



Universidad Católica de Cuyo

Facultad de filosofía y humanidades

Licenciatura en Psicología

Yunes Guajardo, María Dolores

Giménez, Sonia

Zalazar, Marisa

San Juan, 2026



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUYO

FACULTAD DE FILOSOFÍA Y HUMANIDADES

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

**“Intervenciones Cognitivo-Conductuales en el abordaje del dolor total en  
una paciente oncológica. Estudio de caso único.”**

TRABAJO INTEGRADOR FINAL

Área Psicología Clínica

YUNES GUAJARDO, María Dolores.

San Juan

2026



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUYO

FACULTAD DE FILOSOFÍA Y HUMANIDADES

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

**“Intervenciones Cognitivo-Conductuales en el abordaje del dolor total en  
una paciente oncológica. Estudio de caso único.”**

Área Psicología Clínica

YUNES GUAJARDO, María Dolores

DIRECTORA DE ÁREA: Mag. Sonia Giménez

TUTORA ACADÉMICA: Mag. Marisa Zalazar

San Juan

2026

## **Agradecimientos**

Quiero agradecer a mi familia, que es tan generosa como numerosa, y me apoyan y sostienen en cada paso que doy. Gracias por buscar siempre lo mejor para mí, por el sacrificio y entrega en lo pequeño y lo grande, y por hacer extraordinario lo ordinario.

A mis amigas que tanto me enseñan e hicieron de este recorrido una aventura. Su compañía y cariño fueron fundamentales.

De manera especial, agradezco a la paciente que participó en este trabajo, por su disposición, confianza y generosidad al compartir su experiencia en un momento tan significativo de su vida. Su disposición hizo posible no solo la realización de este trabajo, sino también un valioso aprendizaje humano y profesional.

A Dios sobre todo, que me dio la vida y la vocación tan hermosa y grande de cuidar vidas. Tengo el deseo de saber querer como Él y gastar mi vida por los demás.

A todos ellos, gracias por ser parte fundamental de lo que soy como persona.

## ÍNDICE

|                                                                 |    |
|-----------------------------------------------------------------|----|
| Prefacio .....                                                  | 7  |
| CAPÍTULO I: .....                                               | 9  |
| Introducción .....                                              | 9  |
| Oncología .....                                                 | 12 |
| Paciente oncológico.....                                        | 13 |
| Duelo .....                                                     | 15 |
| Modelo biopsicosocial.....                                      | 17 |
| Psicooncología .....                                            | 18 |
| Rol del psicooncólogo.....                                      | 22 |
| Dolor total .....                                               | 24 |
| Terapia Cognitivo Conductual .....                              | 30 |
| Psicooncología desde la TCC.....                                | 31 |
| Técnicas de relajación .....                                    | 34 |
| Relajación progresiva de Jacobson.....                          | 36 |
| Procedimiento de la relajación progresiva.....                  | 37 |
| Técnicas de visualización.....                                  | 39 |
| CAPÍTULO II: .....                                              | 41 |
| Materiales y Métodos .....                                      | 41 |
| Enfoque metodológico.....                                       | 41 |
| Participantes.....                                              | 42 |
| Instrumentos .....                                              | 42 |
| Intervenciones.....                                             | 44 |
| Análisis de datos.....                                          | 47 |
| Consideraciones éticas.....                                     | 48 |
| CAPÍTULO III:.....                                              | 50 |
| Resultados .....                                                | 50 |
| Perfil general de la participante .....                         | 51 |
| Resultados de la entrevista semiestructurada .....              | 52 |
| Indicadores de la Escala numérica del dolor .....               | 56 |
| Resultados de la técnica de relajación muscular progresiva..... | 56 |
| Revaloración de la Escala numérica del dolor.....               | 57 |
| Segunda intervención .....                                      | 57 |
| Indicadores del Termómetro de malestar emocional.....           | 58 |

|                                                                   |    |
|-------------------------------------------------------------------|----|
| Resultados de la Técnica de visualización “Mi lugar seguro” ..... | 59 |
| Revaloración del Termómetro de malestar emocional .....           | 61 |
| CAPÍTULO IV: .....                                                | 62 |
| Discusión .....                                                   | 62 |
| CAPÍTULO V: .....                                                 | 64 |
| Conclusiones .....                                                | 64 |
| REFERENCIAS.....                                                  | 69 |
| ANEXOS .....                                                      | 72 |
| ANEXO I: .....                                                    | 72 |
| Entrevista inicial semiestructurada – Dolor Total.....            | 72 |
| ANEXO II: .....                                                   | 75 |
| Escala numérica de dolor. ....                                    | 75 |
| ANEXO III:.....                                                   | 76 |
| Termómetro de malestar emocional. ....                            | 76 |
| ANEXO IV:.....                                                    | 78 |
| Técnica de relajación progresiva de Jacobson .....                | 78 |
| ANEXO V:.....                                                     | 79 |
| Técnica de visualización “Mi lugar seguro” .....                  | 79 |
| ANEXO VI:.....                                                    | 80 |
| Consentimiento informado para TIF en Servicio de Oncología .....  | 80 |

## **Prefacio**

El presente Trabajo Integrador Final (T.I.F) pretende plasmar las intervenciones realizadas durante las Prácticas Profesionales Supervisadas (P.P.S), circunscritas al área Clínica, desarrolladas en el Servicio de Oncología de adultos, con el objetivo de obtener el título de Licenciada en Psicología por la Universidad Católica de Cuyo.

Las intervenciones se efectúan en el Hospital Dr. Marcial V. Quiroga, el cual se encuentra situado en Av. Libertador Gral. San Martín 5401, Rivadavia en la provincia de San Juan. El hospital fue fundado en 1971 con la misión de “Brindar asistencia sanitaria de calidad al paciente, enfatizando la humanización del trato, siendo líderes en la formación de personal especializado e idóneo; administrativo eficientemente el patrimonio del hospital.”

El mismo se organiza bajo un modelo de gestión descentralizado, lo que le otorga cierto grado de autonomía administrativa y operativa, permitiéndole adaptar sus recursos y dispositivos de atención a las necesidades específicas de la población que asiste.

El trabajo se desarrolla dentro del servicio de Oncología, conformado por médicos oncólogos, enfermeras, un médico paliativista, y una Psicooncóloga.

El servicio de Psicooncología forma parte del abordaje integral brindado a pacientes oncológicos adultos dentro de la institución. Este espacio acompaña el tratamiento médico — que incluye quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia, inmunoterapia y procedimientos quirúrgicos— y busca atender tanto las necesidades emocionales como las problemáticas vinculares y sociales que surgen a lo largo del proceso de la enfermedad.

La institución cuenta además con un Hospital de Día, destinado a la administración de quimioterapia en pacientes ambulatorios. En este ámbito, el rol de la psicooncóloga adquiere

una presencia especialmente significativa, dado que se mantiene disponible para la asistencia de situaciones urgentes, el acompañamiento emocional inmediato y la contención de pacientes y familiares en momentos críticos del tratamiento.

Entre las funciones que conforman su práctica profesional se encuentran la atención clínica individual, la orientación a familiares, la participación en reuniones destinadas a clarificar casos complejos y la transmisión de pautas para promover dinámicas familiares saludables. Asimismo, la psicooncóloga interviene en los consultorios de primera vez: espacios diseñados para brindar información detallada al paciente antes de iniciar la quimioterapia. En estas entrevistas, generalmente coordinadas junto con la jefa de enfermería, se explican los posibles efectos secundarios físicos y emocionales, se ofrecen pautas de autocuidado, recomendaciones prácticas y se responden dudas, favoreciendo así una preparación integral para el inicio del tratamiento.

## **CAPÍTULO I:**

### **Introducción**

El diagnóstico de cáncer irrumpe en la vida de una persona como un acontecimiento profundamente disruptivo y, en muchos casos, arrasador. No solo confronta al paciente con una enfermedad potencialmente amenazante para la vida, sino que altera de manera significativa su equilibrio físico, emocional, social y espiritual. A partir de este momento, la experiencia del padecimiento trasciende el plano estrictamente biológico y se inscribe en una vivencia subjetiva compleja, atravesada por el dolor, el miedo, la incertidumbre y el sufrimiento.

En este contexto, el dolor no puede ser comprendido únicamente como un síntoma físico a suprimir mediante intervenciones médicas, sino como una experiencia integral que involucra múltiples dimensiones de la persona. El diagnóstico oncológico suele activar planteamientos existenciales vinculados al sentido de la vida, el significado del sufrimiento, la finitud y la muerte, así como interrogantes sobre los proyectos personales, los vínculos y la propia identidad. Estas vivencias impactan de manera directa en la percepción y vivencia del dolor, configurando lo que se denomina “dolor total”.

El presente Trabajo Integrador Final surge a partir de la observación e interacción con pacientes oncológicos, y se identifica la necesidad de generar un abordaje que contemple a la persona de manera integral, articulando el tratamiento médico con intervenciones psicológicas que permitan acompañar, contener y aliviar el sufrimiento en sus distintas expresiones. El interés por desarrollar una intervención orientada a la disminución del dolor total en pacientes oncológicos surge, entonces, de la convicción de que el cuidado de la salud no puede limitarse al control de la enfermedad, sino que debe incluir el acompañamiento de

los procesos emocionales, cognitivos y existenciales que el diagnóstico y el tratamiento conllevan.

La metodología utilizada comprende la administración de una Escala Numérica de Dolor, ejercicios de Relajación Progresiva, la aplicación del Inventario de Termómetro de Malestar Emocional, y la realización de una Técnica de Visualización denominada “Mi lugar seguro”. Estas intervenciones están orientadas a favorecer la disminución del “dolor total”, abordando la dimensión emocional del dolor del paciente oncológico.

El T.I.F se enmarca en el enfoque de la Psicología Cognitivo-Conductual, la cual ofrece tanto en sus desarrollos de primera como de segunda generación, herramientas clínicas valiosas para el abordaje del dolor, al permitir intervenir específicamente sobre los factores psicológicos que modulan su vivencia, favorecer recursos de afrontamiento y contribuir a una mejora en la calidad de vida del paciente. La presente intervención se inscribe en esta concepción integral del cuidado, poniendo el foco no solo en la reducción del síntoma, sino también en el acompañamiento del sufrimiento humano que emerge ante la experiencia oncológica.

El objetivo principal de este trabajo es analizar las intervenciones realizadas desde la Terapia Cognitivo-Conductual de primera y segunda generación en el abordaje del dolor total en una paciente oncológica.

