Vez”	86
Anexo VII: Fichas.	87
Ficha 1:	87
Ficha 2:	88
Ficha 3	89
Anexo VIII: Poema “No te rindas”	90
Anexo IX: “Te para tres”	92
Anexo X: Texto de cierre.	93
Anexo XI: Escala HAD.	94
Anexo XII: Escala FACT-G.....	96
Anexo XVIII: Cuestionario MAC.	97
Anexo XIV: Subescalas de 5 modos de afrontamiento.	99

Resumen

El cáncer es una enfermedad que pone al paciente frente a la posibilidad de muerte generando un momento de duelo, una crisis que conlleva a ruptura. En este contexto de vulnerabilidad psicológica podría resultar de importancia trabajar sobre la Salud Mental de pacientes oncológicos del Nuevo Hospital “San Antonio de Padua” de Rio Cuarto. El fin de este escrito es, tras una revisión de literatura, llevar a cabo un plan de intervención que tenga como objetivo principal promover la salud mental de dichos pacientes a partir de un Taller que haga uso de técnicas psicoeducativas (técnicas cognitivo-conductual) y de la arteterapia. El resultado al cual pretende llegar es la de una mejor calidad de vida de los pacientes, a partir de una intervención psicológica. Como conclusión se recomienda tanto el uso de estas técnicas como el llevar a cabo estudios de mayor profundidad sobre la temática.

Palabras claves: Pacientes oncológicos, arteterapia, psicoeducación, taller.

Introducción

Los pacientes oncológicos podrían considerarse se encuentran en estado de vulnerabilidad psicológica, en un momento de crisis. Hernández, M. et. al. (2012) “Los pacientes con cáncer presentan elevada prevalencia de trastornos psicopatológicos y síntomas de ansiedad, depresión y malestar emocional (distress), en distintos momentos de la enfermedad, relacionados con diversos factores médicos, físicos, psicológicos y sociales” (p. 233); resultado así necesario una intervención que abarque los aspectos psicológicos en pos de promover la salud mental, teniendo en cuenta que se encuentran atravesando una enfermedad que altera su condición de sujeto (Waldow, V., 2014).

La presente intervención se llevará a cabo entendiendo al paciente como un sujeto complejo, para así apuntar al logro de una atención integral, holística e integrador. Se han desarrollado investigaciones que denotan la importancia de la atención psicológica de estos pacientes, a lo largo del escrito se irá haciendo alusión a algunas de ellas.

Respecto a esto último se ha optado por la realización de un taller psicoeducativo dirigido a un grupo de 12 pacientes, el cual se basa en técnicas de arteterapia; siendo, según Collete (2011) un medio beneficioso a partir de la expresión de las emociones, brindando técnicas como por ejemplo la relajación para un mejor manejo de las emociones; por último, técnicas cognitivo-conductual a modo de psicoeducar en pos de una mejora en la calidad de vida, a través del resguardo y promoción de la salud mental.

Tratará de seis encuentros a llevar a cabo en el Nuevo Hospital “San Antonio de Padua” en los cuales se realizarán actividades dirigidas a trabajar sobre el distress y las emociones, con el fin de una mejora en la calidad de vida de estos pacientes tras el trabajo sobre la salud mental.

Línea estratégica de Intervención

Para comenzar no es menor definir a que se hará referencia cuando se hace alusión a vulnerabilidad. Según la Real Academia Española, significa: “Que puede ser herido o recibir lesión, física o moralmente” (Real Academia Española, 1994, p. 2110).

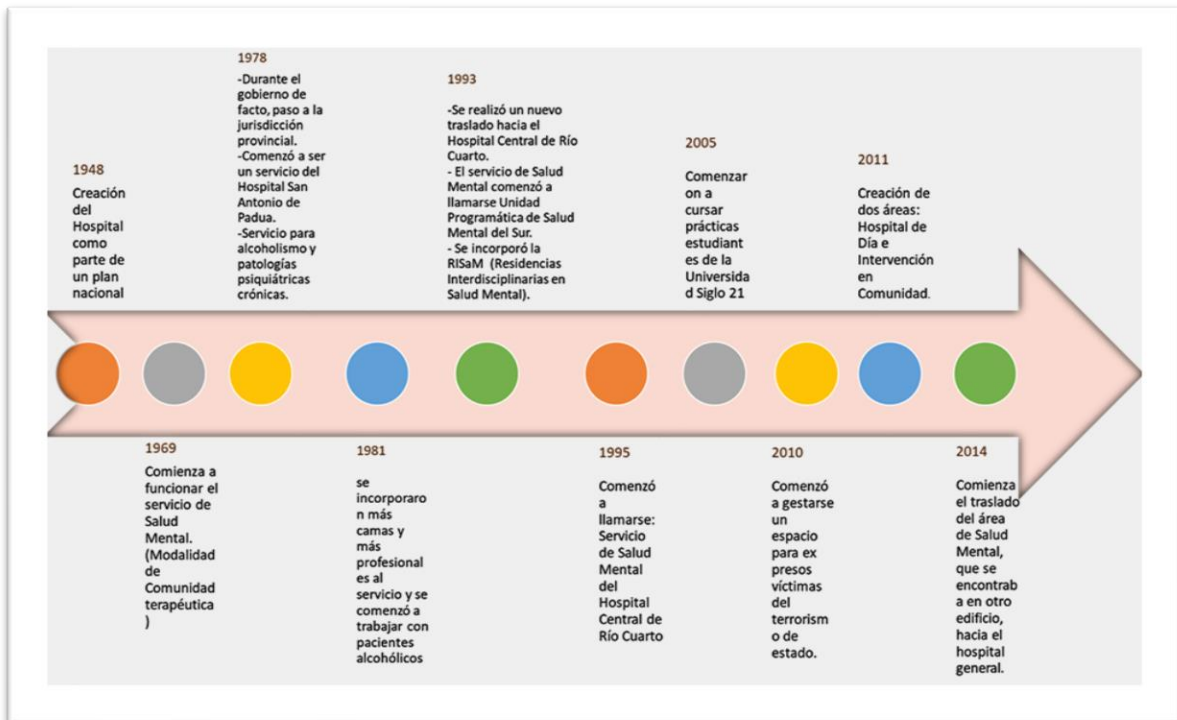
El termino vulnerabilidad ha sido trabajado en diversos estudios, Waldow, V. hace alusión a que “Todos los seres son vulnerables durante su existencia, pero hay momentos o circunstancias en que la vulnerabilidad se presenta más visible y necesitan cuidado” (2014). Podría considerarse entonces que aquellos pacientes que están atravesando por una enfermedad terminal, como lo es el cáncer, se encuentran en un momento en el cual habría mayores probabilidades de encontrarse con vulnerabilidad psicológica.

“La vulnerabilidad psicológica, a su vez, considera los aspectos del sujeto fragilizado en consecuencia de situaciones estresantes, pérdidas, crisis, y en función de una enfermedad” (Waldow, V., 2014, s.p). Trata de una disminución o incapacidad de una persona de hacer frente a diversas situaciones y sucesos que podrían conllevar una connotación conflictiva sobre su salud física o mental, como en el caso de pacientes oncológicos.

Si bien no es posible generalizar cuando se habla de Salud Mental, podría considerarse que hay diversos factores que atribuyen a la vulnerabilidad de estos pacientes. Hernández, M. et. al. (2012) realizan una investigación, en los resultados de la misma consideran que: “Los pacientes con cáncer presentan elevada prevalencia de trastornos psicopatológicos y síntomas de ansiedad, depresión y malestar emocional (distress), en distintos momentos de la enfermedad, relacionados con diversos factores

médicos, físicos, psicológicos y sociales” (p. 233). A partir de esto último se podría plantear la posible incidencia de la salud física sobre la salud mental y viceversa.

Se realizó una breve reseña histórica del servicio de Salud Mental del Hospital, lo cual brinda un panorama y comprensión de su funcionamiento actual. Ésta resume hechos que podrían considerarse de relevancia:



Fuente: adaptado de Universidad Siglo 21 (2019). Nuevo Hospital Río Cuarto “San Antonio de Padua”. Recuperado de: <https://siglo21.instructure.com/courses/7659/pages/plan-de-intervencion-modulo-0#org4>

Como se puede observar a partir de lo expuesto, a lo largo de la historia, ya sea por acontecimientos históricos a nivel país, como por hechos ocurridos dentro del mismo hospital, el funcionamiento del área de Salud Mental ha ido transcurriendo diversas modificaciones. Es así que, según datos recabados de Universidad Siglo 21 (2019), en la actualidad el área de Salud Mental funciona dentro del Nuevo Hospital, donde se encuentran trabajando 15 profesionales, entre ellos nueve son personal de planta, cinco contratados y uno corresponde a la locación del servicio. De los cuales ocho son médicos psiquiatras, dos psicopedagogos y cinco psicólogas.

Como se dijo con anterioridad, en el hospital se lleva a cabo la RISaM (Residencias interdisciplinarias en Salud Mental), la cual cuenta en la actualidad con residentes de diversas profesiones:

- Uno de Psiquiatría,
- Cuatro de Psicología,
- Tres de trabajo social; y
- Dos de enfermería. (Universidad Siglo 21, 2019)

Durante los últimos años las políticas e intervenciones de la institución han estado orientadas a promover prácticas de salud en la comunidad, obteniendo uno de los focos de atención que guían al área que nos atañe: atención a los derechos en el campo de salud mental. En el hospital

El abordaje de la problemática psicopatológica tiene un carácter holístico, integral e integrador porque se entiende que el ámbito social y cultural de pertenencia del paciente es el lugar donde la problemática subjetiva emerge y es indudable que todo padecimiento subjetivo interactúa inevitablemente con el medio, tanto en su producción como en su recuperación. Por ese motivo, en el modelo de abordaje integral se incluyen todos los referentes sociales del paciente, entre los cuales está incluida la familia. (Universidad Siglo 21, 2019, s.p)

Este punto es importante para el presente escrito, ya que se abordó la importancia de posicionarse desde un modelo de abordaje integral, teniendo en cuenta el contexto de

la persona con la cual se estará trabajando. Para finalizar podría considerarse que esto es lo que define a la filosofía del hospital.

Visión, Misión y Filosofía.

A partir de la información brindada por la Universidad Siglo 21 (2019) podría considerarse que la filosofía de la institución es posicionarse desde el foco de atención a los derechos humanos en Salud Mental, brindando una atención integral, holística e integradora a aquellas personas que lo necesiten y acudan al hospital. Abarcando así, una mirada compleja sobre el ser humano y su recuperación; la filosofía definirá a la misión y visión de la institución.

En cuanto a la misión podría establecerse:

La misión de la institución es atender la salud de la población en general perteneciente a la región de integración sanitaria E, que comprende los 4 departamentos del sur de la Provincia de Córdoba, con una población estimada en 450.000 habitantes. Para cumplir esta misión, las acciones son preponderantemente de prevención, asistencia y rehabilitación de las enfermedades en los niveles 2 y 3 (acciones de mediana y alta complejidad). En menor medida y solo accesoriamente, despliega acciones de promoción de la salud, prevención y asistencia de enfermedades del primer nivel (baja complejidad), dado que este es competencia de la jurisdicción municipal. (Universidad Siglo 21, 2019, p. 7)

En lo que refiere a la problemática que nos concierne este es uno de los ejes centrales, ya que como misión se plantea la prevención y asistencia de la salud mental, lo cual será desarrollado con mayor profundidad.

Respecto a la visión del Nuevo Hospital “San Antonio de Padua”:

La actual política provincial de salud está en consonancia con las políticas nacionales y los pronunciamientos y recomendaciones de organismos transnacionales, como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Estas se orientan a preservar la salud como condición ineludible, con la finalidad de evitar enfermedades, sin perder de vista las condiciones y calidad de vida de la población (alimentación, condiciones sanitarias, educación, inmunizaciones). Del mismo modo, una vez presentada la enfermedad, el propósito es lograr el mayor nivel de recuperación, minimizando los efectos seculares de ésta mediante una rehabilitación integral no solo del daño físico, sino también de los aspectos psicológicos y sociales. (Universidad Siglo 21, 2019, s.p)

Lo aquí planteando no debería ser considerado menor, al tratarse de la Salud Mental resultaría esencial preservar ésta, evitando enfermedades futuras, siempre teniendo en cuenta al ser humano desde la complejidad, así brindando una atención integral, holística e integrador.

Delimitación de la necesidad o problema objeto de intervención

El Nuevo Hospital Río Cuarto "San Antonio de Padua" cuenta con servicio de Salud Mental, el cual actúa a partir de dos ejes: la asistencia a pacientes con cuadros psicopatológicos y la demanda de interconsulta y trabajo interdisciplinar, es decir, asistiendo a equipos médicos de otras áreas de clínica médica. Para lo cual cuenta con: asistencia por guardia, atención ambulatoria, sección Infanto-Juvenil, Sección Intervención comunitaria y un Hospital de día. (Universidad Siglo 21, 2019, s.p).

La filosofía, misión y visión de la institución, como ya se hizo alusión con anterioridad, se puede considerar que consisten en un abordaje del paciente que sea global, holístico e integral, atendiendo a la población a partir de la promoción, prevención y asistencia de salud; logrando un mayor nivel de recuperación y minimizando efectos psicológicos y físicos. Por otro lado, se planteó el trabajo sobre dos ejes, uno de los cuales es el trabajo a partir de una demanda de interconsultas y de trabajo interdisciplinar.

Partiendo de esto último, la necesidad que se abordó es la de incluir en la atención a estos pacientes, un psicólogo del servicio de Salud Mental del Nuevo Hospital Río Cuarto "San Antonio de Padua" que se encargue de la atención y acompañamiento de pacientes terminales, más precisamente de pacientes oncológicos.

Se hace referencia a la necesidad de un equipo conformado por médicos de diversas especialidades y un psicólogo/a que tengan como finalidad brindar una asistencia y acompañamiento integral a estos pacientes. Respecto a esto último, en una entrevista al Dr. Bove (14 de abril de 2020), ex jefe del servicio oncohematológico se le preguntó respecto al trabajo en el hospital. A lo que respondió: "(...) La cirugía es todo el tercer piso, pero no está la... todo el cuarto piso, pero no está relacionado con nosotros. Nosotros

como oncólogos vamos a las reuniones que se hacen interdisciplinarias, nosotros vamos a las de ellos... todo eso si... pero es distinto, el cirujano es el que decide, define el paciente que se opera... y algunas muy pocas veces nos lo manda a nosotros primero... mucho menos al psicólogo...”

Resultaría importante la participación de un psicólogo en estos equipos interdisciplinarios, ya que se podría considerar que los sujetos que se encuentran vulnerables físicamente, padeciendo una enfermedad, también se ven afectados en aspectos psicológicos y contextuales, como es el caso de las familias. Algunos estudios intentan dilucidar la influencia de enfermedades terminales sobre la salud mental, como así también la importancia de un acompañamiento psicológico durante el tratamiento de dichos padecimientos.