Para ello, se plantean los siguientes objetivos específicos:

Describir las técnicas de la Terapia Cognitivo-Conductual de primera y segunda generación implementadas en el abordaje del dolor total en una paciente oncológica.

Describir los fundamentos teóricos y clínicos de la Terapia Cognitivo Conductual en el contexto del dolor oncológico y del concepto de dolor total.

Evaluar los efectos observables de las intervenciones realizadas en la vivencia subjetiva del dolor total y en la regulación emocional de la paciente.

A continuación, se realiza un recorrido por diferentes conceptos que son claves para orientar el trabajo y las intervenciones realizadas:

## **Oncología**

Según la Organización Mundial de la Salud (2022), «Cáncer» es un término amplio utilizado para aludir a un conjunto de enfermedades que se pueden originar en casi cualquier órgano o tejido del cuerpo cuando células anormales crecen de forma descontrolada, sobrepasan sus límites habituales e invaden partes adyacentes del cuerpo y/o se propagan a otros órganos. Este último proceso se denomina «metástasis», y es una im

portante causa de defunción por cáncer. Otros términos comunes para designar el cáncer son «neoplasia» y «tumor maligno».

El cáncer se caracteriza por la proliferación acelerada de células anormales que exceden los límites normales del tejido en el que se originan, con capacidad de invadir estructuras vecinas y diseminarse hacia otros órganos del cuerpo. En este sentido, el cáncer representa una de las principales causas de muerte a nivel mundial, registrándose cerca de 10 millones de fallecimientos durante el año 2020. (OMS, 2022)

Siguiendo con la OMS, se considera esencial un correcto diagnóstico del cáncer, ya que cada persona y cada tipo de cáncer requieren un tratamiento específico. Los tratamientos utilizados consisten en cirugía, radioterapia, quimioterapia, hormonoterapia o una combinación de estos. Es fundamental tener en cuenta a la persona en particular para una adecuada selección del tratamiento.

La definición de los objetivos del tratamiento constituye un paso fundamental en el abordaje del cáncer. Entre los propósitos principales se encuentra la posibilidad de curación de la enfermedad o, en su defecto, la prolongación significativa de la expectativa de vida. Asimismo, resulta central la búsqueda de una mejora en la calidad de vida del paciente, la cual puede promoverse a través del acompañamiento integral de su bienestar físico,

psicosocial y espiritual, así como mediante la implementación de cuidados paliativos en las etapas avanzadas o terminales de la enfermedad (Organización Mundial de la Salud, 2022).

### **Paciente oncológico.**

Durante el transcurso de la enfermedad oncológica, los pacientes atraviesan un proceso de duelo psicológico que resulta prácticamente inevitable. Este duelo no se limita únicamente a la pérdida de la salud, sino que involucra una serie de pérdidas significativas vinculadas a distintos aspectos de la vida cotidiana. Entre ellas se encuentran la pérdida de la estabilidad y la seguridad, la alteración de las rutinas habituales, la modificación o pérdida de los roles previamente desempeñados en el ámbito familiar, laboral y social, así como la disminución de la sensación de control sobre la propia vida. Diversos autores señalan que la pérdida de control constituye uno de los factores más desestabilizantes para el ser humano, dado que afecta profundamente la percepción de autonomía y continuidad personal. Este conjunto de experiencias es conceptualizado como *duelo oncológico* (Barroilhet Díez et al., 2005, citado en Castillo Toledo *et al.*, 2016).

Cada persona, según sus características, tiene una respuesta emocional diferente, la cual puede promover la adaptación a la enfermedad o, por el contrario, convertirse en un comportamiento desadaptativo.

Durante el proceso de la enfermedad oncológica pueden emerger diversos pensamientos y reacciones emocionales negativas, entre las que se destaca el miedo a la muerte. En función de las representaciones sociales y personales asociadas al cáncer, una de las respuestas psicológicas más frecuentes es la negación, la cual puede manifestarse como una dificultad para aceptar la realidad del diagnóstico. En este sentido, es posible observar conductas

orientadas a poner en duda los resultados, tales como la búsqueda de segundas opiniones médicas o la repetición de estudios diagnósticos.

Asimismo, la ansiedad suele presentarse como respuesta anticipatoria frente a los posibles eventos y tratamientos que pueden desarrollarse a lo largo del curso de la enfermedad. También pueden aparecer manifestaciones de ira o irritabilidad dirigidas hacia el entorno en general, así como sentimientos de culpa. En algunos casos, la enfermedad es interpretada desde creencias de tipo religioso o moral, siendo vivenciada como un castigo divino por acciones pasadas, lo cual puede intensificar el malestar emocional del paciente. (Castillo Toledo *et al.*, 2016)

Algo que acompaña regularmente las ideas sobre lo oncológico es la referencia explícita o implícita de la muerte (Rojas & Gutiérrez, 2016) donde tan sólo al enunciar la palabra cáncer se “evoca toda una serie de ideas preconcebidas, referencias personales, temores y ansiedades relacionadas, que devienen de nuestro conocimiento o ignorancia, como la cercanía o lejanía con el tema oncológico” (p. 29).

Siguiendo a Rojas y Gutiérrez, la recepción de un diagnóstico oncológico implica para la persona atravesar una situación altamente estresante, generadora de ansiedad y con un fuerte impacto desorganizante en su vida. Se trata de un sujeto que experimenta un profundo sufrimiento y que, a lo largo del proceso de la enfermedad, enfrenta múltiples pérdidas y duelos, vinculados no solo a la salud, sino también a partes de su cuerpo, a sus funciones, a su desempeño laboral y a su lugar dentro de los ámbitos familiar, social y laboral. Asimismo, se ven afectadas su sensación de seguridad, las proyecciones a futuro y las certezas previamente construidas.

A ello se suma que, además del impacto del diagnóstico, los tratamientos médicos pueden producir limitaciones significativas a nivel físico, social y psicológico. En este contexto, suelen hacerse presentes vivencias de soledad, desamparo, incompreensión y temor, junto con experiencias de estigmatización y discriminación asociadas a la enfermedad. (Rojas Jara & Gutiérrez Valdés, 2016).

## **Duelo**

La mayoría de las personas a menudo cree que las etapas del duelo duran semanas o meses, olvidando que constituyen reacciones a sentimientos que pueden tener distinta duración, al mismo tiempo que se fluctúa de una etapa a otra. Es decir, las etapas no se viven de forma lineal, siendo posible atravesar una, luego otra y retornar luego a la primera. Según Kübler-Ross, al conocer el diagnóstico de cáncer se desencadena un proceso con una serie de etapas:

**Negación.** La negación y la conmoción constituyen respuestas iniciales que cumplen una función adaptativa, ya que permiten afrontar la situación de pérdida de manera progresiva. A través de este mecanismo, el sujeto logra dosificar el impacto emocional del acontecimiento, evitando una irrupción abrupta de los sentimientos asociados a la pérdida. De este modo, la negación actúa como una forma de protección psíquica, permitiendo que la realidad se incorpore gradualmente en la medida en que resulta tolerable.

**Ira.** A medida que la negación comienza a ceder, pueden emerger emociones más intensas, entre las cuales la ira suele ocupar un lugar central. Esta puede coexistir con sentimientos de tristeza, miedo, dolor y soledad, y suele estar dirigida tanto hacia el entorno como hacia la propia situación vivida. En muchos casos, la ira se vincula con la percepción de injusticia ante una experiencia no deseada ni esperada, pudiendo también transformarse en culpa, entendida como la ira dirigida hacia uno mismo.

**Negociación.** La etapa de negociación suele ir acompañada de sentimientos de culpa y de pensamientos caracterizados por expresiones del tipo “si hubiera” u “ojalá”. En esta fase, el sujeto intenta encontrar explicaciones o acuerdos simbólicos que le permitan reducir el dolor asociado a la pérdida, manteniéndose anclado al pasado en un intento de restablecer el orden frente al caos emocional. La negociación cumple, transitoriamente, la función de atenuar el sufrimiento y otorgar una sensación de control, aunque estas formas de afrontamiento suelen modificarse con el paso del tiempo.

**Depresión.** Posteriormente, la atención se dirige al presente y puede aparecer una vivencia profunda de vacío y desánimo. En esta etapa, el duelo se experimenta con mayor intensidad y puede instalarse una sensación de falta de sentido, acompañada de una marcada disminución de la energía y la motivación. Es importante señalar que esta respuesta depresiva no implica necesariamente una patología mental, sino que constituye una reacción esperable y adecuada ante una pérdida significativa. A su vez, esta etapa puede favorecer un proceso de repliegue que permite elaborar la pérdida, revisar la propia realidad y sentar las bases para una posterior reorganización subjetiva.

**Aceptación.** La aceptación no implica conformidad ni agrado frente a la pérdida, sino el reconocimiento de la realidad tal como es. En esta fase, el sujeto comienza a integrar lo ocurrido y a adaptarse a los cambios que la pérdida ha generado, comprendiendo que el pasado no puede mantenerse intacto. A través de pequeños avances, se aprende a convivir con la nueva realidad y a reconstruir la propia vida en función de las transformaciones experimentadas.

Cada persona es distinta, con lo cual no lo viven de la misma manera. Cada uno pasará por sus propias etapas, y pueden o no aparecer en este orden. Es un proceso dinámico que depende de la evolución de cada caso clínico. (David Kessler, 2016)

## **Modelo biopsicosocial**

Según Vázquez, I. A., el modelo biopsicosocial plantea que la salud y la enfermedad resultan de la interacción dinámica entre factores biológicos, psicológicos y sociales. Desde esta perspectiva, intervienen tanto procesos de mayor alcance, como el apoyo social o la presencia de trastornos de salud mental, como procesos de menor escala, por ejemplo, las alteraciones bioquímicas, los cuales se influyen mutuamente en el proceso de salud-enfermedad. En consecuencia, dicho proceso se caracteriza por una causalidad múltiple, así como por la diversidad de sus efectos. (2015)

Asimismo, este modelo amplía el foco de atención más allá de la enfermedad, incorporando también la salud como objeto central de interés, a diferencia del enfoque biomédico tradicional, orientado principalmente al diagnóstico y tratamiento de la patología. Desde el modelo biopsicosocial, la salud se concibe como un estado que se alcanza cuando las necesidades biológicas, psicológicas y sociales del individuo se encuentran adecuadamente atendidas.

En este marco, se sostiene que el abordaje diagnóstico más adecuado es aquel que se realiza desde una perspectiva multidisciplinaria, integrando las distintas dimensiones que conforman la experiencia de la persona. Del mismo modo, las indicaciones terapéuticas deben considerar de manera conjunta las variables biológicas, psicológicas y sociales, con el objetivo de adecuar las intervenciones a las necesidades particulares de cada individuo y ofrecer un tratamiento integral que permita abordar globalmente las problemáticas que presenta.

En el marco de una concepción integral u holística de la salud, se produce el surgimiento formal de la psicología de la salud (Ballester, 1998 citado en Vázquez, I. A. 2015). Este desarrollo coincide con las propuestas formuladas hacia finales de la década de 1960, que impulsaron el reconocimiento de la psicología como una profesión del ámbito sanitario, a

partir de la comprensión de que la conducta humana desempeña un papel central tanto en la preservación de la salud como en el inicio, curso y evolución de las enfermedades.

### **Psicooncología**

Los inicios formales de la psicooncología se sitúan a mediados de la década de 1970, período en el cual comenzó a disminuir el fuerte estigma asociado al cáncer, que hasta entonces dificultaba incluso la comunicación del diagnóstico. Este cambio permitió no solo informar a los pacientes sobre su enfermedad, sino también explorar por primera vez sus vivencias emocionales y subjetivas en relación con la misma. No obstante, el desarrollo de la psicooncología se vio inicialmente retrasado por la persistencia de un segundo estigma, vinculado a las actitudes negativas hacia las enfermedades mentales y los problemas psicológicos, incluso cuando estos se presentaban en el marco de una enfermedad médica.

La comprensión de estos antecedentes históricos resulta relevante, dado que continúan influyendo en las creencias y actitudes actuales respecto del cáncer, así como en la consideración de sus comorbilidades psiquiátricas y problemáticas psicosociales. Durante el último cuarto del siglo XX, la psicooncología logró consolidarse progresivamente como una subespecialidad dentro de la oncología, desarrollando un cuerpo de conocimientos propio orientado a mejorar la atención integral de los pacientes oncológicos.

En el transcurso del nuevo milenio, esta disciplina experimentó un crecimiento significativo, evidenciado en la producción de literatura especializada, el desarrollo de programas de formación y una amplia agenda de investigación. Sus aplicaciones abarcan todas las etapas del continuo del cáncer, incluyendo la investigación conductual en la modificación de estilos de vida y hábitos orientados a la reducción del riesgo, la promoción de conductas de detección temprana, el abordaje de aspectos psicológicos asociados al riesgo genético y a las

pruebas diagnósticas, así como el control de síntomas emocionales y cognitivos —como ansiedad, depresión, delirium, dolor y fatiga— durante los tratamientos activos.

Asimismo, la psicooncología se ocupa del manejo de las secuelas psicológicas en sobrevivientes de cáncer y del abordaje de los aspectos emocionales implicados en la atención paliativa y en el final de la vida. En este marco, se han intensificado las investigaciones traslacionales que exploran la interacción entre los procesos psicológicos y fisiológicos relevantes para el riesgo de cáncer, la calidad de vida y la supervivencia, incluyendo estudios vinculados a citoquinas y patrones genéticos.

En la actualidad, la psicooncología ha alcanzado un grado de madurez que la posiciona tanto como una de las subespecialidades más jóvenes de la oncología como una de las áreas más claramente definidas dentro de la psiquiatría de enlace y la medicina psicosomática. De este modo, se constituye como un ejemplo del valor de la aplicación interdisciplinaria de las ciencias del comportamiento y sociales al abordaje de una enfermedad específica. (Holland et. al, 2010)

Según Jimmie Holland (Holland, 1992 citado en Cruzado, 2003), la psicooncología se define como “una subespecialidad de la oncología, que por una parte atiende las respuestas emocionales de los pacientes en todos los estadios de la enfermedad, de sus familiares y del personal sanitario que les atiende (enfoque psicosocial); y que por otra parte, se encarga del estudio de los factores psicológicos, conductuales y sociales que influyen en la morbilidad y mortalidad del cáncer (enfoque biopsicológico)”. (p. 11)

Siguiendo a J.A. Cruzado, la psicooncología puede definirse como un campo interdisciplinario que articula aportes de la psicología y de las ciencias biomédicas, orientado al abordaje integral del cáncer. Sus áreas de intervención abarcan la prevención, el

diagnóstico, la evaluación, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, así como el estudio de los factores implicados en la etiología de la enfermedad. Asimismo, esta disciplina contempla el fortalecimiento de las competencias comunicacionales y relacionales de los profesionales de la salud, junto con la optimización de los recursos disponibles, con el objetivo de promover servicios oncológicos eficaces y de calidad.

Los objetivos de la psicooncología incluyen tanto la intervención directa con pacientes oncológicos, sus familias y el personal sanitario, como la prevención y la investigación de la influencia de variables psicológicas relevantes a lo largo del proceso de la enfermedad. En este marco, el rol del psicooncólogo se caracteriza por una doble dimensión: la práctica clínica aplicada y la producción de conocimiento científico en un campo especializado que se encuentra en permanente desarrollo y actualización. (Cruzado, 2003) Desde una perspectiva de psicooncología proactiva, se plantean diversos objetivos orientados no solo al tratamiento de la enfermedad, sino también a la promoción integral de la salud. Entre estos objetivos se incluyen la prevención, la recuperación de la vitalidad del paciente y la intervención activa en los procesos de recuperación. Asimismo, se busca fortalecer las estrategias de afrontamiento frente al estrés y fomentar la adopción de estilos de vida saludables, con el fin de mejorar el bienestar general y la calidad de vida de las personas atravesadas por la enfermedad oncológica (Rojas Jara & Gutiérrez Valdés, 2016).

Los avances en el diagnóstico y en los tratamientos médicos del cáncer permitieron no solo aumentar la expectativa de vida de los pacientes, sino también visibilizar el impacto emocional que esta enfermedad conlleva. A partir de estos cambios, comenzó a reconocerse la importancia de atender el bienestar psicológico del paciente oncológico durante las distintas etapas del proceso de la enfermedad, promoviendo la inclusión de la atención

psicológica y el desarrollo de instituciones y líneas de investigación centradas en los aspectos psicosociales del cáncer (Cabrera et al., 2017).

Un antecedente central en la conformación de este campo fue la publicación del libro *On Death and Dying*, de la psiquiatra Elisabeth Kübler-Ross. En esta obra, la autora cuestiona el tabú en torno a la muerte y propone un abordaje más humano del paciente oncológico, alentando a los profesionales de la salud a no evitar el contacto con quienes atraviesan esta experiencia y a escuchar activamente sus preocupaciones emocionales (Kübler-Ross, 1969).

La psicooncología se ocupa del estudio de las respuestas emocionales de los pacientes, sus familias y los equipos de salud, así como de las variables psicológicas, sociales y conductuales que influyen en la prevención, el riesgo y la evolución del cáncer. En este sentido, Cabrera et al. (2017) señalan que uno de los objetivos centrales de esta disciplina es aliviar el malestar psíquico y favorecer una mayor humanización de los tratamientos, además de explorar los distintos estilos de afrontamiento y las estrategias terapéuticas más eficaces en el contexto oncológico.

El aumento de la incidencia del cáncer a nivel mundial, sumado a la compleja problemática emocional asociada al diagnóstico y a los tratamientos, impulsó el desarrollo de la psicooncología como una especialidad relativamente reciente. Este crecimiento respondió a la necesidad de resguardar las demandas psicológicas del paciente y su entorno, así como de brindar contención y preparación emocional a los profesionales de la salud involucrados en la atención oncológica (Cabrera et al., 2017).

Desde este enfoque, el cáncer es comprendido como una enfermedad multifactorial, tanto en su génesis como en su evolución y tratamiento. La psicooncología centra su atención en la persona y no únicamente en la patología, adoptando una mirada integral del paciente como

sujeto biopsicosocial. Esto implica no solo el acompañamiento emocional del paciente y el apoyo a sus familiares, sino también la capacitación del personal sanitario y la prevención del desgaste profesional asociado a la exposición prolongada al sufrimiento (Cabrera et al., 2017).

Los profesionales que se desempeñan en esta área desarrollan diversas acciones orientadas a la promoción de estilos de vida saludables, la sensibilización para la detección precoz, la evaluación de las necesidades psicosociales y el abordaje de las alteraciones emocionales asociadas a la enfermedad oncológica. Tal como indican Cabrera et al. (2017), también resulta fundamental fortalecer las habilidades comunicacionales y el trabajo interdisciplinario dentro de los equipos de atención.

Asimismo, el miedo a los tratamientos, la incertidumbre, la ansiedad y la angustia suelen estar presentes a lo largo del proceso oncológico, lo que demanda una intervención psicológica sistemática. Estas intervenciones buscan no solo disminuir los síntomas emocionales negativos, sino también favorecer una mejor adaptación al tratamiento y contribuir a mejorar la dinámica familiar, que en ocasiones puede verse afectada por la enfermedad (Cabrera et al., 2017). En términos generales, los trastornos de adaptación, la ansiedad y la depresión se presentan como las manifestaciones psicológicas más frecuentes en esta población.

### **Rol del psicooncólogo**

La Psicooncología comprende diversas áreas de intervención fundamentales. En primer lugar, incluye la asistencia clínica dirigida al paciente y a su entorno familiar, orientada a favorecer la adaptación psicológica y la mejora de la calidad de vida a lo largo de las distintas etapas del proceso oncológico, tales como el diagnóstico, los tratamientos médicos, los controles

posteriores, los cuidados paliativos y las situaciones de duelo. Además, cumple un papel clave en la psicoeducación al paciente y sus familiares, acerca de cuidados, efectos colaterales, comunicación de la información acerca del estado del paciente y las estrategias de afrontamiento de estados emocionales negativos y actividades de la vida diaria.

En segundo lugar, abarca el área de la docencia, centrada en la formación de profesionales de la salud en habilidades comunicacionales, así como en el manejo de situaciones de crisis y de elevado estrés que pueden surgir en la interacción con personas que atraviesan una enfermedad oncológica.

Asimismo, la Psicooncología interviene en el ámbito de la prevención, mediante el diseño e implementación de programas de educación para la salud, la promoción de hábitos de vida saludables orientados a la prevención del cáncer, el fomento de conductas de detección temprana y el acompañamiento e intervención en el contexto del asesoramiento genético.

Finalmente, comprende la investigación de los factores conductuales, psicológicos y sociales implicados tanto en la enfermedad oncológica como en sus tratamientos y en el funcionamiento de los sistemas de atención en salud (Cruzado, 2003).