Respecto a esto último, Maté, Hollenstein y Gill (2004) tras una revisión sistemática de diversos trabajos, concluyeron que:

Los trastornos del sueño son comunes, generan alto discomfort en los pacientes con cáncer, siendo por ello muy necesario desarrollar medidas breves de cribado y de fácil administración que detecten los mismos y de esta manera poder actuar lo antes posible en beneficio de una mejora en el bienestar del paciente. Es fundamental la detección y el tratamiento de la ansiedad por su elevada prevalencia en el paciente con cáncer, la interferencia en la calidad de vida y su posible influencia en la adherencia al tratamiento. Es fundamental el diagnóstico y tratamiento de la depresión en los pacientes oncológicos, ya que puede influir negativamente en aspectos como la duración del ingreso hospitalario, el

autocuidado, el cumplimiento terapéutico, la calidad de vida y la supervivencia. El diagnóstico de depresión clínica es dos o tres veces más frecuente en pacientes con altos niveles de dolor. Esta asociación es más estrecha en la enfermedad metastásica. (p. 225)

Es así como se plantea la necesidad de poder organizar un equipo interdisciplinario compuesto por médicos y psicólogos, desde una perspectiva de psicoprofilaxis quirúrgica, atendiendo tanto a las necesidades físicas como a las mentales y anímicas.

Objetivos

Objetivo general.

Promover la salud mental en pacientes oncológicos del Nuevo Hospital de Rio Cuarto "San Antonio de Padua" a partir de un taller psicoeducativo.

Objetivos Específicos.

- Brindar herramientas de afrontamiento y adaptación a la enfermedad.
- Fomentar redes de apoyo entre pacientes.
- Promover la expresión de emociones.

Justificación

El cáncer es, actualmente la segunda causa de muerte en América (OPS, 2016). Rodríguez, J. (2017) consideró que Cáncer es poner el nombre a una enfermedad vinculada a la muerte, lo cual supone una ruptura en la vida de las personas que la padecen, un duelo a atravesar, siendo la salud un bien al azar. Los pacientes deben desarrollar procesos de afrontamiento y transformación, debiendo adquirir un nuevo modo de vida, un nuevo modo de relación con los demás y con uno mismo. Los vínculos afectivos y el apego son un elemento clave en el proceso de curación.

Se han realizado diversas investigaciones que denotan resultados positivos a la hora de trabajar con pacientes oncológicos desde la psicología, siendo el enfoque cognitivo- conductual uno de los más utilizados.

En primer lugar, en el año 2017, Massone, A. y Llull, D. desarrollaron un “*Análisis del efecto de un programa de intervención grupal sobre la calidad de vida en pacientes oncológicos*” en Argentina, se propusieron evaluar el efecto de un programa de intervención psicológico grupal sobre el afrontamiento y la calidad de vida del paciente:

Se utilizó un diseño cuasi-experimental de grupo experimental y cuasi-control, con medidas repetidas pretest/postest. La muestra se conformó con 27 personas con diagnóstico médico de cáncer, no metastásicos y en etapa de primer tratamiento activo, un 65% mujeres y 35% de varones, con un rango de edad de 28 a 73 años y una media de 51 años (DT 11,6). Según la localización tumoral es una muestra mixta. Para evaluar calidad de vida se administró el cuestionario FACT-G, Functional Assessment of Cancer Therapy General quality of life, (Cella y Tulskey, 1993) y para

afrontamiento el MAC, Mental Adjustment to Cancer Scale, (Ferrero, Barreto y Toledo, 1994). El tamaño del efecto (η^2) del programa de intervención fue moderado. Los resultados reportaron un efecto positivo del programa sobre la calidad de vida ($F=22,60$; $p<0,01$) y el desamparo ($F=5,34$; $p=0,01$), fatalismo ($F=8,06$; $p=0,02$), espíritu de lucha ($F=6,15$; $p=0,01$), preocupación ansiosa ($F=6,44$; $p<0,01$) y negación de la enfermedad ($F=79,10$; $p<0,01$). (Massone, A. y Llull, D., 2017, p. 202)

Por otro lado, en México se realizó una investigación que examinó los efectos de una intervención Cognitivo-Conductual en la Calidad de Vida de pacientes con cáncer de mama. Garduño, C., Riveros, A. y Sánchez-Sosa, J. (2010), realizaron esta investigación, mencionando al respecto:

Estas pacientes experimentan sufrimiento por su condición médica y por los efectos colaterales de algunos procedimientos médicos y agudiza lo estresante de una condición económica. Participaron sesenta pacientes con diagnóstico confirmado de cáncer de mama no terminal. La principal medición incluyó el Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa) con escalas sobre: preocupaciones, desempeño físico, aislamiento, percepción corporal, funciones cognitivas, actitud ante el tratamiento, tiempo libre, vida cotidiana, familia, redes sociales, dependencia y relación con el médico. Se usó un diseño pre-test, post-test y seguimientos a 1 y 3 meses. Después de cumplir con los requisitos éticos, se expuso individualmente a sesenta pacientes a un procedimiento de psicoeducación. Posteriormente se las expuso a procedimientos para: establecer habilidades de adhesión terapéutica, identificar y modificar cogniciones

disfuncionales y mejorar su autorregulación emocional. Los resultados revelaron mejorías estadística y clínicamente significativas en prácticamente todas las áreas para la gran mayoría de las participantes. (p. 68-80)

Por último, caben resaltar intervenciones que utilizan el arte como vehículo de expresión de emociones:

El arte y en particular las artes visuales son parte integrante de todas las culturas, dando expresión a pensamientos, sentimientos, deseos y valores. En la evolución natural perduraron por contribuir, al desarrollo de una amplia noción de bienestar en la conciencia humana, como un remedio que en parte compensara sus muchas infelicidades, entre ellas la enfermedad y el sufrimiento. En la modernidad, la arteterapia se define a partir de estas premisas fundamentales y basa su intervención en el valor terapéutico que el propio proceso de creación artístico aporta a la persona enferma o en crisis. (Collete, N., 2011, p.81)

Siendo así que Collete, N. (2011) realiza una revisión sobre arteterapia en la cual concluye que:

En el cáncer, se han documentado numerosos beneficios, como expresar emociones, en particular dar voz a lo que las palabras no consiguen expresar, aumentar la relajación, la comunicación, contribuir a reducir el dolor y soportar las experiencias estresantes de la enfermedad, promover la sensación de control, favorecer la autoestima, generar mayor entendimiento sobre la propia situación, ayudar a adaptarse y a encontrar

sentido a lo que se vive, en otros términos, fomentar el crecimiento post-traumático. (p.81)

Paterek, C. (2018) considera como objetivo principal el intervenir en pacientes oncológicos ya que:

Es fundamental para aumentar el apoyo y el acompañamiento desde el entorno, contención por parte de los profesionales de la salud y por parte de la red familiar y de amigos. La terapia es también necesaria para poder afrontar el impacto de las emociones y de los cambios que surgen durante el tratamiento y la enfermedad. (p.22)

Marco teórico

Donde el cáncer habita y sus implicancias.

Los pacientes oncológicos se encuentran enfrentando una enfermedad crónica, la cual “Conlleva la modificación del curso natural de la vida y demanda a quien la padece nuevas pautas de adaptación, indispensables para manejar los estresores físicos, sociales, laborales y financieros que genera.” (Masson, A. y Llull, D., 2017, p.202)

Se planteó la línea temática de la vulnerabilidad en pacientes oncológicos, problemática que como se dijo con anterioridad, ha sido trabajada por Waldow, V. (2014), quien reflexiona lo siguiente:

(...) al decir que el ser humano es un ser vulnerable, significa que afecta a todas y cada una de sus dimensiones y facetas. La vulnerabilidad somática está relacionada con el cuerpo, principalmente en aquellos sujetos que padecen de una enfermedad o una deficiencia de orden físico. La vulnerabilidad psicológica, a su vez, considera los aspectos del sujeto fragilizado en consecuencia de situaciones estresantes, pérdidas, crisis, y en función de una enfermedad. La enfermedad implica frecuentemente sentimientos de soledad, temor, entre otros. La enfermedad altera la condición del sujeto, o sea, su papel en la familia, en la sociedad, en fin, su modo de ser y estar en el mundo (...). (s.p)

La finalidad de atender a aquellos factores incidentes, como lo son las emociones de estos pacientes, será el resguardo y promoción de la Salud Mental de esta población.

En el año 2017 se llevó a cabo la segunda edición del Foro Multidisciplinario sobre Cáncer, organizado por la Liga Argentina de Lucha contra el Cáncer (LALCEC), que tuvo lugar en Buenos Aires. En este encuentro, uno de los datos dados a conocer fue:

En América Latina y el Caribe, el cáncer es un problema de salud pública con profundas implicancias en la realidad socioeconómica, cultural y política de cada país. Cada año se registran 1.200.000 nuevos casos de cáncer, se producen 600.000 muertes y, si no se hacen cambios profundos, se espera que la situación empeore y que para 2030 se incremente la incidencia en un 65%. (Informe segundo Foro multidisciplinario sobre Cáncer LALCEC, 2017, p.5)

El Foro vino a marcar un antes y un después a la hora de abarcar el cáncer, ya no ocupa un lugar meramente médico, sino que pasa a ser multidisciplinario. Es así como Massone, A. y Llull, D. (2017) consideran que este aumento de casos proyectados a futuro hace al abordaje psicosocial de estos pacientes algo prioritario. Además, hacen alusión a la falta a nivel nacional de un protocolo de abordaje psicológico.

“Según el Instituto Nacional del Cáncer, Argentina se encuentra dentro del rango de países con incidencia media-alta de esta enfermedad: se detectan más de 100.000 casos nuevos por año y se producen 60.000 muertes.” (Informe segundo Foro multidisciplinario sobre Cáncer LALCEC, 2017, p.5).

Pacientes oncológicos.

El cáncer es una enfermedad que se origina en las células y puede afectar cualquier parte del cuerpo, esto sucede de manera descontrolada formando

masas de tejido, tumores, en caso de cáncer en la sangre, como la leucemia, no llegan a formar tumores sólidos. (Paterek, 2018, p. 21)

Tal como manifiesta Gatto, M. E. (2017) el hecho mismo de padecer una dolencia, con desequilibrios somáticos, impacta de manera intensa, de formas variadas en cada persona. Cuando se es diagnosticado con cáncer el paciente debe procesar esa novedad sobre su salud, la cual pueden vivenciar como algo impactante y derivar en crisis. Es decir que los pacientes con los que se trabaja pueden encontrarse en esta situación:

Las crisis son fenómenos complejos que implican un proceso organizado pero inestable, sujeto a evolución, compuesto, en primera instancia, por el desequilibrio producido por una ruptura forjada por la irrupción de lo imprevisto, lo que genera una pérdida que lleva, a su vez, a una situación de duelo que luego será superada, en el mejor de los casos. (Gatto, M.E., 2017, p.34)

Estas crisis constituyen, como lo dice Gatto, M. E. (2017) “Una experiencia de vida, una transición, un cambio y una circunstancia de riesgo que dependerá de cómo cada persona las enfrenta y las resuelva”. Trata de personas a las que, siguiendo a Paterek, C. (2018), la enfermedad las lleva a encontrarse cara a cara con la muerte.

Esto vendría a exigir mayor flexibilidad adaptativa para así poder hacer frente a la situación que se encuentra atravesando:

Para Hoffman, Zevon, D'Arrigo y Cecchini (2004) el sufrimiento psicológico se presenta a lo largo de un continuo que abarca desde aspectos de la adaptación normal, como proceso de ajuste constante en el que cada paciente trata de manejar el sufrimiento, hasta un estilo de

afrontamiento desadaptativo caracterizado por sentimientos de indefensión, desesperanza, resignación y pasividad. (Massone, A. y Llull, D., 2017, p.203)

En estos pacientes resulta importante tener en cuenta el lugar que se da a las emociones. Nasi, M. L. afirmó que “lo emocional y las creencias espirituales afectan sin dudas la parte biológica” (Informe segundo Foro multidisciplinario sobre Cáncer LALCEC, 2017). Es así como “Aferrarse a una creencia y encontrar aquello que les brinde esperanza, es una valiosa herramienta para transitar este momento en la vida, en el que un quiebre emocional, puede influir negativamente” (Informe segundo Foro multidisciplinario sobre Cáncer LALCEC, 2017)

La población que se escogió para trabajar está conformada por los pacientes oncológicos del Nuevo Hospital “San Antonio de Padua” de Rio Cuarto. Se encontrarán atravesando diversos tratamientos para combatir la enfermedad, como radioterapia, inmunoterapia, quimioterapia, terapia de hormonas, etc. los cuales traerán consecuencias como caída de cabello, pérdida de apetito, falta de deseo sexual, vómitos, entre otros. Paterek, C. (2018) considera que lo mencionado suele ser muy estresante, lo cual puede ir cronificándose durante el desarrollo de la enfermedad. Siendo necesario el acompañamiento psicológico “para poder afrontar el impacto de las emociones y de los cambios que surgen durante el tratamiento y la enfermedad” (Paterek, C., 2018, p. 22)

Salud Mental y Malestar Emocional.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la Salud Mental como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (s.f); manifiesta que se encuentra “relacionada con la

promoción del bienestar, la prevención de trastornos mentales y el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por dichos trastornos” (OMS, s.f)

Sobre esto trata Gatto, M. E. (2017) cuando propone y desarrolla un dispositivo terapéutico Preventivo para pacientes oncológicos. En este pretende favorecer un espacio para que los pacientes puedan poner en palabras su vivencia actual, sus sufrimientos, angustias, miedos, vulnerabilidades, conocer que les produce la enfermedad y en que intensidad, para poder trabajar sobre la potencialidad de sus recursos y mejorar su calidad de vida, para que esa persona pueda hacer frente al tratamiento en mejores condiciones. El tratamiento si es abordado a priori, puede no ser vivenciado como traumático. (p. 40 - 41)

Siguiendo el lineamiento de la salud mental, el distress

en el proceso de la enfermedad puede generar efectos negativos para la salud general y la calidad de vida del paciente. Además, existen trastornos psiquiátricos más prevalentes en la población oncológica en contraste con la población normal, lo que habla de una vulnerabilidad psíquica que requiere consideración y adecuación a las necesidades emocionales del paciente por parte del equipo de salud. (Robert M., Álvarez O. y Valdivieso B., 2013, p. 677)

El distress es definido por NCCN (National Comprehensive Cancer Network) como: “una experiencia emocional desagradable y multifactorial de naturaleza psicológica, social y/o espiritual que puede interferir en la capacidad de afrontar de forma efectiva el cáncer, los síntomas físicos asociados y el tratamiento pautado” (Citado en Martínez P. et al, 2017).

Para Martínez, P. et al (2017) este término contiene diversidad de respuestas que se extienden a lo largo de un continuo. Incluyen reacciones emocionales “normales” que se presentan frente a la enfermedad, como es el caso del temor, tristeza, vulnerabilidad, etc.; y aquellas reacciones que podrían considerarse “severas”, las cuales pueden generar disfuncionalidad en el paciente, tal es el caso de depresión, ansiedad, pánico, crisis, etc. (p.218)

Hernández, M. et. al. (2012) consideran que “El malestar emocional se está convirtiendo en un elemento capital para valorar la salud y bienestar de los pacientes con cáncer. Para los clínicos es el ‘sexto signo vital’, tan principal como la temperatura, la respiración, el ritmo cardiaco, la presión sanguínea o el dolor” (p. 236). Estos mismos autores manifiestan que “se propone la palabra “distress”, para reflejar los distintos niveles de problemas psicológicos asociados al cáncer, que, lógicamente no todos son trastornos psicopatológicos, pero la propia NCCN traduce esta palabra por “angustia”” (Hernández, M. et. al., 2012, p.236)

Siendo así que Paterek, C. (2018), desde el enfoque de la arteterapia oncológica considera:

El diagnóstico del cáncer produce un fuerte impacto de carga emocional que repercute tanto en el paciente como en la familia, el efecto traumático se manifiesta en tanto en el plano psicológico como emocional. Acompañando al paciente a tramitar todo tipo de descargas negativas o emocionales, generando nuevos mecanismos para la expresión del dolor o de la fase que atraviesa, transformando desde la creatividad, cambiando

la actitud hacia el tratamiento, estimulando nuevas experiencias, que puedan encontrar nuevas perspectivas a su condición. (p.85)

Las intervenciones que abordan esta cuestión son en su mayoría norteamericanas y responden a diversos objetivos; a nivel nacional no existe un abordaje psicológico reglamentado de estos pacientes (Massone, A. Y Lull, D., 2017). Teniendo en cuenta que:

Según estimaciones realizadas por la International Agency for Research on Cancer – IARC- (2012) el 45% de los pacientes oncológicos sufren malestar emocional, en tanto perciben que las demandas de la nueva situación son demasiado altas o que sus recursos son escasos para responder eficazmente dicha demanda. (Massone, A. Y Lull, D., 2017, P. 203)

Revisando todo lo expuesto podría llegar a considerarse beneficioso el trabajar sobre las emociones y el Distress en pacientes con cáncer en busca de promover la Salud Mental de estos, en pos de mejorar su calidad de vida. Además, podría considerarse cuando se trata de promover la salud mental el

(...) derribar la barrera del “de esto no se habla”, el paciente necesita poder expresar las dolencias, sentimientos y pensamientos que lo acechan. Logrando vehiculizar estos, se puede acompañar y ayudar mejor al paciente, dándole, sobre todo, la posibilidad de expresarse sin restricciones y tener una mejor calidad de vida. (Paterek, C., 2018, p.23)

Dispositivo.

Se lleva a cabo un taller psicoeducativo. El dispositivo taller, siguiendo a Ander-Egg (1991) consiste en un sistema de enseñanza – aprendizaje. “Taller es una palabra que sirve para indicar un lugar donde se trabaja, se elabora y se transforma algo para ser utilizado (Ander-egg, 1991, p. 10). Continuando con este autor, se considera al taller como un aprender haciendo en grupo a partir de una metodología participativa, una pedagogía de la pregunta y un entrenamiento que tiende al trabajo interdisciplinario; lo cual implica y exige un trabajo grupal con el uso de técnicas apropiadas. (Ander-Egg, 1991, p. 9-18)

El taller a realizar consistirá en una intervención grupal que haga uso de técnicas psicoeducativas (técnicas cognitivo-conductual) y de la arteterapia. Haciendo referencia a esto dicho cabe destacar a que se hace alusión cuando se nombra estas técnicas:

Intervención grupal.

El dispositivo de intervención será grupal. El grupo, tal como menciona Blum, S. C. (2017) brinda un soporte social al paciente, un soporte que lo acompaña y le ofrece buenos estímulos (p. 207):

El cáncer se ha convertido en un estresor más, que requiere el estudio de estrategias adecuadas para hacerle frente, - afrontamiento -. Por sus implicancias socio-culturales – enfermedad mítica y temida -, la propia enfermedad puede dificultar un adecuado apoyo social para el enfermo en las relaciones familiares, con sus amigos y, en general, en las relaciones sociales. (Blum, S.C. en Buceta, E. M. y Pucheu, M. A., 2017, p. 207)

Continuando con Blum, S. C. (2017), la función que cumple el grupo es la de brindar una red de apoyo al paciente, ya sea a través de apoyo emocional, informativo y/o instrumental.

Psicoeducación

La psicoeducación es una de las técnicas cognitivo-conductuales que se utiliza con mayor frecuencia en intervenciones orientadas a pacientes oncológicos y su familia. (Ascencio-Huertas, L., Rangel-Domínguez N. E. y Allende Pérez, S., 2013): “consiste en una estrategia de enseñanza-aprendizaje para la salud que se basa en el aprendizaje experiencial sobre la enfermedad que se padece y las formas en que se pueden afrontar las consecuencias de tal padecimiento”. (Ascencio-Huertas, L., Rangel-Domínguez N. E. y Allende Pérez, S., 2013, p. 395).

Para la Organización Mundial de la Salud:

“La educación para la salud comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad” (OMS, 1998:13, citado en Rodríguez, J., 2017, p.68)

Esto último resulta importante ya que el dispositivo se encuentra destinado a la promoción de la Salud Mental de estos pacientes. Se intenta “facilitar o promover la motivación, la capacitación en competencias y el fomento de la autoestima como estrategias óptimas para que las personas sean competentes a la hora de adoptar las medidas necesarias para mejorar su salud” (Rodríguez, J.,2017, P. 68)

Continuando con los autores Ascencio-Huertas, L., Rangel-Domínguez N. E. y Allende Pérez, S., (2013) podría considerarse como objetivos de la psicoeducación:

- Brindarle un rol activo al paciente para que participe activamente en el proceso de tratamiento y cuidados.
- Lograr generar conciencia sobre la enfermedad y comprensión de la importancia del tratamiento.
- Favorecer la reducción de malestar emocional. (p. 395)

“La psicoeducación ha mostrado ser efectiva en el manejo del dolor como tratamiento adyuvante a los medicamentos, controlar el distrés asociado a la enfermedad e incrementar el bienestar y mejorar la calidad de vida” (Ascencio-Huertas, L., Rangel-Domínguez N. E. y Allende Pérez, S., 2013, p. 395)

Arteterapia

“El arte y en particular las artes visuales son parte integrante de todas las culturas, dando expresión a pensamientos, sentimientos, deseos y valores” (Collete, N., 2011, p. 81)

Uno de los dispositivos escogidos fue la “arteterapia” por la cual se entiende:

Arteterapia es la disciplina que se basa en la práctica del arte y las teorías psicológicas. Se trata de acompañar, facilitar una vía, para generar un cambio que resulte significativo para el paciente mediante la utilización de diferentes lenguajes artísticos con fines terapéuticos. Se refiere a una expresión artística, los impulsos se transforman en algo aceptado desde el punto de vista social o moral” (Paterek, C.,2018, p.13)

Es una técnica que se viene abordando desde Freud. Como se abordará la intervención a partir de este enfoque resultó pertinente realizar un recorrido por algunos de sus antecedentes:

Sigmund Freud:

- En la sublimación la pulsión se convierte en una actividad científica o artística, los impulsos se transforman en algo aceptado desde el punto de vida social o moral.
- Se acerca al arte analizando la vida y arte de diversos artistas. A partir de Leonardo Da Vinci se da cuenta de los aspectos esenciales del arte, el cual puede funcionar como campo de experiencia en si mismo.

Hans Prinzhon (Psiquiatra)

- Las ciencias de la salud comienzan a interesarse por las actividades artísticas de los pacientes con patologías.
- Reune los dibujos de sus pacientes , descubre la función “catártica” de las pinturas, mediante las cual podían expresar la experiencia de su enfermedad.

Melanie Klein

- Sustituye las técnicas del psicoanálisis por el juego.

Donald Winnicott

- Realizó aportes sobre el juego y la creatividad.
- Crea la técnica del dibujo hecho de a dos (paciente y terapeuta)

Fuente: Adaptado de Paterek, C. (2018) “ARTETERAPIA y ONCOLOGÍA”

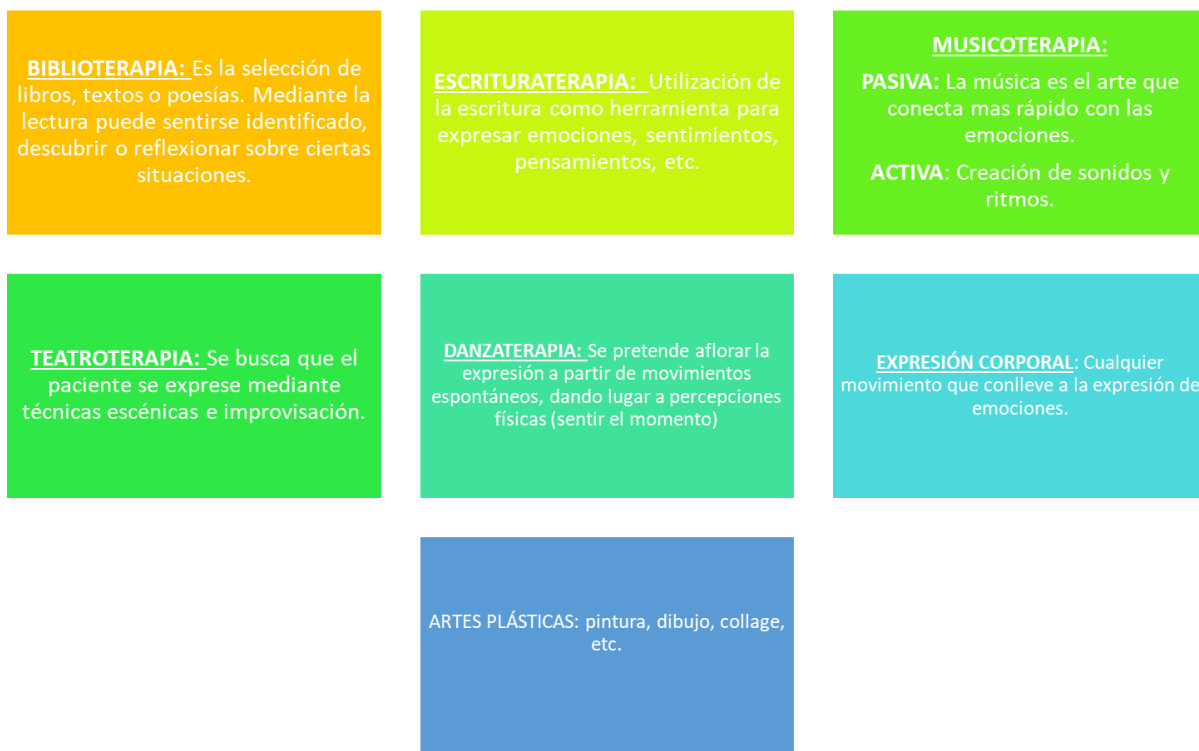
Respecto a los pacientes oncológicos, se han registrado numerosos beneficios de este tipo de intervenciones, como:

(...) expresar emociones, en particular en dar voz a lo que las palabras no consiguen expresar, aumentar la relajación, la comunicación, contribuir a reducir el dolor y soportar las experiencias estresantes de la enfermedad, promover la sensación de control, favorecer la autoestima, generar mayor entendimiento sobre la propia situación, ayudar a adaptarse y a encontrar

sentido a lo que se vive, en otros términos, fomentar el crecimiento post-traumático. (Collete, N., 2011, P.81)

Como explica Paterek, C. (2011) cuando se trabaja a partir de esta modalidad se busca establecer un marco y espacio seguros, donde el paciente se pueda sentir cómodo, expresarse y reflexionar libremente; y donde “la creación se convierta en un vehículo para las emociones, pensamientos y sentimientos personales” (Paterek, C., 2011, p. 15). Continuando con esta autora, se podría tener por objetivo que, a través del arte, el paciente logre expresar tanto su mundo interno como externo. El arte funcionaría como vehículo de expresión de emociones y sentimientos dando a la posibilidad a la reflexión. (Paterek, 2018, p.16)

Se trabaja a partir de la focalización de la problemática, una meta a alcanzar, utilizando todas las artes, entre las cuales algunas herramientas son:



Fuente: Adaptado de Paterek, C. (2018) “ARTETERAPIA y ONCOLOGÍA”

Por último, tal como lo manifiesta Collete N. (2011):

Existe una abundante evidencia empírica, basada en estudios de casos, que documenta la utilidad de la arteterapia para ayudar a las personas afectadas por cáncer a mejorar su bienestar, favorecer la comunicación con su entorno y sobrellevar mejor las dificultades emocionales derivadas de su enfermedad. (p.84)

A partir de lo expuesto en este apartado se podría considerar pertinente una intervención basada en estos lineamientos, con lo cual se tiene el objetivo de lograr una mejor calidad de vida del paciente oncológico, siendo “el propio paciente el que irá autodescubriéndose, canalizando emociones, reflexionando, tomando consciencia en la medida que pueda” (Paterek, 2018, p. 16).

Actividades

A partir de este momento se desarrollarán cuáles serán las actividades a llevar a cabo en cada uno de los encuentros de la intervención, los cuales se encontrarán destinados a un grupo de 12 pacientes del área de oncología del Nuevo Hospital de Rio Cuarto “San Antonio de Padua”. Estos se realizarán el segundo y cuarto sábado del mes, teniendo una duración de tres horas. Las actividades planificadas ocupan aproximadamente dos horas y media de tiempo, dejando un margen de media hora por si ocurre algún inconveniente, imprevisto, para esperar que lleguen todos; y cuando sea necesario hacer un descanso.

El coordinador debe ser psicólogo y tener cierta flexibilidad para, de ser necesario, ser capaz de ir realizando ciertas modificaciones en el transcurso de las actividades, sin dejar de lado los objetivos que se pretenden alcanzar.

Para ello será necesario contar con algún espacio físico dentro del hospital que sea tranquilo y cuente con privacidad.

Primer Encuentro: Un espacio para compartir

El primer encuentro tendrá una duración aproximada de tres horas, estará destinado a la presentación de cada uno de los integrantes. Se intentará propiciar la formación de un espacio de contención, confianza y apoyo para cada uno de los que formen parte de dichos encuentros.

Entre la primera actividad y la segunda el coordinador deberá, a modo de pre-test, entregar una lapicera a cada integrante del grupo y una fotocopia de los cuestionarios

HAD, MAC, y de la escala FACT-G. Lo cual ocupará aproximadamente 40 minutos del encuentro.

Tema:

Presentación de los integrantes del grupo.

Objetivo General:

Presentar a los miembros del grupo y comenzar a lograr cierta confianza a partir de técnicas de reflexión.

Actividad 1: El juego de la pelota.

Materiales:

- Lugar físico tranquilo donde realizar la reunión.
- Una pelota de goma.
- Trece sillas.

Tipo de estrategia: Dinámica de presentación/ integración grupal.

Tiempo estimado: 30 minutos aprox.