Otros autores coinciden en que el ejercicio profesional en psicooncología requiere una formación que excede el mero conocimiento psicológico aplicado al ámbito oncológico. La intervención con personas que atraviesan una enfermedad oncológica demanda una preparación específica y profunda, que contemple una comprensión amplia y existencial de lo que implica vivir con cáncer. Ello se fundamenta en que dicha experiencia constituye una situación singular, compleja, dolorosa y potencialmente amenazante para la vida, cuya vivencia subjetiva no puede ser desatendida ni en las instancias de prevención ni en los

procesos de tratamiento, y mucho menos en la formación y especialización del psicooncólogo (Rojas Jara & Gutiérrez Valdés, 2016).

Desde esta perspectiva, se identifican diversas necesidades que deben ser abordadas por el profesional de la psicología que se desempeña en el área oncológica. En primer lugar, resulta indispensable una formación específica, tanto teórica como práctica y existencial, que le permita reconocer las múltiples dimensiones que conforman la enfermedad, sus posibles causas y su rol como agente de apoyo y sostén terapéutico. En segundo lugar, se destaca la importancia de la integración personal del profesional, entendida como la capacidad de reconocer y habitar sus propias emociones, evitando mecanismos de disociación que puedan generar distanciamiento emocional, cosificación del paciente o deshumanización del sufrimiento. Asimismo, se subraya la necesidad de desarrollar coraje para afrontar el dolor, la finitud y los distintos escenarios que plantea un diagnóstico oncológico, en estrecha relación con la vida y la muerte. Finalmente, el autocuidado profesional adquiere un lugar central frente a la exposición continua al sufrimiento, con el objetivo de prevenir el desgaste emocional o burnout, así como el riesgo de naturalizar el dolor, deshumanizar al otro o incurrir en el abandono de sí mismo como profesional (Rojas Jara & Gutiérrez Valdés, 2016).

### **Dolor total**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define los cuidados paliativos como “un enfoque que mejora la calidad de vida de los pacientes —adultos y niños— y sus familias que enfrentan problemas asociados con enfermedades potencialmente mortales. Previene y alivia el sufrimiento mediante la identificación temprana, la evaluación impecable y el tratamiento del dolor y otros problemas, ya sean físicos, psicosociales o espirituales.” (2020).

En comparación con la definición propuesta por la Organización Mundial de la Salud en 2002, la actualización del año 2020 amplía el alcance de los cuidados paliativos, desplazándose de una concepción centrada principalmente en el final de la vida hacia un abordaje integral del sufrimiento relacionado con la salud. Esta perspectiva reconoce el carácter multidimensional del padecimiento humano —físico, psicológico, social y espiritual— y enfatiza la necesidad de implementar cuidados paliativos de manera temprana y a lo largo de todo el curso de la enfermedad, promoviendo la dignidad y la calidad de vida de los pacientes y sus familias (OMS, 2020).

Por otro lado, la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) define el dolor como “una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a un daño real o potencial en un tejido, o descrita en términos de dicho daño” (2020). Esta conceptualización se diferencia de la definición propuesta en 1979, en la cual el dolor era entendido como “una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con un daño tisular real o potencial, o descrita en términos de dicho daño”.

La actualización realizada en 2020 amplía la concepción del dolor, al alejarse de una mirada centrada exclusivamente en el daño tisular y reconocerlo como una experiencia subjetiva, personal y multidimensional, influida por factores biológicos, psicológicos y sociales. De este modo, mientras que la definición previa vinculaba el dolor principalmente al daño, la actual pone el acento en la experiencia vivida por la persona.

A partir de estas definiciones, se pretende introducir el concepto de dolor total, propuesto por Cicely Saunders (1964), que reconoce que el sufrimiento de la persona con enfermedad oncológica avanzada excede la dimensión física e incluye componentes psicológicos, sociales, existenciales y espirituales. Desde esta perspectiva integral, el dolor no solo se localiza en el cuerpo, sino que afecta la identidad, los vínculos, el sentido de vida y la

esperanza. En este contexto, el acompañamiento psicológico busca aliviar el sufrimiento total y promover una vivencia más humana del proceso de enfermedad.

La siguiente narración, tomada de un artículo publicado en 1964 en *Nursing Mirror*, constituye una de las primeras descripciones sistemáticas de los componentes que posteriormente serían conceptualizados bajo el término de “dolor total”. El relato refiere a la experiencia de la Sra. Hinson, paciente atendida en el Hospice St. Joseph de Hackney, y fue luego ampliamente retomado en la literatura especializada en cuidados paliativos, consolidándose como un ejemplo paradigmático del enfoque integral que caracteriza a esta disciplina en sus inicios.

En dicho contexto, se relata la respuesta brindada por una paciente al ser consultada acerca de su dolor, respuesta en la que se ponen de manifiesto las cuatro dimensiones fundamentales que se busca abordar en estas situaciones. La paciente expresó: «Bueno, doctor, el dolor comenzó en mi espalda, pero ahora parece que todo en mí está mal». Ofreció una descripción de diversos síntomas y malestares y luego continuó diciendo: «Mi esposo y mi hijo fueron maravillosos, pero estaban trabajando y tendrían que haberse ausentado y perder su salario. Podría haber llorado por las pastillas y las inyecciones, aunque sabía que no debía hacerlo. Todo parecía estar en mi contra y nadie parecía comprender». Luego hizo una pausa antes de añadir: «Pero es tan maravilloso empezar a sentirse segura otra vez».

Sin necesidad de indagaciones adicionales, el testimonio permitió visibilizar no sólo el sufrimiento físico de la paciente, sino también su padecimiento psicológico, sus dificultades sociales y su profunda necesidad espiritual de sentirse contenida y segura, elementos que en conjunto dan cuenta del concepto de dolor total. (Clark D., 2014)

A partir de esto, Fajardo-Chica (2020) postula que, aunque a primera vista la definición de dolor propuesta por la IASP y el concepto de dolor total podrían interpretarse como nociones opuestas o contradictorias, en realidad no lo son, ya que refieren a dimensiones diferentes de un mismo fenómeno. La diferencia central entre ambos enfoques radica en el propósito conceptual que persiguen. Mientras que la definición de la IASP aporta criterios generales para la comprensión y clasificación del dolor como experiencia sensorial y emocional, el concepto de dolor total se orienta específicamente a los aspectos psicológicos, emocionales, sociales y espirituales que intervienen en la experiencia dolorosa, especialmente en el contexto de la atención paliativa.

El concepto de dolor total no pretende describir las características esenciales del dolor ni establecer criterios para diferenciar qué es y qué no es dolor. En cambio, se centra en identificar un entramado de relaciones causales entre diversos factores —emocionales, psicológicos, sociales y espirituales— y la vivencia subjetiva del dolor del paciente. Estas relaciones cumplen, a su vez, con dos condiciones fundamentales. En primer lugar, se trata de vínculos causales respaldados por evidencia empírica, lo que permite que el concepto de dolor total sea dinámico y se actualice conforme avanzan los conocimientos científicos relevantes para la práctica paliativa. En segundo lugar, dichas relaciones son susceptibles de intervención desde un modelo de atención clínica interdisciplinario, lo que justifica su incorporación en el diseño de estrategias terapéuticas y en el discurso de la salud pública. (Fajardo-Chica 2020)

En este sentido, una parte central del concepto de dolor total es el reconocimiento de que la atención del dolor debe incluir necesariamente los estados emocionales del paciente. La intervención sobre emociones frecuentemente negativas, asociadas tanto al dolor como a la enfermedad y a sus implicancias vitales, favorece un abordaje más humano y aumenta la

eficacia de las intervenciones terapéuticas y paliativas. De este modo, aunque la dimensión emocional está presente en ambos enfoques, existe una diferencia sustancial entre ellos: mientras que la definición de la IASP sostiene que todo dolor implica una experiencia emocional, el concepto de dolor total enfatiza que la experiencia del dolor se ve modulada por el contexto emocional del paciente y que, por lo tanto, puede y debe ser objeto de intervención clínica. (Fajardo-Chica 2020)

A partir de su experiencia como enfermera, trabajadora social y médica en el acompañamiento de pacientes en etapa terminal, Cicely Saunders formuló el concepto de **dolor total**, el cual fue posteriormente desarrollado y sistematizado en la literatura contemporánea (Fajardo-Chica 2020). Este concepto contempla cuatro dimensiones interrelacionadas del dolor: la física, la psicológica, la social y la espiritual. Si bien estas dimensiones pueden distinguirse analíticamente, en la experiencia concreta de los pacientes suelen presentarse de manera superpuesta, de modo que una misma situación vital puede impactar simultáneamente en varios de estos planos.

En particular, la dimensión espiritual del dolor total se vincula con los significados que el padecimiento adquiere para la persona, incluyendo sus concepciones acerca de la vida y la muerte, el tiempo por vivir, los proyectos personales, las metas vitales y la narrativa construida en torno a su historia pasada (Fajardo-Chica 2020).

Tal como señala Fajardo-Chica (2020), el dolor total no constituye un fenómeno exclusivo de pacientes en etapa terminal ni de enfermedades graves o avanzadas. En un sentido amplio, todo dolor puede considerarse “total”, en tanto se encuentra influido por variables emocionales, psicológicas, sociales y espirituales. Sin embargo, el campo de los cuidados paliativos ha incorporado este concepto con el objetivo de enfatizar la necesidad de un abordaje interdisciplinario, promover políticas públicas específicas y favorecer la

conformación de equipos de salud multidisciplinarios. En este marco, la atención paliativa ha demostrado ser beneficiosa no solo para pacientes con pronóstico vital limitado, sino también para aquellos cuya expectativa de vida no se encuentra comprometida, aportando mejoras en el bienestar subjetivo y beneficios para el sistema de salud en su conjunto (Fajardo-Chica, 2020).

El adjetivo “total” podría inducir erróneamente a pensar el concepto como un punto máximo dentro de una escala de intensidad del dolor. No obstante, el dolor total no refiere a un grado cuantitativo específico, sino a la existencia de determinadas relaciones causales que pueden ser objeto de intervención clínica desde un enfoque interdisciplinario. Si bien existen instrumentos destinados a evaluar dimensiones psicológicas, sociales y espirituales del dolor, la medición de estas relaciones dependerá de las herramientas desarrolladas, validadas y utilizadas por las distintas disciplinas que integran el equipo de salud (Fajardo-Chica, 2020).