Instrucciones para el coordinador:

La actividad se llevará a cabo aproximadamente en 30 minutos, dejando 15 minutos de intervalo antes de comenzar para dar tiempo a que lleguen todos los participantes del grupo.

Se acomodarán las trece sillas en forma de círculo antes de que lleguen los integrantes del grupo. A medida que van llegando irán ocupando una silla cada uno.

Cuando estén todos los participantes el coordinador va a explicar que lo que ocurra en este espacio será confidencial, una vez realizada la aclaración se dará lugar a la actividad.

Se mostrará la pelota y se explicará que quien la tenga deberá presentarse (decir su nombre y contar lo que quiera acerca de su vida). Luego de haber terminado deberá tirarle la pelota a alguien, quien la reciba tomará la palabra y así sucesivamente.

Comenzará el coordinador con su presentación para servir a modo de ejemplo de cómo funciona la dinámica y para lograr una cierta apertura al comienzo del encuentro.

Actividad 2: Conocernos un poco más...

Materiales:

- Lugar físico tranquilo donde realizar la reunión.
- 13 sillas.
- 13 hojas de papel rayadas.
- 13 lapiceras.
- 3 cartulinas.
- Fibras de colores.

Tipo de estrategia: Dinámica Reflexiva

Tiempo estimado: 50 minutos

Instrucciones para el coordinador:

En un primer momento se les entregará una hoja de papel junto con una lapicera a cada uno de los miembros del grupo. El coordinador les pedirá que de manera individual escriban lo que se le ocurra. Cómo vivencia la enfermedad, cómo la enfrenta en la

cotidianeidad, cómo lo lleva con su familia, sus miedos, emociones, temores, malestares, etc. Para ello contarán con 25 minutos.

Luego se pedirá que realicen tres subgrupos de cuatro integrantes cada uno, con los cuales compartirán lo desarrollado de manera individual. Deberán plasmar en una cartulina lo que deseen compartir con el resto de los grupos. Para esta consigna contarán con 25 minutos más.

Por último, se realizará nuevamente una ronda con las sillas y cada grupo podrá compartir lo que hayan hecho, que han hablado, etc. La finalidad es que los participantes tengan un espacio en el cual puedan compartir sus temores, emociones, vivencias; comprendiendo que no están solos y que otros están pasando por un proceso similar, es una propuesta, *es un escribir juntos*. (esta consigna se realizará en aproximadamente 20 minutos)

Actividad 3: Concluyendo...

Materiales:

- Lugar físico tranquilo donde realizar la reunión.
- 13 sillas

Tipo de estrategia: Dinámica Reflexiva.

Tiempo estimado: 30 minutos

Instrucciones para el coordinador:

Para finalizar el encuentro el coordinador deberá abrir al dialogo, dar un momento para que cada uno de los integrantes del grupo pueda expresar como se sintió, qué esperaba y qué se lleva a su casa.

Siendo así que el coordinador deberá ir guiando en pos de lograr un espacio de comprensión y acompañamiento, concluyendo que no se encuentran solos y que estos encuentros serán un lugar de y para ellos, un sitio seguro en el cual podrán plasmar todos sus pensamientos, emociones, preocupaciones, etc.

Segundo encuentro: Pasado – Presente – Futuro

Este encuentro estará destinado a que los pacientes puedan realizar un paralelismo del pasado y el presente, dando lugar a imaginar un futuro deseado posible con la finalidad de trabajar sobre la motivación de los mismos. El coordinador deberá dar lugar a que si alguien quiere retirarse de alguna actividad pueda hacerlo e igualmente quedarse; no debe obligar a los integrantes del grupo a participar de manera activa.

Tema: Interpretar el pasado, presente y futuro a partir de una dinámica teatral y escritura.

Objetivo General: Lograr mayor motivación a partir de la escenificación y proyección a futuro.

Actividad 1: Presentación de la dinámica

Materiales:

- Lugar físico tranquilo donde realizar la reunión.
- 13 sillas.

Tipo de estrategia: Reflexiva

Tiempo estimado: 30 minutos.

Instrucciones para el coordinador:

Ubicar las sillas en un círculo para que cuando los miembros del grupo lleguen comiencen a sentarse en esa posición. El coordinador deberá, en primera medida, explicar en qué consistirá el encuentro.

Se dará la primera consigna, la cual será realizar una reflexión en conjunto que responda a:

- Cómo se sintieron al recibir el diagnóstico.
- Cómo es su día a día conviviendo con la enfermedad.
- Cómo lo atraviesan con sus vínculos más cercanos.

Actividad 2: Pasado - presente

Materiales:

- Lugar físico tranquilo donde realizar la reunión.
- 13 sillas.
- 2 hojas.
- 2 lapiceras.

Tipo de estrategia: Teatroterapia y Escrituraterapia.

Tiempo estimado: 80 minutos aproximadamente.

Instrucciones para el coordinador:

Esta actividad consta de dos momentos:

A) Se les pedirá que se subdividan en tres grupos de cuatro integrantes cada uno, a los cuales se les darán diferentes consignas a realizar en 40 minutos aproximadamente:

- Subgrupo 1: Interpretar a partir de una puesta en escena el momento en que un médico comunica diagnóstico de cáncer a una persona.
- Subgrupo 2: Redactar una lista de recomendaciones que le darían a un médico para que tenga en cuenta a la hora de comunicarse y tratar con un paciente. (A este subgrupo se les brindará dos hojas rayadas y dos lapiceras para que puedan trabajar)
- Subgrupo 3: Interpretar a partir de una puesta en escena como es el día a día tras el diagnóstico.

B) Una vez reunidos todos y luego de haber producido lo que se les pidió, se utilizarán aproximadamente 40 minutos para que los grupos puedan exponer lo que han desarrollado. Se irá dando lugar a la reflexión, dejando que quien lo desee comparta y exprese lo que le pasó con la actividad; sentimientos, emociones, preocupaciones, deseos, pensamientos etc., obteniendo respuestas y apoyo de un otro que se encuentra atravesando una situación similar.

Actividad 3: Mirando hacia el futuro...

Materiales:

- Lugar físico tranquilo donde realizar la reunión.
- 13 sillas

Tipo de estrategia: Reflexivo – Imaginación

Tiempo estimado: 40 minutos

Instrucciones para el coordinador:

Esta será la actividad con la cual se concluirá el encuentro. Se pedirá que imaginen un futuro, con y sin enfermedad, donde se encuentran con sus familias, trabajos, que imaginen proyectos que les gustaría realizar; es decir, como les gustaría que fuera el futuro. Brindar este espacio para que quien quiera compartir lo que imagina pueda hacerlo.

Por último, el coordinador debe dar lugar a las preguntas: ¿Cómo se han sentido?, ¿Qué percibieron de ellos y sus compañeros? ¿Qué los hace sentir mejor? ¿Qué los hace sentir mal?

Tercer encuentro: Me diría...

Encuentro que tendrá comienzo en este taller y continuará en el próximo. Consistirá en poder comenzar a poner en palabras sentimientos, emociones, experiencias, miedos, sufrimientos, lo que les causa felicidad, los que los hace sentir mejor, etc., para así poder en el siguiente encuentro trabajar sobre la comunicación con los vínculos cercanos.

Tema: Lo que le diría a alguien en mi lugar.

Objetivo General:

- Brindar información y técnicas de relajación para poder regular el estrés y las emociones.

Actividad 1: A relajarse un poco...!

Materiales:

- Lugar físico tranquilo donde realizar la reunión.
- 13 sillas.
- 12 lonas/colchonetas para acostarse en el piso.

Tipo de estrategia: Musicoterapia/Reflexivo.

Tiempo estimado: 30 minutos.

Instrucciones para el coordinador:

Se invitará a los participantes a acostarse en las lonas/colchonetas en el piso y así comenzar con una relajación guiada. (Ver anexo V)

Actividad 2: “Barro tal vez”

Materiales:

- Lugar físico tranquilo donde realizar la reunión.
- 13 fotocopias de la canción “Barro tal vez” de Luis Alberto Spinetta. (Ver anexo VI)
- Parlante.

Tipo de estrategia: Musicoterapia

Tiempo estimado: 40 minutos.

Instrucciones para el coordinador:

Una vez finalizada la relajación, aun acostados y con los ojos cerrados se pedirá que escuchen una canción que comenzará a sonar. El coordinador pondrá la canción “Barro Tal Vez” de Luis Alberto Spinetta.

Se les irá indicando que lentamente comiencen a incorporarse, una vez que todos se encuentren sentados se les dará una hoja con la letra de la canción. Los interrogantes en esta actividad serán ¿Qué sintieron con la relajación? ¿Qué piensan sobre la canción? ¿Qué sensaciones tienen? ¿Le remonta a algún recuerdo? ¿Algo que quieran compartir?

Todo lo que vaya surgiendo es válido para hablar, la finalidad es que comiencen a comprenderse entre sí, validando todo lo que pueda llegar a decir.

Actividad 3: Escribiendo me digo...

Materiales:

- Lugar físico tranquilo donde realizar la reunión.
- 13 sillas.
- 13 lapiceras
- 24 hojas rayadas.

Tipo de estrategia: Escrituraterapia.

Tiempo estimado: 40 minutos.

Instrucciones para el coordinador:

El coordinador le dará un sobre, dos hojas rayadas y una lapicera a cada uno. Se les invitara a esparcirse en el espacio y una vez acomodados comenzar a escribir. La propuesta es que escriban una carta a ellos mismos, ¿qué consejos se darían a sí mismos para un futuro? ¿Qué dirían a su yo presente? ¿Qué consejos se darían para atravesar situaciones adversas? ¿Sobre los buenos momentos, que tendrían para decir?

Mientras se encuentran escribiendo se los acompañará con música clásica en volumen ambiente. Se acudirá a Tchaikovsky y Chopin, ejercicio basado en la musicoterapia pasiva.

Actividad 4: Me paso que...

Material:

- Lugar físico tranquilo donde realizar la reunión.
- 13 sillas.

Tipo de estrategia: Reflexiva

Tiempo estimado: 40 minutos

Instrucciones para el coordinador:

Dar lugar a un cierre del encuentro, que quien quiera comparta como vivió la experiencia de “hablar” consigo mismo, que se dirían. Dejar un espacio para la reflexión y el dialogo para comprender que no están solos y que se encuentran con otro que puede ocupar el rol de acompañarse mutuamente en el proceso.

Cuarto encuentro: Te quiero decir...

Este encuentro estará destinado a fomentar la comunicación del paciente con sus allegados, se intentará que pueda expresar en palabras todo aquello que siente, aquello que ha querido comunicar y no ha podido sea por miedo, angustia o algo que lo inquiete.

Tema: Comunicación y expresión de aquello que se ha querido decir y no se dijo.

Objetivo General: Fomentar la comunicación del paciente con sus familiares y vínculos cercanos a partir de la reflexión y de la escritura.

Actividad 1: Lo que veo es...

Materiales:

- Lugar físico tranquilo donde realizar la reunión.
- 13 sillas.
- 3 fichas con un caso/situación cada una. 1(Ver anexo VII)

Tipo de estrategia: Reflexiva.

Tiempo estimado: 50

Instrucciones para el coordinador:

En primera medida se subdividirá el grupo en tres subgrupos de cuatro integrantes. A cada grupo se le entregará una ficha/caso y se les pedirá que lo lean, que lo analicen y que conversen que harían en esa situación o que le dirían a alguien que se encuentra en ese momento. Para ello contarán con aproximadamente 20 minutos.

Una vez reunidos nuevamente, se invitará a los grupos a compartir lo conversado, se les preguntará que harían en esa situación y que argumentos los llevo a considerar eso.

Siendo así que el coordinador deberá ir dando lugar a que se propongan ideas, actitudes y conductas que los llevaría a mejorar la comunicación con sus vínculos más cercanos, médicos o con quien a ellos les gustaría.

Actividad 2: Me gustaría que sepas...

Materiales:

- Lugar físico tranquilo donde realizar la reunión.
- 13 sillas.

- 30 sobres para carta.
- 24 hojas rayadas.
- 13 lapiceras.

Tipo de estrategia: Escrituraterapia.

Tiempo estimado: 50 minutos.

Instrucciones para el coordinador:

Se entregará un sobre, dos hojas y una lapicera a cada uno, pidiéndoles que se distribuyan en el espacio. Luego se les invitará a escribir una carta a quien/quienes deseen, en la cual hagan un intento de poner en palabras todo aquello que han querido decir y no han podido, que dejen fluir los pensamientos, sentimientos, o lo que deseen plasmar en esas líneas.

Mientras se encuentran escribiendo se los acompañara con música clásica en volumen ambiente. Se acudirá a Tchaikovsky y Chopin, ejercicio basado en la musicoterapia pasiva.

(Si alguien desea escribir más de una carta o necesita más hojas se les brindará)

Actividad 3: Me sentí...

Materiales:

- Lugar físico tranquilo donde realizar la reunión.
- 13 sillas.

Tipo de estrategia: Reflexiva.

Tiempo estimado: 50 minutos.

Instrucciones para el coordinador:

Este será el momento en el que se dará lugar a reflexionar y conversar entre todos. ¿Cómo se sintieron? ¿Quedó algo por decir? ¿Se animarán a entregar la carta a su destinatario? ¿Cómo se sienten en este momento?

Quinto encuentro: Dar lugar a las emociones...

El quinto encuentro estará enfocado a dar lugar a las emociones, un espacio para sentir las y compartirlas. La finalidad será tanto la expresión de las mismas a partir del arte, por ejemplo; como un dar cuenta del lugar que ocupan, aceptándolas y pudiendo darles importancia.

Tema: Dar lugar a la expresión de las emociones a partir de la biblioterapia.

Objetivo general: Promover a la expresión de emociones.

Actividad 1: “No te rindas” ...Materiales:

- Lugar físico tranquilo donde realizar la reunión.
- 13 sillas.
- 13 fotocopias de un poema.

Tipo de estrategia: Biblioterapia.

Tiempo estimado: 50 minutos.

Instrucciones para el coordinador:

El coordinador expondrá a los pacientes al poema “No te rindas” de Mario Benedetti (*ver anexo VIII*), motivando a la breve lectura para la reflexión. A continuación,

una vez finalizada la lectura, cada paciente irá compartiendo su interpretación, sensaciones que le atraviesan y aquello que le causo resonancia. Se le entregará a cada uno una fotocopia para llevarse.

Actividad 2: “Te para tres” ...

Materiales:

- Lugar físico tranquilo donde realizar la reunión.
- 13 sillas.
- 13 fotocopias de la letra de la canción.
- Parlante para reproducir música.

Tipo de estrategia: Musicoterapia/Imaginación.

Tiempo estimado: 50 minutos.

Instrucciones para el coordinador:

Se les invitará a los integrantes del grupo cerrar los ojos y respirar profundamente, acto seguido pondrá a sonar la canción “te para tres” de Gustavo Ceratti (*anexo IX*)

Aún con los ojos cerrados les dará la consigna de tomarse unos minutos para ir con la imaginación a un lugar de ensueño, un lugar seguro en el cual les gustaría estar; guiados por sus historias, experiencias, deseos...