Asimismo, el concepto de dolor total no abarca todas las posibles relaciones causales entre el dolor y los estados psicológicos, sociales o espirituales del paciente, sino únicamente aquellas que pueden ser abordadas de manera eficaz desde el modelo de cuidados paliativos. Una caracterización amplia y rigurosa de estas relaciones contribuye a cumplir el objetivo central de este enfoque: aliviar el dolor y el sufrimiento de la persona enferma (Fajardo-Chica, 2020).

Desde esta perspectiva, atender las emociones —frecuentemente negativas— asociadas a la experiencia del dolor y de la enfermedad favorece un abordaje más humano y aumenta la eficacia terapéutica y paliativa. El abordaje psicológico y espiritual del dolor total procura integrar la dimensión cognitiva (creencias y pensamientos automáticos), la emocional (ansiedad, miedo, tristeza) y la dimensión trascendente (búsqueda de sentido, reconciliación, fe o conexión). La finalidad no es eliminar el sufrimiento, sino acompañarlo otorgándole

sentido, facilitando recursos de afrontamiento que permitan disminuir la percepción global del dolor y mejorar la calidad de vida del paciente (Fajardo-Chica, 2020).

### **Terapia Cognitivo Conductual**

La Terapia de Conducta (TC) surge en el campo de los tratamientos psicológicos a mediados de la década de 1950 como una propuesta innovadora y disruptiva frente a los enfoques terapéuticos predominantes de aquel momento, en particular en contraposición al modelo psicoanalítico. Este enfoque se fundamenta en la concepción de que todas las conductas humanas, tanto adaptativas como desadaptativas, son adquiridas a través del aprendizaje y, por lo tanto, susceptibles de ser modificadas mediante la aplicación de sus principios. En consecuencia, la intervención terapéutica deja de centrarse en la exploración de conflictos internos o estructuras subyacentes y pone el foco en la conducta observable y en las condiciones ambientales en las que esta tiene lugar. (Ruiz M.A. et al., 2012)

Las terapias de primera generación se enmarcan en los desarrollos iniciales del conductismo, particularmente en el modelo propuesto por Pavlov, conocido como conductismo clásico (Pavlov, 1927), y en el conductismo radical formulado por Skinner (Skinner, 1938). Desde esta perspectiva, el interés se centra exclusivamente en la conducta observable, la cual es estudiada mediante métodos experimentales rigurosos, dejando por fuera los procesos subjetivos y la introspección como fuentes válidas de conocimiento. La conducta es entendida como el resultado de leyes de aprendizaje y de la influencia de variables ambientales, frente a las cuales el individuo responde. Las intervenciones derivadas de este enfoque se fundamentan en la aplicación de principios de aprendizaje y condicionamiento — tanto clásico como operante— establecidos en contextos experimentales, y no en inferencias clínicas. En el condicionamiento clásico, el aprendizaje se produce a partir de la asociación entre un estímulo inicialmente neutro y otro con significado, mientras que el

condicionamiento operante explica la adquisición de conductas a través de las consecuencias que siguen a una acción, incrementando o disminuyendo la probabilidad de su repetición futura.

Por su parte, las terapias de segunda generación incorporan de manera central los pensamientos y las emociones en la explicación de la conducta. Este enfoque sostiene que las creencias disfuncionales y los esquemas desadaptativos de procesamiento de la información influyen en la experiencia emocional y condicionan las respuestas conductuales. En este sentido, el foco de intervención se desplaza hacia las variables intrapsíquicas que median entre el estímulo y la respuesta, constituyéndose en blancos clínicos de modificación. Las técnicas desarrolladas desde este modelo se encuentran más próximas a la práctica clínica, siendo Aaron T. Beck (1976) uno de sus principales referentes teóricos y clínicos.

### **Psicooncología desde la TCC**

La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) constituye una de las modalidades de intervención psicológica con mayor respaldo empírico y aplicación en el ámbito oncológico, en virtud de su efectividad para disminuir el malestar emocional y favorecer una mejor calidad de vida en los pacientes. Este enfoque se orienta a la detección y reestructuración de pensamientos disfuncionales, así como a la modificación de conductas desadaptativas, promoviendo estrategias de afrontamiento más saludables frente al sufrimiento asociado a la enfermedad oncológica. (Faller H. et al., 2013, citado en Ramírez Hurtado, C. & Ramos Hurtado, V., 2025).

Siguiendo a estos autores, la Terapia Cognitivo-Conductual ha mostrado resultados favorables en el abordaje del dolor y de diversos efectos secundarios asociados a los tratamientos oncológicos, tales como la fatiga, las náuseas y las alteraciones del sueño. Desde

este enfoque, se busca identificar y modificar pensamientos disfuncionales que pueden intensificar la percepción del dolor o el malestar físico.

Del mismo modo, la TCC ha evidenciado eficacia en la mejora de la adherencia terapéutica en pacientes con cáncer. A través del trabajo sobre el miedo, la ansiedad y la desmotivación, esta modalidad de intervención favorece un mayor compromiso con el tratamiento, contribuyendo a disminuir el riesgo de abandono de este.

Además, Grassi L., 2017, citado en Ramírez Hurtado, C. & Ramos Hurtado, V., 2025, destacan que las personas con diagnóstico oncológico suelen enfrentarse a elevados niveles de incertidumbre respecto a su futuro, así como a dificultades para afrontar el estrés asociado a la enfermedad. En este contexto, la Terapia Cognitivo-Conductual contribuye a la identificación y modificación de patrones de pensamiento disfuncionales vinculados al proceso de enfermedad, favoreciendo el desarrollo de actitudes más adaptativas frente a la adversidad.

“La terapia Cognitivo – Conductual (TCC) se ha convertido en las últimas tres décadas en la orientación psicoterapéutica que ha recibido mayor evidencia empírica y experimental sobre su eficacia y efectividad en una gran diversidad de problemas y trastornos psicológicos” (Ruíz, Díaz & Villalobos, 2012, p. 17, citado en Toro, Barragán & Aguiar., 2019)

Desde el enfoque de la Terapia Cognitivo-Conductual, los objetivos de la intervención psicológica en el contexto oncológico pueden organizarse en dos grandes ejes: por un lado, el abordaje de las problemáticas psicológicas asociadas a las distintas etapas de la enfermedad —diagnóstico, tratamiento y período de seguimiento— y, por otro, el manejo de los efectos secundarios derivados de los tratamientos oncológicos, tales como náuseas, vómitos, dolor,

alteraciones del sueño, incontinencia y disfunción sexual (Galindo et al., 2013, como se citó en Toro et al., 2019).

En este sentido, los pacientes oncológicos se enfrentan a múltiples desafíos físicos y emocionales, frente a los cuales la TCC ha demostrado eficacia en la disminución de niveles de estrés, ansiedad, depresión, dolor, fatiga e insomnio, así como en la promoción de estrategias de afrontamiento más adaptativas (Galindo et al., 2013, como se citó en Toro et al., 2019).

Desde el enfoque cognitivo-conductual, se consideran una serie de características centrales que orientan la intervención terapéutica. Entre ellas, se destaca el rol fundamental de las variables cognitivas como mecanismos causales del malestar psicológico, así como el hecho de que muchos de los objetivos específicos de los procedimientos y técnicas se centran en dichas variables. Asimismo, la TCC se apoya en el análisis funcional de los factores que mantienen el trastorno, poniendo un especial énfasis en los aspectos cognitivos.

En este marco, se emplean estrategias tanto conductuales como cognitivas con el propósito de modificar las cogniciones disfuncionales. A su vez, se subraya la importancia de la verificación empírica, el carácter generalmente breve de la terapia, el trabajo colaborativo entre terapeuta y paciente, y el rol activo y directivo del terapeuta dentro del proceso terapéutico (Becoña & Oblitas, s.f. citado en Toto et al., 2019).

Por otro lado, las intervenciones cognitivo-conductuales se sustentan en una amplia base científica y experimental. Si bien su objetivo principal es el cambio conductual, este se comprende de manera integral, considerando la interacción entre variables cognitivas, emocionales y físicas, entre otras dimensiones del ser humano. Desde esta perspectiva, la conducta es entendida como aprendida, por lo que el aprendizaje constituye un eje central del

proceso terapéutico. En este sentido, resulta fundamental la articulación entre evaluación e intervención, lo que permite comprender que la TCC orienta su abordaje hacia la persona y la modificación de su comportamiento (Ruiz, Díaz & Villalobos, 2012 citado en Toro et al., 2019).

Finalmente, Toro et al., concluyen que la Terapia Cognitivo-Conductual ofrece a los pacientes oncológicos diversas herramientas orientadas a regular y contener el impacto emocional asociado tanto al diagnóstico como al tratamiento de la enfermedad. Desde este enfoque, el proceso terapéutico se centra en la interacción entre pensamientos y conductas, promoviendo cambios a través del aprendizaje que permiten la modificación de comportamientos y la reestructuración cognitiva.

Asimismo, la Terapia Cognitivo-Conductual es una de las intervenciones más empleadas en el ámbito oncológico, debido a su respaldo empírico y a la eficacia demostrada en el fortalecimiento de estrategias de afrontamiento frente a la enfermedad y sus tratamientos. (2019)

### **Técnicas de relajación**

La relajación tiene como objetivo reducir el estado de activación fisiológica, facilitando la recuperación de la calma, el equilibrio mental, y la sensación de paz interior, sus efectos, por tanto, no pertenecen solo a una mera dimensión fisiológica sino que también afectan a procesos emocionales, cognitivos y conductuales.

El entrenamiento en relajación es un proceso de aprendizaje gradual en reducción de la activación para así afrontar de una forma eficaz diversas situaciones. Muchos beneficios que produce sobre la salud y el equilibrio mental son mediados a través del sistema nervioso autónomo (SNA) y su control sobre los sistemas automáticos y hormonales del cuerpo.

Los cambios más Significativos están mediados por su influencia en el equilibrio de las dos ramas del sistema nervioso autónomo: la rama Simpática que regula funciones de alerta y defensa como la temperatura del cuerpo, el ritmo cardíaco, el ritmo respiratorio, la circulación de la sangre y la tensión en tejidos musculoesqueléticos, entre muchas otras, y la rama Parasimpática, que regula funciones de ahorro y reposo, disminuyendo el consumo de oxígeno, y reduciendo las funciones fisiológicas de los mismos órganos y sistemas, por ejemplo, el ritmo cardíaco y respiratorio, el consumo de oxígeno, la presión arterial y los niveles de hormonas de estrés como la cortisona. Adicionalmente, el sistema nervioso puede disminuir su actividad general y mostrar un incremento de algunos neurotransmisores, como la serotonina, que modulan la actividad neuronal, induciendo de esta forma sensaciones de tranquilidad y alegría, que asociadas a la disminución del tono muscular (distensión), inducen relajación muscular.