Cuando el coordinador de grupo observe que transcurrió el tiempo necesario, brindará un espacio para que cada uno pueda compartir como vivió la experiencia de la actividad. Se les entregará al final una fotocopia con la letra de la canción.

Actividad 3: ¡A pintar!

Materiales:

- Lugar físico tranquilo donde realizar la reunión.
- 13 sillas
- 2 afiches blancos.
- Temperas de colores.
- 13 pinceles.
- Fibras de colores.

Tipo de estrategia: Arteterapia/ Pintura grupal

Tiempo estimado: 50 minutos.

Instrucciones para el coordinador:

A modo de cierre se dividirán en dos grupos, y se les pedirá que cada uno vaya interviniendo en el afiche que le tocó del modo que desee, plasmando lo que deseen y les surja espontáneamente.

La finalidad de la actividad es la creación de una pintura grupal en la que puedan plasmar y compartir las emociones.

Sexto encuentro: Final de los encuentros.

Será el último encuentro a realizar, el cual se enfocará en dar un cierre al proceso compartido.

Antes de comenzar con las actividades el coordinador tomará los mismos cuestionarios y la escala que se aplicaron en el primer encuentro a los participantes del Taller. Actividad para la cual destinará aproximadamente 40 minutos.

Tema: Cierre del Taller.

Objetivo General: Realzar un cierre de los encuentros.

Actividad 1: Ensueño...**Materiales:**

- Lugar físico tranquilo donde realizar la reunión.
- 13 sillas
- 20 hojas rayadas.
- 14 lapiceras.

Tipo de estrategia: Escrituraterapia

Tiempo estimado: 50 minutos.

Instrucciones para el coordinador:

El encuentro comenzará con un espacio de reflexión, en el cual cada uno podrá ir contando como se ha sentido y como ha estado. Luego el coordinador brindará una hoja y una lapicera, se llevará a cabo el ejercicio de ensueño, el cual consta en la elaboración de un cuento utilizando la imaginación, conectando directamente con las emociones.

Una vez que todos hayan finalizado sus relatos se dará lugar a que quien quiera pueda compartirlo con el resto.

Actividad 2: Al final te das cuenta...

Materiales:

- Lugar físico tranquilo donde realizar la reunión.
- 13 sillas

Tipo de estrategia: Biblioterapia

Tiempo estimado: 60 minutos

Instrucciones para el coordinador:

A modo de cierre el coordinador leerá un breve texto (Ver anexo X), dejando luego un espacio de conversación y dando lugar a que cada uno pueda compartir que sintió a partir de la lectura y a lo largo de los distintos encuentros.

Resulta importante en este momento que el coordinador deje abierta la posibilidad de que el grupo se conforme como una red de apoyo, a la cual puedan acudir en momentos que lo necesiten.

Recursos

El taller se encuentra destinado a 12 pacientes oncológicos del Nuevo Hospital de Río Cuarto “San Antonio de Padua”, para lo cual será necesario un coordinador Psicólogo.

El Hospital cuenta con materiales y recursos que forman parte de la misma infraestructura. A continuación, se presentará una lista de los materiales necesarios:

- Lugar físico tranquilo.
- 13 sillas.
- Parlante con auxiliar/ bluetooth/cable USB.
- 12 colchonetas/lonas para el piso.

Presupuesto

Cantidad	Material	Costo estimado
1	Pelota de goma.	\$250
1	Block 80 hojas rayadas.	\$150
1	Caja de 12 lapiceras.	\$220
3	Cartulinas.	\$75
1	Caja de 30 fibras colores.	\$450.
2	Caja de temperas.	\$500.
81	Fotocopias	\$170
1	Caja 12 pinceles.	\$500
30	Sobre de papel tamaño carta	\$100
3	Afiches color blanco	\$100
6 encuentros. 1 psicólogo.	Honorarios Profesionales. \$2.250 por persona (módulo de 6 sesiones)	\$27.000
	TOTAL.	\$29.515

El Colegio de psicólogos de la Provincia de Córdoba, establece en la resolución de junta de gobierno 008/19 que los honorarios mínimos éticos profesionales son:

- Psicoterapia Individual \$ 900.-
- Psicoterapia de Pareja y Familia \$ 1390.-

- Psicoterapia Grupal \$ 340.- (por integrante)
- Psicodiagnóstico \$ 5080.- (hasta 6 sesiones)
- Atención Domiciliaria \$ 1800.-
- Psicoprofilaxis: \$ 4500.- (módulo de 8 sesiones)
- Emisión de Apto Psicológico: \$ 1030.-

Teniendo en cuenta la modalidad de taller será utilizado para el cálculo de los honorarios profesionales el valor fijado para la Psicoprofilaxis con un valor de \$4.050 por persona, incluyendo un módulo de 6 encuentros.

Evaluación

Para evaluar el impacto de la intervención sobre la calidad de vida de los pacientes se realizará la aplicación de un pre-test y un post-test.

Se aplicará a modo de pre-test en el primer encuentro el cuestionario FACT-G, Functional Assessment of Cancer Therapy General quality of life (Cella, Tulsky, Gray, 1994, recuperado de Massone, 2017), para afrontamiento el MAC, Mental Adjustment to Cancer Scale, (Greer et al., 1994, recuperado de Massone, 2017) y el HAD: Hospital Anxiety and Depression Scale (Caro y Ibáñez, 1994, recuperado de Massone, 2017) para evaluar la estabilidad emocional.

Luego de desarrollado el taller, en el último encuentro se brindará a los integrantes del grupo nuevamente los cuestionarios y la escala a modo de post-test, para así poder finalmente constatar a través de la comparación de los resultados el posible impacto producido por el plan de intervención y la eficacia de la aplicación de la intervención.

HAD: Hospital Anxiety and Depression Scale

Se aplicará la versión en español de este cuestionario. (Caro y Ibáñez, 1994, recuperado de Massone, 2017) será utilizado para evaluar si se han logrado modificaciones en la estabilidad emocional de los pacientes (*Anexo XI*). “El valor Alfa de Cronbach global del cuestionario es de .74, demostró alta consistencia interna. Este estadístico se calculó sobre los 14 ítems y 47 casos. La contribución relativa de cada ítem a la consistencia interna es muy buena.” (Massone, 2017, p. 101).

Está compuesto por dos subescalas (depresión-ansiedad), con 14 ítems en una escala de Likert. Las puntuaciones tienen un rango de 0 (no distress), a 21 (máximo de

distress) Como puntaje se toma como corte 10 puntos para cada una de las escalas. (Comedre, Diaz y Vallejo; 1995 citado en Massone, 2017, p.101)

El objetivo de realizar esta medición es la de poder dilucidar que impacto se ha producido en los pacientes a partir de la expresión y trabajo de las emociones.

FACT- G: Funcional Assessment of Cancer Therapy General quality of life.

Será utilizada la cuarta versión de este cuestionario como medio de observación de la Calidad de Vida de los pacientes, para así poder apreciar si ha habido un cambio o no. (Anexo XII)

El valor Alfa de Cronbach global del cuestionario es de .89 posee alta consistencia interna. Se analizó la contribución relativa de cada ítem a la consistencia interna obteniendo todos los ítems valores inferiores o iguales al Alfa global (con un rango de .88 a .89). Se puede afirmar que la contribución relativa de cada ítem a la consistencia interna es muy buena. (Cella, Tulsky, Gray, 1994. Recuperado de Massone, 2017, p.105)

Esta escala ha sido escogida ya que la Calidad de Vida en pacientes oncológicos es el objetivo principal de esta intervención, siendo así necesario medir si se han obtenido modificaciones en torno a este constructo o no.

MAC: Mental Adjustment to Cancer Scale

La escala MAC (Greer et al., 1994, Recuperado de Massone, 2017) será utilizada para medir variables en torno al afrontamiento de la enfermedad del paciente oncológico. (Anexo XIII)

Este estadístico está calculado sobre los 40 ítems y 47 casos, el valor Alfa de Cronbach global del cuestionario es de .43, posee una consistencia interna media-baja. El análisis de los ítems mediante el Alfa de Cronbach si se eliminan uno a uno cada elemento mostró alfas con un rango de .36 a .51. El aporte de cada ítem a la consistencia interna es bueno aunque la mitad de ellos superan al Alfa total en unas décimas. (Massone, 2017, p. 104)

Esta escala será aplicada con el fin de poder evaluar la eficacia de las técnicas utilizadas en el taller a la hora de brindar herramientas de afrontamiento a partir de las subescalas de la herramienta, las cuales abarcan los 5 modos de afrontamiento. (*Anexo XIV*)

Resultados esperados

Lo que se pretende lograr con la intervención propuesta es la promoción de la salud mental en pacientes oncológicos el Nuevo Hospital de Rio Cuarto “San Antonio de Padua”.

Se espera que transcurrido el taller los pacientes hayan logrado conformarse como una red de apoyo a la que puedan acudir cuando lo consideren necesario. Por otro lado, tras el uso de la arteterapia se pretende promover la expresión de las emociones, trabajando sobre ellas y diversos aspectos que puedan ir surgiendo para brindar herramientas de adaptación y fortalecimiento, como por ejemplo la misma red de apoyo y técnicas de relajación.

El resultado al cual pretende llegar es la de una mejor calidad de vida de los pacientes a partir de una intervención psicológica.

Conclusión

Tras la revisión de literatura se ha podido observar que si bien hay diversa cantidad de artículos se podría deslumbrar una falta de consenso respecto a los resultados obtenidos. Haciendo posible abordar de diversas maneras la problemática planteada; siendo el caso, por ejemplo, de un taller que invite a participar a los familiares o vínculos cercanos de los pacientes.

La arteterapia es una técnica que de manera espontánea logra la expresión y trabajo de las emociones, generando un espacio de comodidad y confianza, se recomienda su estudio y aplicación. Además, se recomienda a futuro evaluar el impacto que tiene a largo plazo la intervención, pudiendo observar así si ha habido cambios y si han sido sostenidos a lo largo del tiempo.

Por último, se encuentra como una limitación de importancia del proyecto el no haber podido acudir a fuentes primarias de la institución en la cual está proyectada la intervención.

Referencias

Ander-Egg, E. (1991) El taller, una alternativa para la renovación pedagógica. Buenos Aires, Argentina. Editorial: Magisterio del Río de La Plata-Lumen

Ascencio-Huertas, L., Rangel-Domínguez N. E. y Allende Pérez, S. (2013) PROCESO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA EN EL PROGRAMA DE ATENCIÓN Y CUIDADOS EN ONCOLOGÍA DEL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA. *Psicooncología* 10 (23), pp. 393-406. DOI: 10.5209/rev_PSIC.2013.v10.n2-3.43457

Aznárez, J., Comunicación videollamada, 14 abril de 2020

Bove, V., Comunicación telefónica. 14 de abril de 2020

Buceta, E. N. y Pucheu M. A. (2015) Psicooncología para el Tercer Milenio. Buenos Aires, Argentina: Librería AKADIA Editorial.

Collette, N. (2011). Arteterapia y cáncer. *Psicooncología*, 8(1), pp. 81 - 99.

https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2011.v8.n1.7

Garduño, C. Riveros, A. Sánchez-Sosa, J. (2010) Calidad de Vida y Cáncer de Mama:

Efectos de una Intervención Cognitivo-Conductual Revista Latinoamericana de Medicina Conductual. *Latin American Journal of Behavioral Medicine*, 1 (1), pp.

69-80. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=283021975008>

Gatto, M. E. (2017). *PENSAR EL CANCER: CONSIDERACIONES DESDE LA PSICOONCOLOGIA*. Buenos Aires, Argentina: Letra Viva Editorial.

Hernández, M., Cruzado, J.A., Prado, C., Rodríguez, E., Hernández, C., Miguel

González, A., Martín, J.C. (2012) SALUD MENTAL Y MALESTAR EMOCIONAL EN PACIENTES CON CÁNCER. *Psicooncología*. 9, (2-3). 233-

257. DOI: 10.5209/rev_PSIC.2013.v9.n2-3.40895

Liga Argentina de Lucha Contra el Cancer (LALCEC) (2017) Informe Segundo Foro multidisciplinario sobre Cáncer. Recuperado de:
<https://www.forocancer.org/informe-foro-2017>

Llull, D., Zanier, J. García, F. (2003) Afrontamiento y calidad de vida. Un estudio de pacientes con cáncer. *Psico-USF*, 8(2,) p. 175-182. Recuperado de:
<https://www.scielo.br/pdf/pusf/v8n2/v8n2a09.pdf>

Martínez P., Andreu, Y., Galdón, M., Romero R., García-Conde A., y Llombart P. (2017) Distrés emocional y problemas asociados en población oncológica adulta. *Psicooncología*, 14(2-3), 217-228. Doi: 10.5209/PSIC.57081

Massone, A. (2017) “EFICACIA DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA MEJORAR LA ADAPTACIÓN DEL PACIENTE ONCOLÓGICO A LA SITUACIÓN DE ENFERMEDAD” (Tesis doctoral). Recuperado de:
<http://rpsico.mdp.edu.ar/bitstream/handle/123456789/553/TD09.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Massone, A. y Llull, D. (2017) ANALISIS DEL EFECTO DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN GRUPAL SOBRE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, vol. XXVI, (2) pp. 202-209. DOI: 10.24205/03276716.2017.1021

Maté, J., Hollenstein, M. F., & Gil, F. L. (2004). Insomnio, ansiedad y depresión en el paciente oncológico. *Psicooncología*, 1(2), 211 - 230. Recuperado a partir de <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0404120211A>

Moreno, P. (s.f). Guia de relajación muscular profunda. Ansede. Recuperado de: <https://www.infogerontologia.com/documents/patologias/ansiedad/relajacion.pdf>

Organización Mundial de la Salud (OMS) (s.f) Salud Mental. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: https://www.who.int/topics/mental_health/es/

Organización Panamericana de la Salud (2016) *Primer Foro Multidisciplinario sobre Cáncer con el apoyo de la OPS*. Buenos Aires, Argentina: Organización

panamericana de la salud. Recuperado de:
https://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=10052:primer-foro-multidisciplinario-cancer-apoyo-ops&Itemid=234

Paterek, C. S. (2018). *ARTETERAPIA y ONCOLOGÍA*. Buenos aires, Argentina: Letra Viva Editorial.

Real Academia Española (1994). *Diccionario de la Real Academia Española*. España, Madrid. Editorial: ESPASA CALPE.

Real Academia Española, (s.f.) Real Academia Española. Recuperado de:
<https://www.rae.es/dpd/ayuda/que-es>

Robert M., Álvarez O. y Valdivieso B. (2013) Psicooncología: Un modelo de intervención y apoyo psicosocial. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 24 (4), p 677-684. Doi:10.1016/S0716-8640(13)70207-4

Rodriguez, J. (2017) *EL VÍNCULO AFECTIVO ENTRE PERSONAS CON CÁNCER Y SUS FAMILIAS COMO FACTOR DE RESILIENCIA*. (Tesis de Doctorado).