Una persona en estado de relajación experimenta:

- Respiración tranquila, profunda y rítmica
- Relajación muscular
- Sensación de calor interno y cutáneo
- Latido cardíaco rítmico y suave
- Reducción del nivel de ansiedad
- Mejoría de la percepción del esquema corporal
- Sensación de paz y equilibrio mental

Para la aplicación de técnicas de relajación, existen una serie de condiciones que son requeridas o sugeridas para cualquier procedimiento, entre las cuales se encuentra la elección de ropa y lugar adecuado, instrucciones claras y precisas por parte del terapeuta, como así

también la utilización de un tono de voz suave y tranquilo. Asimismo, es importante la comprensión del paciente acerca de la utilidad y adecuación de la técnica a su problema.

### **Relajación progresiva de Jacobson**

Su desarrollo se debe a Edmund Jacobson (1939) quien comprobó en su laboratorio de fisiología clínica de Chicago que tensando y distendiendo una serie de músculos y percibiendo las sensaciones corporales que se producían, se eliminaban casi por completo las tensiones y contracciones musculares, induciéndose un estado de relajación profunda. En el procedimiento original de Jacobson se describían más de sesenta ejercicios y varios meses de entrenamiento para lograr un nivel de relajación aceptable, en la actualidad los procedimientos basados en la Relajación Progresiva (RP) son considerablemente más breves en tiempo de entrenamiento y en número de ejercicios implicados.

Una de las adaptaciones del procedimiento original más utilizadas en el ámbito de la terapia cognitivo conductual es la de Bernstein y Borkovec que consiste en practicar con 16 grupos musculares, teniendo una duración en torno a 30-40 minutos en las primeras semanas, posteriormente, conforme se adquiere mayor destreza en la práctica de la técnica, se reduce tanto la duración como el número de ejercicios, pasando a realizar ejercicios con cuatro grupos musculares (brazos, cabeza, tronco y piernas) o en uno sólo que implique a todo el cuerpo. Aunque evidentemente, el procedimiento de Bernstein y Borkovec guarda mucha similitud con el método de Jacobson, también es cierto que existen diferencias importantes que señalar entre los procedimientos modificados y el original (Lehrer, Woolfolk y Goldman, 1986, citado en Ruiz et al, 2012).

El método de relajación progresiva de Jacobson se caracteriza por un marcado énfasis en el componente fisiológico de la respuesta de relajación. Su objetivo principal es la modificación de los niveles de tensión muscular, trabajando sobre ellos de manera directa mediante

ejercicios sistemáticos de tensión y relajación. Este abordaje busca que la persona logre identificar focos de tensión muy específicos y sutiles, desarrollando una mayor conciencia corporal de los distintos grupos musculares. En este método, las sesiones se orientan principalmente al aprendizaje técnico del procedimiento, priorizando la correcta ejecución de los ejercicios por sobre la exploración de los estados cognitivos y emocionales asociados a la relajación. La generalización de las habilidades adquiridas se alcanza fundamentalmente a través de la práctica diaria, con especial énfasis en la aplicación de la técnica en situaciones que generan un alto impacto emocional.

Por su parte, los procedimientos de relajación modificados incorporan, además del componente fisiológico, un mayor énfasis en los aspectos cognitivos y conductuales del proceso. Estos enfoques no solo atienden a la percepción de la tensión física, sino también a la tensión emocional y a los estados cognitivos que acompañan la experiencia de relajación. A diferencia del método de Jacobson, se centran en la detección de niveles de tensión y relajación de forma más global, favoreciendo una vivencia integral del estado de calma. En este marco, las sesiones no se limitan al aprendizaje técnico, sino que buscan facilitar la experimentación consciente de las sensaciones propias de la relajación. Asimismo, la generalización del estado relajado se promueve mediante el uso de palabras o señales que funcionan como estímulos condicionados, permitiendo evocar la respuesta de relajación de manera más rápida y eficiente en distintos contextos.

### **Procedimiento de la relajación progresiva**

El procedimiento para la relajación progresiva consiste en tensar y destensar los diferentes grupos musculares tomando conciencia de las sensaciones que se producen en cada situación. Durante la fase de tensión, la contracción del músculo debe notarse, facilitando así la percepción de las sensaciones asociadas a la tensión, a su vez la percepción de la tensión

lleva a discriminar mejor y la respuesta de relajación subsiguiente, y a abundar en ella. En la fase de distensión no se debe de realizar ningún esfuerzo activo y simplemente consiste en permanecer pasivo experimentando el alargamiento muscular que se produce al soltar rápidamente toda la tensión.

Es preciso tener en cuenta una serie de indicaciones específicas (Chóliz, 1998, citado en Ruiz et al., 2012):

- Se trata de seguir una secuencia ordenada y procurar que sea la misma en todas las ocasiones (comenzando por las manos y acabando por los pies, o viceversa)
- El tiempo de duración de la tensión debe ser de unos cuatro segundos aproximadamente, para pasar inmediatamente a relajar el musculo dejándolo suelto.
- Al relajar debe soltarse el musculo de repente, no hay que distenderlo lentamente pues ello requiere un control mayor de los músculos antagonistas.
- Es útil imaginar en cada momento los músculos que está tensando y relajando, especialmente cuando el musculo esta relajado, y notar como se sigue distendiendo por sí mismo después de soltarlo.
- Es aconsejable concentrarse durante un tiempo en la agradable sensación de relajar cada musculo.
- Una vez que se han relajado todos los músculos, es aconsejable hacer un repaso mental de ellos, comenzando del final al principio de la secuencia. Se facilita así la autoexploración de las partes que no se haya logrado relajar convenientemente, no siendo preciso tensar ningún musculo en esta fase.

El entrenamiento en Relajación Progresiva ha sido utilizado en el abordaje de distintos trastornos psicofisiológicos, entre ellos el insomnio, las afecciones vinculadas al sistema cardiovascular, los procesos de dolor, enfermedades crónicas como la diabetes, el asma con

desencadenantes emocionales y el control de los vómitos anticipatorios asociados a la quimioterapia. En estos casos, se ha demostrado su efectividad tanto en la disminución de los síntomas como en la reducción de la potencia de los fármacos (Jacobs, 2001 citado en Ruiz et al., 2012).

### **Técnicas de visualización**

Al conceptualizar la técnica de la visualización, se hace referencia a un proceso cognitivo que implica la activación de los sentidos. Aunque el término “visualización” en español podría sugerir una referencia exclusiva al sentido de la vista, el concepto se aproxima más al vocablo inglés *imagery*, que resulta menos restrictivo, ya que alude a la construcción de imágenes mentales que integran múltiples modalidades sensoriales, tales como la visión, la audición, el olfato, el gusto y las sensaciones kinestésicas vinculadas al movimiento, la posición corporal y el tacto. (Norris P, Porter G., 1991 citado en Valiente M., 2006)

La psicóloga estadounidense Patricia Norris define la visualización como “un proceso intencionado, conscientemente elegido”, es decir, “actúa como un mensaje al inconsciente, incluyendo los elementos subcorticales del cerebro, especialmente el sistema límbico, hipotalámico y la glándula pituitaria; la imaginación se definiría como una “respuesta” espontánea del inconsciente, son los mensajes que acceden del inconsciente al consciente de forma similar a los sueños (Norris P, Porter G., 1991 citado en Valiente M., 2006, p. 20).

Por su parte el oncólogo Carl Simonton, uno de los pioneros en el uso de imágenes mentales en el tratamiento de enfermos de cáncer, entiende por visualización las imágenes producidas por todas las operaciones de la imaginación, tanto conscientes como inconscientes (Freud S. 1893 citado en Valiente M., 2006).

En la actualidad, la visualización se utiliza como recurso psicológico en una amplia variedad de contextos clínicos y no clínicos. Su aplicación se extiende no solo a pacientes oncológicos, sino también a personas con VIH/SIDA, pacientes quemados o con traumatismos, así como en procesos de embarazo y parto, manejo del dolor y reducción del estrés. Asimismo, ha demostrado utilidad en ámbitos diversos como el entrenamiento deportivo, la rehabilitación de soldados, el abordaje del tabaquismo, los trastornos de la conducta alimentaria, el control del peso corporal, entre otros.

## **CAPÍTULO II:**

### **Materiales y Métodos**

#### **Enfoque metodológico**

La práctica profesional supervisada se lleva a cabo de manera presencial en el Servicio de Oncología del Hospital Dr. Marcial V. Quiroga, ubicado en la provincia de San Juan durante un periodo de tres meses, con la supervisión de la psicóloga del servicio y tutora de campo.

A lo largo de las mismas, se desarrollan distintas tareas e intervenciones, como la observación participante en sesiones individuales, consultorios de primera vez destinados a pacientes y familiares, ronda de supervisión de pacientes internados, visitas y seguimiento a pacientes en hospital de día que realizaban su tratamiento, así como también la participación y colaboración en eventos y talleres organizados por la Fundación Caminos que se dedica al acompañamiento del paciente oncológico.

A lo largo de las prácticas, se observan distintas necesidades dentro de la complejidad del paciente oncológico, su tratamiento, familiares y equipo tratante. A partir de la observación y conocimiento de los distintos pacientes, surge el interés por conocer la influencia del malestar emocional en el aumento de la percepción del dolor físico. Es a partir de esto que se plantea la aplicación de técnicas cognitivo-conductuales para favorecer la disminución de la vivencia de dolor total. Para esto se procede a agudizar en la observación de los distintos pacientes para poder identificar a aquellos que manifiesten síntomas que indiquen la probabilidad de tratarse de un caso de dolor total.

El presente trabajo se enmarca en un enfoque metodológico mixto, de tipo cuantitativo-cualitativo. Desde una perspectiva cuantitativa, se busca evaluar la eficacia de las

intervenciones implementadas en el abordaje del dolor y su correlación físico-emocional, mediante la aplicación de instrumentos estandarizados y técnicas basadas en la evidencia. Complementariamente, desde un enfoque cualitativo, se indaga en la vivencia subjetiva del dolor de la paciente, considerando su relato y experiencia personal como fuente relevante de información para la comprensión integral de lo trabajado.