Recuperado de: <http://hdl.handle.net/2445/115643>

S.A (2014) Río Cuarto: El servicio de salud mental se traslada al hospital San Antonio de

Padua. NOTICIAS Gobierno de Córdoba. Recuperado de:

[https://prensa.cba.gov.ar/salud-2/rio-cuarto-el-servicio-de-salud-mental-se-](https://prensa.cba.gov.ar/salud-2/rio-cuarto-el-servicio-de-salud-mental-se-traslada-al-hospital-san-antonio-de-padua/)

[traslada-al-hospital-san-antonio-de-padua/](https://prensa.cba.gov.ar/salud-2/rio-cuarto-el-servicio-de-salud-mental-se-traslada-al-hospital-san-antonio-de-padua/)

Universidad Siglo 21 (2019) Nuevo Hospital Río Cuarto "San Antonio de Padua".

Recuperado de: <https://siglo21.instructure.com/courses/7659/pages/plan-de-intervencion-modulo-0#org4>

Waldow, Vera Regina. (2014). Cuidado humano: la vulnerabilidad del ser enfermo y su








dimensión de trascendencia. *Index de Enfermería*, 23(4), 234-238. Doi:

10.4321/S1132-12962014000300009

Anexo

Anexo I: Río cuarto: El servicio de salud mental se traslada al hospital San Antonio de Padua.

NOTICIAS24
Gobierno de Córdoba



Río Cuarto: El servicio de salud mental se traslada al hospital San Antonio de Padua

01/10/2014 18:25

Esta mañana, el secretario de Salud para el sur provincial, Miguel Minardi, afirmó que el servicio de Salud Mental que actualmente funciona en el predio del viejo hospital, se trasladará al edificio del Nuevo Hospital San Antonio de Padua.

Minardi explicó que la decisión "no sólo tiene que ver con el cumplimiento de la nueva ley provincial de salud mental n° 9.848, la cual indica que esta área debe estar integrada a los hospitales generales, sino que es un beneficio para los pacientes, debido a que recibirán mayor protección y cobertura".

Previo a esta decisión, hubo reuniones con la delegada del Sindicato de Empleados Públicos y con los jefes de área de Salud Mental, con el objetivo de coincidir en la resolución en cuanto al traslado, aprobar el espacio que ocupara en el hospital dicha área y asegurar las mejores condiciones para brindar un óptimo servicio a los pacientes.

Además, Minardi indicó que ya hay profesionales de esta área trabajando en el nuevo nosocomio. "Ya hay psiquiatras y psicólogos atendiendo en consultorios. Estimamos que, a mediados del próximo mes, se reubicará el hospital de día y que el traslado concluiría el 30 de noviembre", informó.

Anexo II: Entrevista realizada a Dr. Bove. V. ex jefe del servicio de oncohematología del Nuevo Hospital de Rio Cuarto “San Antonio de Padua”

14 de abril de 2020

Dr. Bove, V.: El jefe del servicio de oncohematología era yo... y me jubilé el año pasado, el que quedó a cargo del servicio es el dr. Engroba Antonio.

Aznárez, G.: Lo que quería pedirle es si podría brindarme algo de información del servicio de oncología en el Nuevo Hospital “San Antonio de Padua” de Rio Cuarto. ¿Puedo grabarlo?

Dr. Bove, V.: Si, grábame, no hay problema. Hasta el año pasado fui yo jefe de servicio. Ahí se puso un servicio... en el año 2013 más o menos... la verdad que no sé cuándo. Nunca en ningún otro lado ha habido servicio de oncología... porque hay unas distintas áreas, hay áreas... hay sector, departamento... lo más grande de todo es la dirección... hay una pirámide. Después vienen los departamentos, después vienen los servicios... nosotros... yo estaba como jefe de servicio. En el “San Roque” no hay servicio por ejemplo... emm... son áreas o sectores que dependen de clínica médica, el nuestro era autónomo. Pero eso es relativo, es... quedaron dos personas... antes éramos tres nomas...

Aznárez, G.: Claro... El sistema de salud se ha ido deteriorando...

Dr. Bove, V.: Nosotros teníamos en el tercer piso... en el hospital nuevo, el hospital de día con cuatro o cinco habitaciones... con camas... la idea nuestra era poner sillones en una de esas habitaciones, porque viste que el hospital de día tiene que ser cama

caliente... que sale uno y entra el otro para ahorrar espacio, para... pero bueno, eso no se puso nunca. Tampoco se puso nunca el espacio para preparar drogas. Es decir que el espacio que la enfermera usa para preparar las drogas que se colocan a los pacientes oncológicos está trabajando en forma no idónea... porque es una campana de flujo laminar, que eso los otros servicios en Córdoba lo tienen. ¿Qué más querés saber?

Aznárez, G.: Quería saber si se realiza quimioterapia u operaciones en el hospital.

Dr. Bove, V.: No, bueno... son dos cosas distintas...

Aznárez, G.: Si...

Dr. Bove, V.: Son dos servicios distintos. La cirugía es todo el tercer piso, pero no está la... todo el cuarto piso, pero no está relacionado con nosotros. Nosotros como oncólogos vamos a las reuniones que se hacen interdisciplinarias, nosotros vamos a las de ellos... todo eso si... pero es distinto, el cirujano es el que decide, define el paciente que se opera... y algunas muy pocas veces nos lo manda a nosotros primero... mucho menos al psicólogo...

Aznárez, G.: Eso me interesaría saber, porque mi trabajo trata sobre el papel... rol... que cumple un psicólogo...

Dr. Bove, V.: Y... muy... muy escaso... ósea, eso es una...ehh... es una cosa pendiente, que no lo hacen bien los médicos en general, no lo hacemos bien. Porque no le damos el rol que el psicólogo debiera tener, debiéramos trabajar en conjunto... nosotros debiéramos tener en ese servicio de oncología una psico oncóloga. De hecho, la tuvimos un tiempo... esta... y ve los pacientes, pero no está con nosotros físicamente, está en otro sector... y a los pacientes oncológicos los ve cuando se internan para operarse, que es...

Talavera el apellido... no me acuerdo el nombre... esta chica es una psicóloga y está haciendo... Cecilia Talavera... pero no está físicamente, ni integrada a nuestro servicio...

Aznárez, G.: Claro...

Dr. Bove, V.: Tampoco a cirugía... ehh... depende de Salud Mental... Salud Menta ¿está en que piso?... Bueno, ahora es un lío... han sacado todo. Toda esa parte la están dejando para el Covid...

Aznárez, G.: Claro... por la pandemia...

Dr. Bove, V.: Si, ha sido terrible...

Aznárez, G.: Y... ¿Usted cree necesario un psicólogo que trabaje con esos pacientes?

Dr. Bove, V.: Ehh... yo creo que sí, que sería necesario. Nosotros nunca lo hemos... implementado en nuestra practica... va, miento. Nosotros en la parte privada, aca donde vos me estás hablando... tuvimos como cinco, seis años una psicóloga, Estela Dova, y que estaba integrada con nosotros. Hacíamos un grupo balint todos los viernes, la estadística... nos ayudaba mucho, hicimos rol playing, hicimos muchísimas cosas, pero eso fue en la parte privada... en el hospital eso nunca se hizo.

Aznárez, G.: Claro...

Dr. Bove, V.: En la parte privada, que fue un centro integrador por el momento, aprobado por la CONEAU, tuvimos tres residentes... y éramos cinco, seis en total. Eso es tiempo pasado ya... entre el 2001 y 2010. Y tenemos dos tesis hechas en nuestro servicio, de chicos que se recibían de psicólogos. Hicieron la tesis con nuestro centro.

En Córdoba psicología está relacionado un poco con cuidados paliativos. Cuidados paliativos es una subespecialidad así allá de la oncología que se ocupa del paciente que se va a morir, del paciente terminal.

Aznárez, G.: El año pasado fui al Clínicas, y ya no hay servicio para estos pacientes, que en su momento hubo...

Dr. Bove, V.: Sí, la doctora Pruvos que fue un poco la número uno que inició todo esto, hace muchos años... y creo que estuvo en el Clínicas... de ahí surgían las psicooncólogas... de la parte de cuidados paliativos, que tiende más a darle importancia a la cuestión social, al paciente como persona y no como una cosa... ¿entendés? Que es que los médicos ven más al paciente. El cirujano por ahí ve al paciente y se olvida de todo lo demás... que hay detrás de ese paciente, toda la cuestión psicológica, social, todo eso...

Esa es otra especialidad que yo la tengo también, yo soy paliativista. Eso lo hice en el Palio, en Buenos Aires, durante tres años, ya de viejo... de grande... y ahí si por supuesto, tengo mucha bibliografía de psicooncología, todo eso lo hice en el 2003, por ahí...

Aznárez, G.: Aja... está bueno...

Dr. Bove, V.: Es muy interesante... muy interesante, pero hay que trabajar en conjunto con el equipo y... de... oncólogos y... y bueno, ahí si sirve. Ahora aislada... nosotros tuvimos y cuando se fue esa chica de acá no tuvimos más psicooncóloga, pero... te digo la verdad... tampoco es una necesidad nuestra imperiosa, uno se va adaptando a lo que tiene ya lo que no tiene...

Aznárez, G.: Claro... yo quiero trabajar sobre la necesidad de que en equipos interdisciplinarios haya un psicólogo que acompañe al paciente durante...

Dr. Bove, V.: A mí me parece que es fundamental, nosotros en el hospital, después de esta chica Taravela, había una voluntaria que estuvo en tiempos que estaba yo... unos tres años. Y esa voluntaria fue muy importante para nosotros, nos acompañaba a las recorridas de sala, iba a ver que necesidades tenían los pacientes... pero que se yo, desde una almohada hasta hacerle un mandado, se ocupaba de todas esas cosas y también era muy bueno.

Aznárez, G.: ¿Se notaba algún cambio en esos pacientes respecto a los que no tenían...?

Dr. Bove, V.: Si...claro. Pasa que los pacientes de hospital tienen necesidades mucho más precarias que eso, entonces de eso todavía no se dan cuenta... tienen mucho más que no... no le dan el turno de operación cinco veces, una cosa que se tiene que programar, si se opera en agosto... ósea, una pobre gente... tolera todas esas cosas. En un ámbito más normal, seguramente es más importante, es muy importante.

Anexo III: Entrevista a dr. Aznárez, J. Médico Radiólogo. Ex jefe del servicio oncología Hospital Clínicas

14 de abril de 2020

Dr. Aznárez, J.: Estudie Medicina en la Universidad Nacional de Córdoba. Me recibí en el 64, allí fui practicante mayor en radiología, en imágenes. Después que me recibí seguí en la universidad como jefe de trabajos prácticos, y seguí como profesor adjunto hasta que me jubilé en el 2005... o 2007.

En la práctica privada trabajé en Fiat, estuve durante unos 8...9 años un consultorio privado en imágenes. Después deshicimos esa sociedad y quede trabajando como radioterapeuta y trabaje en el Instituto Di Rienzo. Trabaje los últimos diez años en el instituto Dean Funez que también toda radioterapia. Y bueno... me Jubile. Habré atendido en toda esa campaña unos... en el Clínicas trabaje desde el año `65 que entre a radio terapia, en el `76 fui jefe del servicio hasta que me jubile en el 2005; asique 40 años en el mismo lugar. En ese tiempo... yo calculo que he tenido más o menos... unos 10.000 pacientes de cáncer.

Aznárez, G.: ¡Un montón!

Dr. Aznárez, J.: Es mucho... si... es mucho... pero hay muchas cosas que te quedan... todos los años me llegan fotos y cartas... tengo guardados. Eso es lo que importa al final, lo que queda es eso. Lo demás son años. Lo mío, y los médicos que hacen oncología, tienen una remuneración económica de cuando trabajan, pero tienen un plus, el agradecimiento, el cariño. Eso es lo más valioso de todo. Es para tener en cuenta en

una tesis... los que hacen oncología...y todos los médicos o los que hacen algo relacionado a la medicina, tenemos un plus que no valoramos muchas veces, que es el agradecimiento de la gente... mmm... eso es lo que queda, lo que importa ¿no? y después el hecho de...no... todos dicen que tenés que ser distante, de mantener distancia para no comprometerte, ehh... anímicamente. Y... yo... habrá sido cuando tenía unos 30 años cometí el error de encariñarme con una paciente, de hacerme amigo de su compañero... y se murió... se murió conmigo. Una chica, una enfermera... y bueno, que se yo... pero uno quiera o no quiera, te terminas comprometiendo. Y te das cuenta al final, si teniendo tantos...tantos...tantos ¿Por qué me acuerdo de cuatro, cinco? Bueno, porque te los metiste adentro sin darte cuenta. Eso lo hace más difícil todavía...

Aznárez, G.: Claro, entiendo.

Dr. Aznárez, J.: Pero en la época que no habían psico oncólogos, el que se sentaba a charlar era el que, hacia rayos, porque los veías durante treinta... cuarenta días, todos los días. Entonces terminabas haciéndote muy amigote ¿no? No me puedo quejar... ha sido una linda experiencia... una linda forma de vivir.

Aznárez, G.: ¿Usted me contó, si no mal recuerdo, que había tenido una experiencia con una psicóloga?

Dr. Aznárez, J.: Si... claro. Con la Beatriz. Beatriz era psicóloga. Y por razones económicas trabajaba como técnica radióloga ¿no? Estamos hablando del año... '85. En esa época...eh... había un rechazo a los psicólogos, que ya venía de antes ¿no?... de... de una no aceptación. Salvo algunos médicos que... pero... había una competencia. Sobre todo, con los psicólogos clínicos. Y... yo veía, porque en esa época trabajábamos de una forma que uno veía todos los días al paciente... el técnico radiólogo era más bien un

auxiliar, hoy trabajan solos, este... que los pacientes que atendía con ella andaban mejor que los otros, es decir, tenían menos problemas ocasionados por el tratamiento, lo toleraban mejor. Y bueno... empezamos a hablar y hablar, a observar... y nos dimos cuenta que... en la práctica, que tenía muy buen resultado la psico oncología. Entonces ella... conseguimos una beca, se fue a Buenos Aires con Shavelson, que era un médico psiquiatra, oncólogo, el primero de todos... un viejo... se quedó un año y aprendió un montón. Después vino acá y fue la primera que hizo psico oncología. De hecho, hubo una catedra de posgrado durante unos años de psico oncología que tenía ella... y se jubiló en el hospital. Pero verdaderamente era... era muy efectiva... ¿no?

Al principio, cuando ... yo conseguí que la nombraran como psico oncóloga, eh... los pacientes no... venían ya del cirujano, del oncólogo, del radioterapeuta... venían re cansados de los médicos. Entonces cuando yo les decía tienen que ir al psico oncólogo, me decían que: no, yo me las banco solo... no tengo que ir al psicólogo... y nada. Bueno, entonces dije que bueno, aquí en este servicio, no se trata a nadie que en la historia clínica no figure el psico oncólogo. Y... bueno, así fue. Después algunos, aunque terminaran el tratamiento físico, seguían yendo al psicólogo.

Aznárez, G.: ¿Cómo trabajaba Beatriz?

Dr. Aznárez, J.: Si... ella tenía un consultorio y me hacía un informe, un informe de todo...eh... del perfil psicológico de cada paciente, que... que necesidades tenía, como debíamos abordar la información con él, como teníamos que dársela, si requería información completa o convenía dársela a media... y todo eso me lo iba diciendo a partir de un perfil que quedaba en la historia clínica. Y... bueno, resultaba muy bien. Y la primera experiencia positiva, fue anterior a esa.

En los años '70... '72... '71... empezó con los anestesiistas. El anestesiista, en el instituto del cáncer, tenía horario hasta las 2:00 de la tarde. Por ahí se hacían operaciones a las 11:00, 12:00, y a las mujeres que entraban por cáncer de mama, y les decían “bueno, mire señora (ehh... cuando no se hacía biopsia y se veía que estaba mal) si usted no tiene nada malo, cuando despierte va a tener un tajito chiquitito en la mama, pero si hemos encontrado algo que es malo vamos a tener que sacarla”. Entonces las mujeres entraban a la sala de operaciones sin saber cómo iban a salir, si iban a salir enteras o mutiladas. Entonces la salida de la anestesia, los posts operatorios eran borrascosos, a las mujeres se les subía y bajaba la presión, pegaban saltos en la cama... en ese... esa etapa de la vuelta a la consciencia era terrible. Entonces... un grupo de chicas, anteriores a Beatriz, colaboraban con el cirujano, para preparar a la enferma para la cirugía, al decirle todo eso que les decía el cirujano... pero diciéndolo de una manera aceptable, y que poco a poco lo fueran internalizando ¿no? Y de esa forma el anestesiista que se quejaba que tenía que quedarse hasta las 4 00 de la tarde, cuando se tenía que ir a las 2 00, termino con su problema con los posts operatorios catastróficos... (ríe)

Y bueno...sn todas cosas que se han ido aprendiendo y hemos ido viendo...de la relación médicos - psicólogos.

Aznárez, G.: El año pasado fui al Clínicas y esa área ya no funciona más...

Dr. Aznárez, J.: Y no... porque son cosas... ese es ... es nuestro mal. Hacemos una cosa que funciona, pero cuando el que la puso en marcha se fue, no hay quien la siga. Vale decir... en el hospital de Clínicas no tenía servicio de salud mental, no existía. Será el loquero o el hospital de clínicas. A raíz de todas estas cosas se creó el servicio de Salud Mental. Y bueno... y... está todavía, pero por ejemplo los oncólogos ya no les dan bola

a los psicólogos, de nuevo... eh... se creen poderosos, potentes. Y... y era un servicio que fue pionero, no tiene psico oncólogos, tiene psicólogos, psiquiatras, hacen informes... ven a los pacientes que no están bien... pero el trabajo coordinado, el trabajo en equipo entre médicos oncólogos y psicólogos desapareció... eso desapareció, desapareció como tantas cosas... que andan por el voluntarismo, pero no porque no se puedan hacer institucionales... y así hay cosas... me he aburrido de ver eso en muchos hospitales; cosas que se dejaron de hacer...

Además, hay mucha competencia en el hospital, hay pacientes de Roque... paciente de Pérez... etc. no son pacientes del hospital...

Aznárez, G.: Digamos que podría decirse que los ven solo como pacientes, no como personas...

Dr. Aznárez, J.: Si... cuando vos tenés que hacer estadísticas y decir... cual es nuestra conducta frente a alguna patología, tenés que tener pautas que respeten todo... y a veces se da que no quieren respetar las pautas...y bueno... es así... es nuestra idiosincrasia.

Aznárez, G.: ¿Los pacientes que estaban con Beatriz tenían alguna diferencia con aquellos que no tenían atención psicológica?

Dr. Aznárez, J.: ¿Nuestros pacientes?

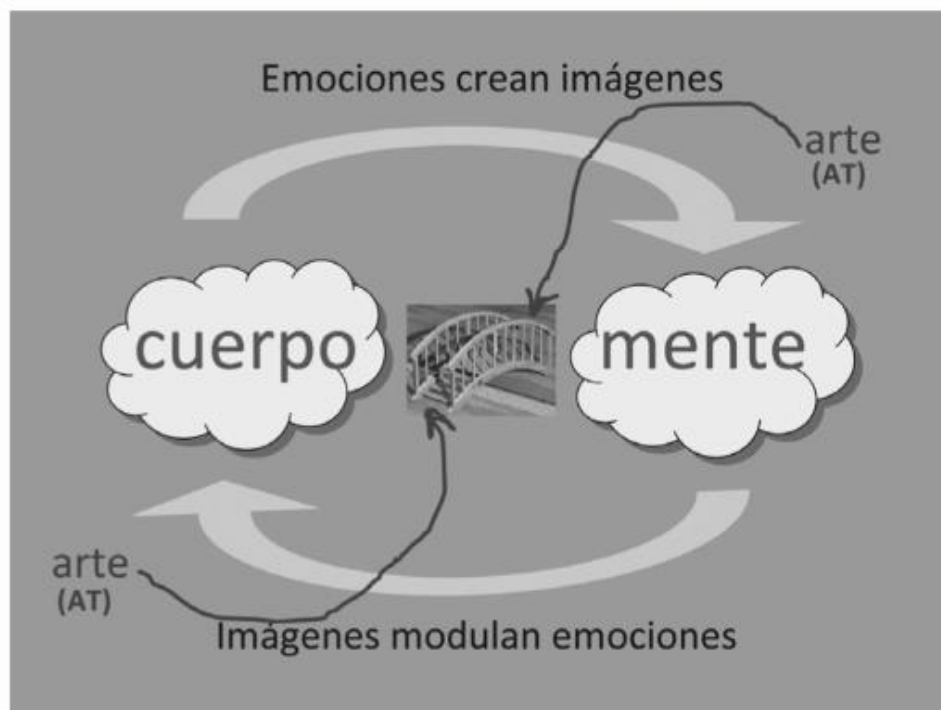
Aznárez, G.: Si... si...

Dr. Aznárez, J.: Y depende... depende todo del momento. En eso íbamos mejorando mucho, también los tratamientos fueron mejorando. Mejoro el diagnóstico, el

tratamiento, menos tratamientos agresivos... es lo que se va tratando de hacer, ser menos agresivo con los tratamientos... Es interesante el tema de la psico oncología...

Anexo IV: Modelo de acción de la arteterapia

Figura 1. Modelo de acción del arteterapia



El arteterapia captura imágenes internas para crear obras artísticas que permiten el pasaje de información en dos direcciones, a la manera de un puente: percepciones y emociones se vuelven conscientes en una forma artística concreta; la forma concreta induce cambios fisiológicos de emociones y percepciones.

Fuente: Collete, N. (2017) ARTETERAPIA Y CÁNCER. Recuperado de: *Psicooncología*, 8(1), pp. 81 - 99. https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2011.v8.n1.7

Anexo V: Relajación guiada.

Se invitará a los integrantes del grupo a recostarse cada uno en una colchoneta, se les pedirá que cierren los ojos. Cuando todos se encuentren en una posición cómoda se pondrá música instrumental para crear un ambiente de tranquilidad.

Luego, el coordinador debe ir leyendo con voz suave y neutra lo siguiente:

Cuadro 1. *La relajación muscular: Nivel Básico.*

Ponte cómodo. Si lo deseas, cierra los ojos y deja que tu cuerpo se vaya concentrando en las sensaciones que van a venir a continuación...

Comenzaremos por tu brazo derecho. Centra tu atención en el brazo derecho... Aprieta el puño y siente la tensión que se genera en los dedos, en el antebrazo y en todo el brazo... Mantén esa tensión unos segundos, hasta que seas capaz de sentirla bien... Y ahora suelta toda la tensión del puño, suéltala toda y de forma brusca. Y concéntrate en la sensación de relajación que ocurre en la mano derecha, en el antebrazo y en todo el brazo... Centra tu atención en esa sensación. Una sensación de ligereza o de pesadez, puede que notes incluso un ligero hormigueo o un poco de calor... Eso está bien. Quizá notes que el brazo se queda blando, flojo, suelto... Eso es la relajación muscular. Permítete sentir esas sensaciones agradables...

Ahora vamos a tensar de nuevo los mismos músculos. Aprieta de nuevo el puño derecho, lo suficiente como para sentir la tensión muscular en el puño,

el antebrazo y el brazo derecho... Suelta toda la tensión de nuevo, de forma brusca. Siempre vamos a soltar la tensión de forma brusca, ya que de ese modo podemos aprender antes a distinguir las sensaciones de la tensión de las sensaciones de la relajación... Ahora el brazo, el antebrazo y la mano ya se han relajado. Han quedado blandos, flojos y suaves.

Deja que tu respiración se haga suave y rítmica, sin forzar. El aire circula de forma suave y llega hasta tu abdomen. Trata de respirar con la parte baja de los pulmones, de forma suave y rítmica, sin forzar...

Ahora vamos a tensar el puño izquierdo. Ténsalo con fuerza suficiente para notar la tensión en el antebrazo y en todo el brazo izquierdo... Suelta la tensión. Deja que se relaje la mano, el antebrazo y todo el brazo izquierdo... Concentra tu atención en las sensaciones de relajación que se producen: la pesadez, la flojedad, la suavidad... todas estas sensaciones pueden producirse en el brazo y en la mano. Permite que aparezcan estas sensaciones inofensivas y relajantes... Quizá hayas notado que al tensar el puño izquierdo también se tensaban otras zonas de tu cuerpo, incluido el brazo o el puño derecho. Esto es normal, sobre todo al principio. Pero es importante que prestes atención para que sólo se tense aquella zona del cuerpo que queremos tensar. Es importante que aprendas a mantener relajadas el resto de zonas de tu cuerpo mientras no desees sentir la tensión

en esas zonas. Más adelante será muy útil que aprendas a mantener la relajación de ciertos músculos mientras tensas otras zonas de tu cuerpo.

Repetimos de nuevo la tensión en el puño izquierdo... Y soltamos la tensión...

De nuevo sentimos la relajación en nuestro brazo... El brazo izquierdo se queda suave, blando, flojo, libre de tensión... Y la respiración continúa suave y tranquila, sin forzar. Una respiración abdominal, suave y tranquila, sin forzar.

Ahora vamos a tensar los músculos de la cara. Esto es un poquito más difícil pero con la práctica irá saliendo mejor. Para tensar todos los músculos de la cara ten en cuenta que debes tensar la frente, los párpados, el entrecejo, la nariz, los labios, la mandíbula y la lengua. De momento, vamos a tensar sólo la frente. Para ello, trata de elevar con fuerza las cejas... Elévalas... Y suelta la tensión... Repite de nuevo la tensión en la frente... Y suelta la tensión... La frente se queda suave y blanda, libre de tensión...

Tensa ahora los párpados. Apriétalos. Siente la tensión suave en los ojos... y suelta la tensión. Los párpados se relajan, quedan sueltos y casi no se sienten...

Tensa de nuevo los párpados... Y suelta la tensión...

Tensa ahora el entrecejo y la nariz, como si pusieras cara de asco... Siente la tensión en el entrecejo

y en la nariz... Y suelta la tensión... Nota cómo se relaja esa zona de tu cara. Queda suave y blanda, sin tensión... Tensa de nuevo el entrecejo y la nariz... Y suelta la tensión...

Tensa ahora la mandíbula y la lengua, apretando los dientes y empujando la lengua contra el paladar. Siente la tensión en los dientes y los labios... Y suelta la tensión... La lengua queda blanda, floja, sin tensión. Las mandíbulas también se relajan, sueltan toda la tensión... Tensa de nuevo la mandíbula y la lengua... Y suelta la tensión...

Ahora la cara se ha relajado. También los brazos. Y la respiración es suave, tranquila y profunda. Sin forzar...

A continuación, vamos a relajar el cuello. Para tensarlo puedes intentar tocar con la barbilla el pecho o, si estás acostado, puedes empujar la cabeza contra el colchón. Tensa ahora el cuello. Siente la tensión... Y suelta la tensión... El cuello queda blando, suave y sin tensión... El cuello se relaja... Tensa de nuevo el cuello. Siente la tensión... Y suelta la tensión... Concentra tu atención en la sensación de relajación y bienestar que se va acumulando... La respiración tranquila y suave, los brazos relajados, la cara relajada y ahora también el cuello relajado...

Para tensar los hombros vamos a tirar de ellos hacia atrás, como si intentásemos tocar nuestros hom-

bros entre sí por la espalda. Tensa ahora los hombros... Siente la tensión... Y suelta la tensión. La espalda parece relajarse... Tensa de nuevo los hombros... Y suelta la tensión... Los músculos quedan blandos y suaves... relajados.

Ahora tensaremos de nuevo los hombros, pero esta vez tiraremos de ellos hacia delante, como si quisiéramos juntarlos delante nuestro. Ténsalos ahora... Siente la tensión... Y suelta la tensión... El pecho y la espalda se relajan. Concentra tu atención en las sensaciones que se producen... Tensa de nuevo los hombros... Y suelta la tensión... Concentra tu atención en las sensaciones de la relajación: los músculos se aflojan, se quedan sueltos y blandos. Disfruta de esa sensación de relajación que se va produciendo...

Ahora intenta tensar los músculos del abdomen como si quisieras hacer una flexión abdominal. Siente la tensión en todo el abdomen... Y suelta la tensión... Los músculos quedan blandos y tu atención se concentra en la relajación y en las sensaciones agradables que se producen... Tensa de nuevo los músculos del abdomen... Y suelta la tensión... Disfruta de la sensación agradable que sientes al soltar la tensión. Siente cómo los músculos se aflojan y quedan blandos y tranquilos...

Ahora vamos a tensar la parte media y baja de la espalda. Para ello trata de arquear la espalda, como si quisieras sacar el abdomen hacia delante. Arquea la

espalda ahora... Siente la tensión... Y suelta la tensión... De nuevo se produce una liberación de tensión que resulta agradable... relajante... Tensa de nuevo la espalda, arqueándola... Y suelta la tensión... Concentra tu atención de nuevo en las sensaciones agradables que se producen al soltar la tensión...

Y la respiración continúa suave y tranquila, relajante y sin forzar... El aire entra y tu cuerpo se relaja... El aire sale y la tensión se va... La respiración continúa suave, profunda y sin forzar. Relajante y agradable. Suave y abdominal...

Ahora vamos a tensar la pierna derecha. Para eso tensa con fuerza la punta del pie hacia delante, como si quisieras pisar el freno de un coche... Siente la tensión... Y suelta la tensión... El pie se relaja; la pantorrilla y el muslo, también... Concentra tu atención en todos los músculos que han soltado la tensión y nota la diferencia... Tensa de nuevo la punta del pie, con fuerza suficiente para notar la tensión en la pantorrilla y el muslo derecho... Suelta la tensión y concentra tu atención en las sensaciones de relajación que se producen...