### **Participantes**

El abordaje se realiza con un caso único de una paciente diagnosticada con cáncer de estómago, que presenta un dolor intenso que irradia desde el estómago hacia atrás en la zona de los riñones. La muestra es de tipo intencional, ya que resulta muy clara la identificación de la correlación entre su malestar psíquico y el aumento de su dolor físico, y se identifica claramente la vivencia de dolor total. Esto es posible gracias a la observación de la sesión de consultorio de primera vez y una sesión individual con la psicooncóloga, con la que la paciente comienza su tratamiento destinado al acompañamiento integral durante el proceso de enfermedad.

A partir de esto, se le plantea a la paciente la propuesta de participar en estas intervenciones y, teniendo en cuenta su confirmación de participación voluntaria otorgada en el consentimiento informado, es citada para los encuentros pertinentes.

### **Instrumentos**

En primer lugar, se diseña una entrevista semiestructurada con el objetivo de conocer las distintas dimensiones de la paciente, y el dolor presente en cada una de ellas, pudiendo identificar la interrelación entre los distintos factores que propician la aparición de dolor total, además de identificar estrategias de afrontamiento que posee la paciente frente a vivencias de dolor.

Luego, se eligen dos instrumentos estandarizados para administrar:

Escala Numérica de Dolor (NRS, por sus siglas en inglés), una herramienta estándar de autoinforme comúnmente utilizada sin un único autor propietario, aunque se atribuye su descripción y popularización a varios investigadores a lo largo del tiempo. Es utilizada para evaluar la intensidad del dolor en una escala del 1 al 10.

Termómetro de Malestar Emocional (Distress Thermometer) propuesto por la National Comprehensive Cancer Network (NCCN) con una adaptación transcultural al español versión 2.2018 para población colombiana (Muñoz Medina, Sánchez Pedraza y del Toro, 2019). Es una herramienta de cribado visual, similar a una escala del 0 al 10, utilizada principalmente en oncología para medir el distrés clínico y necesidades psicosociales en pacientes. Permite a pacientes oncológicos calificar su nivel de malestar emocional e identificar fuentes de malestar a través de una “lista de problemas” la cual incluye malestar emocional, físico, práctico, familiar o espiritual, facilitando una intervención rápida.

Técnica de visualización “Mi lugar seguro”, utilizada en la terapia EMDR (Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares) desarrollada por la psicóloga estadounidense Francine Shapiro en 1987. Esta técnica se utiliza ampliamente como técnica de autorregulación emocional. Se trata de un ejercicio guiado en imaginación que ayuda a la persona a crear un espacio en su mente en el que se pueda sentir a salvo. Puede imaginar un lugar real o inventarlo, basándose en entornos de paz y bienestar. El objetivo es que, mediante la visualización de ese lugar, la persona reduzca su nivel de activación y pueda gestionar mejor sus emociones ante situaciones estresantes o ansiógenas.

## **Intervenciones**

Las intervenciones son diseñadas para abordar la vivencia de dolor total y la disminución del mismo. Se organizan en tres encuentros en total; los dos primeros compuestos cada uno por distintas fases: evaluación inicial, aplicación de instrumentos y revaloración con las escalas aplicadas al inicio. El tercer encuentro es destinado a la devolución de la paciente, con el objetivo de destacar lo observado en los encuentros y fortalecer sus capacidades y estrategias de afrontamiento.

En la primera intervención, se realiza una introducción a la paciente acerca de los objetivos de la investigación, temática de abordaje y explicación de las distintas intervenciones planificadas para realizar en el primer encuentro.

En primer lugar, se realiza la aplicación de una entrevista semiestructurada, con la cual se busca indagar en la sintomatología, características del dolor, duración, estrategias y recursos utilizados para el tratamiento del mismo, así como también preguntas orientadas a las distintas dimensiones de la persona, relacionadas con lo social, psicológico, espiritual y físico. Posteriormente, se aplica la Escala numérica de dolor, en donde se solicita a la paciente calificar su dolor en ese momento, en una escala del 0 al 10, en donde cero se refiere a ausencia de dolor y diez se refiere al mayor dolor posible. Luego de esto, se procede a la segunda etapa de la intervención, en la cual se realiza una reducción de la técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson, que consiste en tensar y luego relajar distintos grupos musculares para reducir la activación fisiológica (tensión, taquicardia, respiración acelerada) y generar sensación de calma. Con esta técnica se busca:

- Bajar el nivel general de tensión.
- Enseñar al cuerpo a diferenciar tensión vs, relajación.

- Interrumpir el ciclo ansiedad – tensión – aumento de ansiedad.
- Mejorar foco y regulación emocional.

Esta técnica consiste en realizar primeramente una respiración profunda y controlada con los ojos cerrados, para lo cual se solicita a la paciente realizar de 2 a 3 respiraciones lentas por nariz, exhalando por la boca, para luego comenzar con una secuencia programada de tensión – relajación de distintos grupos musculares, la cual consiste en tensar fuerte (sin dolor) durante 5-7 segundos, soltar repentinamente y percibir la diferencia durante 10-15 segundos. Los grupos musculares son los siguientes:

- Manos y antebrazos: cerrar el puño.
- Brazos: flexionarlos como “haciendo fuerza”.
- Hombros: elevarlos hacia las orejas.
- Cara: frente (arrugar como sorprendido), ojos (cerrarlos fuerte) y mandíbula (morder suavemente).
- Cuello: llevar mentón hacia el pecho (suavemente, sin dolor)
- Pecho: inhalar y expandir, como conteniendo el aire.
- Abdomen: apretar el abdomen como si recibiera un golpe. En este caso, como el dolor se encuentra en el estómago, se le aclaró a la paciente que si le dolía tensionar, en lugar de eso podía hacer una respiración y llevar el aire hacia esa zona.
- Piernas y glúteos: tensar glúteos, estirar piernas, llevar puntas de pie hacia arriba.
- Pies: llevar dedos hacia dentro y luego hacia afuera.

Luego de esta secuencia, se indica hacer una respiración profunda y observar cómo está el cuerpo comparado con el momento previo a la realización de la técnica.

Posteriormente, se realiza una revaloración con la escala numérica de dolor, para así poder comprobar si hay resultados positivos luego de la relajación. Además, se realiza un breve cierre del encuentro haciendo énfasis nuevamente en los beneficios y objetivos de la técnica, sugiriendo además aplicarla por su cuenta en los casos en que fuera necesario o de dolor más intenso.

En el segundo encuentro se inicia con la aplicación del “Termómetro de malestar emocional”, con el cual se valora el grado de malestar emocional, entendiendo a este como la presencia de sufrimiento subjetivo clínicamente significativo (DSM 5), asociado a síntomas emocionales, cognitivos o conductuales. Se trata de una experiencia displacentera multifactorial que interfiere con la habilidad para enfrentar efectivamente el cáncer, sus síntomas físicos y/o su tratamiento. Este inventario consiste en una primera valoración similar a la escala numérica, pero en este caso se le solicita a la paciente que indique del 0 al 10 cuánto malestar emocional ha experimentado en los últimos 7 días incluyendo el momento de la evaluación. Por otra parte, se realizan preguntas a las cuales el paciente debe responder sí o no, con las que se indaga acerca de la presencia o no de problemáticas en los últimos 7 días incluyendo el momento de la toma. Los problemas se dividen en las siguientes categorías: prácticos, familiares, emocionales, religiosos o espirituales y físicos.

Luego de esta valoración, se aplica una técnica de visualización denominada “Mi lugar seguro”. La técnica de visualización tiene como objetivo general modificar la experiencia emocional y conductual del paciente a través del trabajo con imágenes mentales, entendidas como representaciones cognitivas con fuerte impacto afectivo. El objetivo de esta es poder disminuir los niveles de ansiedad y malestar, logrando mantener una respiración tranquila y controlada, identificando cómo se encuentra su cuerpo, y poder viajar con la imaginación hacia un lugar que genere paz y seguridad.

Se inicia solicitando a la paciente que piense en un lugar, conocido o imaginario, que represente un lugar seguro, tranquilo, generador de paz. Luego se debe indagar acerca de las características del lugar: sonidos, olores, texturas, objetos, colores, etc. Se realiza una indagación lo más completa posible, ya que esas características serán utilizadas al momento de la visualización para poder guiar al paciente en la misma. A continuación, el paciente cierra los ojos, se indica que se ponga en una posición cómoda, ya sea acostado o sentado, y se realizan 2 o 3 respiraciones lentas. Luego se comienza a describir lentamente el lugar, haciendo hincapié en las características de este, las sensaciones que genera, teniendo en cuenta los cinco sentidos. Luego de un tiempo, se invita al paciente a elegir un objeto de ese lugar que pueda llevarse. Posteriormente, de forma lenta y pausada, se va guiando al paciente a volver al consultorio y abrir los ojos cuando se sienta preparado.

Finalizada la visualización, se pregunta al paciente cómo se sintió, qué le generó este ejercicio, y se le explica que este es un lugar seguro al que puede recurrir en los momentos que considere necesarios. Para esto, el objeto elegido va a funcionar como un botón que lo va a enviar directamente a ese lugar, pudiéndolo utilizar como herramienta o recurso para regular sus emociones, disminuir la ansiedad y angustia.

Luego de la aplicación de esta técnica de visualización, se realiza una revaloración con el Termómetro de malestar emocional para evaluar si hay diferencias en el grado de percepción de malestar una vez realizada la visualización.

### **Análisis de datos**

El análisis de los datos se realiza en función del enfoque metodológico mixto adoptado en el presente trabajo, integrando información de carácter cuantitativo y cualitativo. En primer lugar, los datos cuantitativos obtenidos a partir de los instrumentos estandarizados son

analizados con el objetivo de observar posibles variaciones en los niveles de dolor y en su correlato físico-emocional a lo largo del proceso de intervención.

De manera complementaria, el análisis cualitativo se centra en la información relevada a través de la entrevista clínica, la cual permite acceder a aspectos subjetivos significativos de la experiencia de la paciente. A partir de su relato, se obtiene información relevante acerca de la percepción del dolor antes y después de la aplicación de las técnicas, el impacto emocional de las intervenciones, la movilización afectiva generada, así como la descripción de situaciones vinculadas a la ansiedad y al dolor. Asimismo, se analizan las estrategias de afrontamiento desplegadas por la paciente, junto con la presencia y el significado del apoyo social y de sus redes de contención.

La integración de ambos tipos de análisis permite una comprensión más amplia e integral del fenómeno estudiado, articulando los cambios observables con la vivencia subjetiva de la paciente en el marco del abordaje terapéutico.

### **Consideraciones éticas**

El presente trabajo se desarrolla respetando los principios éticos fundamentales que rigen la investigación y la práctica profesional en psicología, especialmente en contextos de particular vulnerabilidad, como el ámbito oncológico. Se garantiza en todo momento la participación voluntaria de la paciente, resguardando su autonomía y bienestar.