Y ahora vamos a tensar la pierna izquierda. Para ello tensa con fuerza la punta del pie izquierdo hacia delante, como si quisieras pisar el embrague del coche... Siente la tensión... Y suelta la tensión... Todos los músculos del muslo, la pantorrilla y el pie se relajan... Tensa de nuevo el pie. Siente la tensión en toda la

pierna... Y suelta la tensión... La pierna se relaja. El pie, la pantorrilla y el muslo se relaja... Sientes una sensación agradable de pesadez, tranquilidad o relajación que recorre tu pierna...

Y todo tu cuerpo se ha relajado... Los brazos... la cara y el cuello... los hombros... el abdomen... la espalda... y las piernas...

La respiración se ha hecho tranquila y profunda, suave y sin forzar, abdominal y relajante... Siente el ritmo suave y tranquilo... Siente la paz que te reporta esa respiración tranquila, abdominal y profunda... Siente cómo se renueva tu energía, cómo la tensión abandona tu cuerpo... Siente cómo la tranquilidad y la relajación se hacen más y más agradables... Permítete sentir esas sensaciones agradables. Tienes derecho a sentirte tranquilo y relajado...

Disfruta un rato de estas sensaciones y siente cómo renuevan también tu mente...

Cuando desees levantarte, tan sólo tienes que mover un poco las piernas y los brazos antes de hacerlo. Levántate de forma suave, pues la relajación ha hecho que todos tus músculos queden blandos y agradablemente flojos, sin tensión.

Anexo VI: “Barro Tal Vez”

Si no canto lo que siento
me voy a morir por dentro.
He de gritarle a los vientos hasta reventar
aunque solo quede tiempo en mi lugar.

Si quiero me toco el alma
pues mi carne ya no es nada.
He de fusionar mi resto con el despertar
aunque se pudra mi boca por callar.
Ya lo estoy queriendo
ya me estoy volviendo canción
barro tal vez...
Y es que esta es mi corteza
donde el hacha golpeará
donde el río secará para callar.

Ya me apuran los momentos
ya mi sien es un lamento.
Mi cerebro escupe ya el final del historial
del comienzo que tal vez reemprenderá.

Si quiero me toco el alma
pues mi carne ya no es nada.
He de fusionar mi resto con el despertar
aunque se pudra mi boca por callar.

Ya lo estoy queriendo
ya me estoy volviendo canción
barro tal vez...

Y es que esta es mi corteza
donde el hacha golpeará
donde el río secará para callar.

Luis Alberto Spinetta.

Anexo VII: Fichas.

Ficha 1:

Fuente: Viñetas de "Don Barroso". Recuperado de: <https://www.rtve.es/noticias/20180313/don-barroso-comic-musica-contra-cancer/1689928.shtml>

Ficha 2:

P. de (30 años de edad) con un diagnóstico de cáncer de riñón, consciente de su enfermedad lo único que desea es que su familia no sufra. Asume lo que le está sucediendo y lo que le puede suceder. Se enfoca en el trabajo, sin hablar de la enfermedad y de lo que siente con su familia. Dice sentirse presionado por su mujer e hijos, quienes quieren hablar, pero se enoja y terminan peleando; no sabe cómo expresar lo que se encuentra viviendo. Desde el inicio de su enfermedad, P. ha reiterado lo importante que sería para él saber cómo es su estado y pronóstico en cada momento. También solicitó a los profesionales sanitarios que no le informen su pronóstico a su pareja y familiares; ya que no quiere mantenerlos preocupados y desea que sigan con sus vidas con normalidad.

Ficha 3

María se encuentra angustiada y con miedo. Hace algunos meses diagnosticaron con Cáncer de ovario a su hermana.

Dice haber intentado acercarse, apoyarla y contenerla; sintiéndose perdida por momentos, quedándose inmóvil y sin saber que hacer.

Se pregunta y cuestiona en todo momento como hablar con ella, intenta no mostrarse preocupada y lucir positiva. Dándole espacio por momentos y sin dejarla sola cuando la observa mal.

Pero ya no sabe que hacer, no sabe cómo acompañarla en este proceso, que hacer para que se encuentre mejor.

Anexo VIII: Poema “No te rindas”

No te rindas, aún estás a tiempo
de alcanzar y comenzar de nuevo.

Aceptar tus sombras,
enterrar tus miedos,

liberar el lastre,
retomar el vuelo.

No te rindas que la vida es eso,

continuar el viaje,
perseguir tus sueños

destrabar el tiempo,
correr los escombros,

y destapar el cielo.

No te rindas, por favor no cedas,

aunque el frío queme,
aunque el miedo muerda,

aunque el sol se esconda,
y se calle el viento.

Aún hay fuego en tu alma,
aún hay vida en tus sueños.

Porque la vida es tuya y tuyo también el deseo
porque lo has querido y porque te quiero
porque existe el vino y el amor, es cierto.

Porque no hay heridas que no cure el tiempo.

Abrir las puertas,
quitar los cerrojos,
abandonar las murallas que te protegieron,
vivir la vida y aceptar el reto,
recuperar la risa,
ensayar un canto,
bajar la guardia y extender las manos.
Desplegar las alas
e intentar de nuevo.
Celebrar la vida y retomar los cielos.
No te rindas, por favor no cedas,
aunque el frío queme,
aunque el miedo muerda,
aunque el sol se ponga y se calle el viento.
Aún hay fuego en tu alma,
aún hay vida en tus sueños.
Porque cada día es un comienzo nuevo,
porque esta es la hora y el mejor momento.
Porque no estás solo, porque yo te quiero.

Anexo IX: “Te para tres”

Las tazas sobre el mantel

La lluvia derramada

Un poco de miel

Un poco de miel

No basta

El eclipse no fue parcial

Y cegó nuestras miradas

Te vi que llorabas

Te vi que llorabas

Por él

Te para tres

Un sorbo de distracción

Buscando descifrarnos

No hay nada mejor

No hay nada mejor

Que casa

Te para tres

Gustavo Ceratti.

Anexo X: Texto de cierre.

Al final te das cuenta de que lo pequeño es siempre importante. Las conversaciones a las 3 de la mañana, las sonrisas espontáneas, las fotos desastrosas que te hacen reír a carcajadas, los poemas de 10 palabras que te sacan una lagrimea. Los libros que nadie más conoce y se vuelven tus favoritos, una flor que te pones en el cabello, un café que te tomas solo... Eso es lo que verdaderamente vale la pena: las cosas diminutas que causan emociones gigantescas.

(Anónimo, citado en Paterek, C., 2018, p. 51)

Anexo XI: Escala HAD.

	A	1. Me siento tenso/a, nervioso/a
	3	Casi todo el día.
	2	Gran parte del día.
	1	De vez en cuando.
	0	Nunca.
D		2. Sigo disfrutando con las mismas cosas de siempre:
0		Ciertamente igual que antes.
1		No tanto como antes.
2		Solamente un poco.
3		Ya no disfruto nada.
	A	3. Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder:
	3	Si, y muy intenso.
	2	Si, pero no muy intenso.
	1	Si, pero no me preocupa.
	0	No siento nada de eso.
D		4. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas:
0		Igual que siempre.
1		Actualmente, algo menos.
2		Actualmente, mucho menos.
3		Actualmente, en absoluto.
	A	5. Tengo la cabeza llena de preocupaciones:
	3	Casi todo el día.
	2	Gran parte del día.
	1	De vez en cuando.
	0	Nunca.
D		6. Me siento alegre:
3		Nunca.
2		Muy pocas veces.
1		En algunas ocasiones.
0		Gran parte del día.
	A	7. Soy capaz de permanecer sentado/a tranquilo/a y relajadamente:
	0	Siempre.
	1	A menudo.
	2	Raras veces.
	3	Nunca.
D		8. Me siento lento/a y torpe:
3		Gran parte del día.
2		A menudo.
1		A veces
0		Nunca.
	A	9. Experimento una desagradable sensación de "hormigueo" o "nervios" en el estómago:

	0	Nunca.
	1	Solo en algunas ocasiones.
	2	A menudo.
	3	Muy a menudo.
D		10. He perdido el interés por mi aspecto personal:
	3	Completamente.
	2	No me cuido como debiera hacerlo.
	1	Es posible que no me cuide como debiera.
	0	Me cuido como siempre lo he hecho.
A		11. Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme:
	3	Realmente mucho.
	2	Bastante.
	1	No mucho.
	0	En absoluto.
D		12. Espero las cosas con ilusión:
	0	Como siempre.
	1	Algo menos que antes.
	2	Mucho menos que antes.
	3	En absoluto.
A		13. Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor:
	3	Muy a menudo.
	2	Con cierta frecuencia.
	1	Raramente.
	0	Nunca.
D		14. Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión:
	0	A menudo.
	1	Algunas veces.
	2	Pocas veces.
	3	Casi nunca.

Anexo XII: Escala FACT-G.

BIENESTAR FÍSICO	NADA	ALGO	MAS O MENOS	MUCHO	MUCHISIMO
Me falta energía.					
Tengo náuseas.					
Tengo dificultad para atender las necesidades de mi familia.					
Tengo dolor.					
Me molestan los efectos secundarios del tratamiento.					
Me siento enferma/o.					
Necesito estar acostada/o.					
BIENESTAR FAMILIAR SOCIAL.	NADA	ALGO	MAS O MENOS	MUCHO	MUCHISIMO
Me siento cercana/o a mis amistades.					
Recibo apoyo emocional de mi familia.					
Recibo apoyo de mis amistades.					
Mi familia ha aceptado mi enfermedad.					
Me siento satisfecha/o con la manera como mi familia habla de mi enfermedad.					
Me siento cercana/o a mi pareja (o la persona que me da apoyo)					
BIENESTAR EMOCIONAL.	NADA	ALGO	MAS O MENOS	MUCHO	MUCHISIMO
Me siento triste.					
Estoy satisfecha/o con como estoy enfrentando mi enfermedad.					
Estoy perdiendo las esperanzas.					
Me siento nerviosa/o					
Me preocupa morir.					
Me preocupa que mi enfermedad empeore.					
BIENESTAR FUNCIONAL.	NADA	ALGO	MAS O MENOS	MUCHO	MUCHISIMO
Puedo trabajar(Incluya el trabajo en la casa)					
Me satisface mi trabajo.					
Puedo disfrutar de la vida.					
He aceptado mi enfermedad.					
Duelmo bien.					
Disfruto de mis pasatiempos como siempre.					
Estoy satisfecha/o con mi calidad de vida.					

Anexo XVIII: Cuestionario MAC.

	EN DESACUERDO		DE ACUERDO	
	SEGURO	CREO	CREO	SEGURO
He estado haciendo cosas que mejorarán mi salud.				
Creo que no puedo hacer nada para animarme.				
Mis problemas de salud me impiden hacer planes para el futuro.				
Creo que mi actitud positiva será beneficiosa para mi salud.				
No le doy vueltas a la cabeza sobre la enfermedad.				
Creo firmemente que mejoraré.				
Creo que nada de lo que yo pueda hacer mejorará las cosas.				
Dejo todo en manos de mis médicos.				
Siento que en la vida no me queda nada de esperanza.				
He estado haciendo cosas que creo que mejorarán mi salud (por ejemplo, hacer ejercicio físico)				
Desde que conozco mi diagnóstico valoro mucho más la vida y trato de sacar mayor partido de ella.				
Será lo que Dios quiera.				
Tengo planes para el futuro (vacaciones, en casa, en mi trabajo)				
Me preocupa que vuelva la enfermedad o que empeore la que tengo.				
He tenido una buena vida, lo que me queda es un suplemento.				
Pienso que mi estado mental puede jugar un papel importante en mi salud.				
No hay nada que yo pueda hacer para ayudarme.				
Intento continuar con la vida que he llevado siempre.				
Me gustaría ponerme en contacto con personas que se encuentren en la misma situación que yo.				
Estoy decidida a ponerlo todo por detrás de mí misma/o.				
Me cuesta creer que esto me esté pasando a mí.				
Siento mucha ansiedad a causa de la enfermedad.				

No tengo muchas esperanzas sobre mi futuro.				
De momento, procuro vivir día a día.				
Me siento como si me hubiera rendido.				
Trato de tomármelo como sentido de humor.				
Hay gente que se preocupa por mí más que yo.				
Pienso en otras personas que estén peor que yo.				
Intento conseguir toda la información que puedo sobre la enfermedad.				
Creo que puedo controlar lo que sucede.				
Trato de tener una actitud muy positiva.				
Estoy tan ocupada/o que no tengo tiempo de pensar en mi enfermedad.				
Evito informarme más sobre mi enfermedad.				
Veó a mi enfermedad como un desafío.				
Respecto a mi enfermedad, lo que tenga que ser será.				
Me siento completamente desorientada sobre lo que tengo que hacer.				
Estoy muy enojada/o por lo que me ha pasado.				
En realidad, yo no creo que tenga una enfermedad maligna.				
Tengo en cuenta los beneficios que me ha traído la enfermedad.				
Intento luchar contra la enfermedad.				

Anexo XIV: Subescalas de 5 modos de afrontamiento.

ESPÍRITU DE LUCHA
<ul style="list-style-type: none"> - 16 ítems: El paciente acepta el diagnóstico como oportunidad de mejorar y un reto. - Puntuación máxima: 64. (Elevado espíritu de lucha) - Puntuación mínima: 16. (Ausencia total del espíritu de lucha) - Puntuación 47 y mayor a 47 = Buen espíritu de lucha. - Puntuación menor a 47 = Bajo espíritu de lucha.
DESAMPARO E INDEFENSIÓN
<ul style="list-style-type: none"> - 6 ítems: El paciente se siente desbordado, diagnóstico sentido como gran pérdida o amenaza. - Opción 3 y 4 = Desamparo. - Opción 1 y 2 = Respuesta preferible. - Puntaje de corte = 11/12 puntos. - Puntuación máxima: 24. (Mal resultado, todos los ítems 4) - Puntuación mínima: 6. (Ausencia total de desamparo)
PREOCUPACIÓN ANSIOSA
<ul style="list-style-type: none"> - 9 ítems: El paciente interpreta el diagnóstico como gran amenaza. - Respuestas que indican preocupación ansiosa: 3 y 4. - Punto de corte 26/27, siendo 27 modo desadaptativo de interpretar y enfrentar la enfermedad. Con alteraciones emocionales de elevada ansiedad.
FATALISMO
<ul style="list-style-type: none"> - 8 ítems: Aceptación estoica al tratamiento.

- Opción 3 y 4 son negativas.
- Punto de corte 23/24.
- Puntuación 24 o más = fatalismo y uso de estrategias pasivas, alteración emocional y dificultad en adaptación.

EVITACION/NEGACION

- 1 ítem = minimización del diagnóstico.

Fuente: Adaptado de Massone, 2017, p. 102-104. Recuperado de:
<http://rpsico.mdp.edu.ar/bitstream/handle/123456789/553/TD09.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Según varios estudios, lo más favorable para el paciente oncológico sería puntuar alto en espíritu de lucha y bajo en el resto (Moorey et al., 2002; Ferrero, & Toledo, 1994; Watson et al., 1988. Citado en Massone, 2017, p.101)