Previo al inicio de las intervenciones, se obtiene el consentimiento informado por escrito, en el cual se explicitan de manera clara los objetivos del trabajo, la garantía de confidencialidad y anonimato de la información, el carácter no obligatorio de la participación y el derecho a interrumpirla en cualquier momento, sin que ello implique consecuencias negativas. Dicho

consentimiento es explicado de forma verbal y comprensible a la participante antes de comenzar el proceso de intervención.

A lo largo de todo el trabajo se resguarda la confidencialidad de la información recolectada, omitiendo cualquier dato que pudiera permitir la identificación de la paciente en los registros, análisis y presentación de los resultados. Asimismo, las intervenciones se llevan a cabo en un marco de respeto, contención emocional y cuidado ético, procurando adecuarse a las condiciones del contexto institucional y a las necesidades de la paciente.

Cabe destacar que todas las intervenciones se realizan bajo la supervisión y presencia de la tutora de campo, garantizando un encuadre profesional adecuado. Dentro de las posibilidades del ámbito hospitalario, se procura generar un espacio que favoreciera la privacidad, la escucha activa y el respeto por la vivencia subjetiva de la paciente.

### **CAPÍTULO III:**

#### **Resultados**

A continuación, se exponen los resultados obtenidos y la experiencia subjetiva vivenciada en las intervenciones.

Resulta relevante destacar la actitud colaborativa de la paciente, la cual es un factor clave para la implementación de las técnicas. A lo largo de todo el proceso, manifiesta una marcada apertura y disposición, no solo para participar del trabajo de investigación, sino también una actitud de confianza respecto de las intervenciones realizadas, al considerarlas potenciales recursos beneficiosos para su bienestar y lo que atañe al presente trabajo, con un marcado entusiasmo en que los resultados puedan ser útiles para otros pacientes.

A partir de los objetivos específicos planteados en este estudio, los resultados obtenidos incluyen los datos derivados tanto de la entrevista semiestructurada como la información obtenida mediante los instrumentos estandarizados NRS y Termómetro de Malestar emocional, junto con las técnicas de relajación y visualización.

Los datos permiten conocer el grado de intensidad del dolor al inicio y posteriormente a la realización de las técnicas, así como la eficacia de estas para la disminución del síntoma de dolor. Además, aportan información relevante en cuanto a los posibles causantes de la aparición o aumento del dolor, así como también las estrategias de afrontamiento utilizadas por la paciente para paliar el síntoma y el nivel de malestar emocional presente.

A través de la entrevista, se exploran las emociones predominantes, problemas y preocupaciones actuales y el manejo de la paciente ante estas situaciones, su enfermedad y tratamiento. Por otro lado, las escalas permiten conocer el grado de dolor y malestar

emocional en determinados momentos. Por último, la observación de los cambios corporales y gestuales durante la realización de las técnicas, relato de la paciente y movilización emocional manifiesta permiten ampliar la comprensión integral de su vivencia.

### **Perfil general de la participante**

A partir de la entrevista, se posibilita la obtención de información acerca de las distintas dimensiones del dolor que componen el concepto y vivencia del dolor total.

Se trata de una paciente de 60 años, diagnosticada con cáncer de estómago que se encuentra actualmente en tratamiento de quimioterapia. El inicio del tratamiento farmacológico coincide temporalmente con la implementación de las intervenciones psicológicas, lo cual puede representar un beneficio adicional, incluso de carácter preventivo, al realizarse el abordaje desde las primeras etapas del proceso terapéutico.

Se destaca la presencia y el acompañamiento constante de una de sus hijas durante el tratamiento, incluyendo controles médicos, asistencia a turnos y la realización de diversos trámites, lo que constituye un recurso significativo de apoyo familiar.

Cabe aclarar que, en el caso de esta paciente, las sesiones de quimioterapia no se realizan de manera ambulatoria, sino que requieren internación durante la administración del tratamiento y las 48 horas posteriores, debido a la necesidad de un monitoreo clínico estrecho por parte del equipo tratante, en función de antecedentes médicos relevantes. En este contexto, el segundo encuentro se lleva a cabo durante una de las internaciones.

Esta caracterización general permite contextualizar y facilitar la comprensión de los datos que se presentan a continuación.

## **Resultados de la entrevista semiestructurada**

A continuación, se presentan los resultados obtenidos a partir de la entrevista semiestructurada realizada a la paciente. Esta herramienta permite acceder a información relevante sobre la vivencia subjetiva del dolor, así como a los aspectos emocionales, cognitivos, sociales y existenciales asociados al proceso de enfermedad y tratamiento. Los datos recabados constituyen un material fundamental para comprender el modo en que la paciente experimenta el dolor total y para contextualizar los efectos de las intervenciones realizadas.

A continuación, se desarrollan los aspectos relacionados con el dolor físico de la paciente, incluyendo los antecedentes de enfermedades y las características actuales del síntoma, con el fin de contextualizar su experiencia de dolor dentro del proceso de enfermedad. Como antecedentes de enfermedades físicas, la paciente refiere diagnóstico de diabetes. En relación con el dolor físico, la paciente refiere la presencia de un dolor irradiado que se inicia en la región epigástrica, próxima al pecho, y se extiende hacia la espalda, a nivel de la zona correspondiente al riñón izquierdo. Dicho dolor se manifiesta con anterioridad al diagnóstico oncológico, aproximadamente siete meses previos al momento de la evaluación. Expresa que “el mayor dolor es a las cuatro am, en la madrugada. Me despierto de repente porque la intensidad del dolor es muy fuerte, como si me doliera el ciático.”, siendo la noche el momento en donde se vuelve más intolerable. Describe el mismo como una sensación punzante, y afirma que en general es constante.

En cuanto a factores que modifican el grado de intensidad, manifiesta que se produce un aumento ante situaciones de nervios o tensión, a partir de las cuales se hace más punzante. Por otro lado, entre las cosas que la alivian, destaca la aplicación de calor en la zona, y expresa que “hablar de las cosas también baja mi ansiedad y estoy menos tensa”.

La paciente evaluada está actualmente con un tratamiento farmacológico indicado por el médico paliativista del servicio de Oncología, el cual consiste en Tramadol, la mitad de paracetamol de 1gr, y 18 gotas de Dexametasona, cada 4 horas. Esto le ayuda en general durante el día, evitando que el dolor llegue a su punto máximo. En una oportunidad se le prescribió clonazepam; no obstante, refiere no haberlo incorporado al tratamiento debido a la percepción de estar consumiendo una cantidad elevada de medicación. Tiene antecedentes psiquiátricos de crisis de pánico, sin tratamiento farmacológico ni terapéutico.

En relación con el dolor emocional, la paciente refiere sentir angustia y desesperación ante la aparición del dolor. Manifiesta que a veces no puede incluso respirar sin dolor. Entre las emociones vivenciadas, se destaca el enojo, ya que, según su relato, “estoy haciendo todo lo que me dicen los médicos, pero el dolor no se pasa”. Por otro lado, reconoce ser una persona con características ansiosas, al mismo tiempo que reconoce que ha empeorado desde la aparición del dolor, ya que no le permite estar bien. Su mayor preocupación es el estado de salud de su madre ya que, anteriormente, antes de su diagnóstico, la paciente la cuidaba, iba a su casa todos los días, se ocupaba de su higiene y vestimenta; le resulta difícil y frustrante no poder ir a cuidarla. Manifiesta que antes de su diagnóstico y de comenzar con estas limitaciones, tenía una meta clara para levantarse cada día: ir a casa de su madre a cuidarla. Sin embargo, en su relato reconoce que esta situación también afectó mucho su vida social y matrimonial, ya que dedicaba mucho tiempo al cuidado de su madre, estaba demasiado involucrada. A raíz de esta situación, tenía muchas discusiones con su esposo, el cual le hacía reclamos de que no pasaba mucho tiempo con él, llegando incluso a la situación en la que la paciente se plantea tener que elegir entre su madre o su matrimonio. Ella estaba decidida a que no iba a abandonar a su madre. Sin embargo, esta era una situación que la mantenía constantemente en tensión.

La paciente expresa que en los momentos donde se produce aumento del dolor, las emociones predominantes que aparecen son enojo y desesperación. Al indagar acerca de si tiene conciencia de la presencia de algún pensamiento, preocupación o recuerdos de alguna situación vivida o actual en los momentos previos a la aparición o aumento del dolor, manifiesta que lo relaciona con la preocupación por el estado de su madre y el deterioro de la relación matrimonial. En este último caso, ejemplifica con el siguiente relato: “Ayer discutimos con mi marido por algo insignificante, yo me alteré e inmediatamente sentí un dolor punzante en el estómago, porque me puse muy tensa, y de ahí me fue aumentando el dolor cada vez más.”

Las limitaciones que padece la paciente a partir de su diagnóstico de enfermedad han afectado su rutina diaria, sobre todo con relación al cuidado de su madre. Lamenta no poder dedicarse a ella “como antes”; actualmente, se encarga de comprarle los medicamentos, pañales y todo lo necesario, y un hermano suyo se los lleva a su madre.

Se encuentra preocupada por su hija menor, ya que la ve muy afectada y angustiada; comenta que, al hablar por llamada telefónica, su hija le pregunta cómo se encuentra y automáticamente comienza a llorar al hablar del proceso de enfermedad. Por otro lado, reconoce contar con el apoyo familiar, sobre todo en la logística de acompañamiento a turnos médicos y controles; sin embargo, expresa que en su casa se siente un poco ahogada, porque no la dejan hacer nada, hacen todas las tareas de la casa por ella: cocinar, limpiar, hacer las compras. Tiene la sensación de que están muy “encima de ella”, a pesar de que ella comunicó este malestar a su familia. Le cuesta especialmente no poder encargarse de las tareas de la casa y la dedicación más absoluta a su madre. Le resulta difícil aceptar la situación de que la estén llevando y trayendo a los lugares que vaya. Además, durante mucho tiempo se dedicó a

la pintura en vidrio y madera, la fabricación de pesebres y adornos navideños en cerámica, actividad que disfrutaba mucho y que ya no puede realizar.

Al indagar acerca de su dimensión espiritual o trascendental, apareció la inquietud acerca del “por qué”, del sentido. Manifiesta que desde el diagnóstico de su enfermedad, es recurrente la pregunta de “¿por qué me pasa esto, por qué a mí?”. El relato de la paciente es el siguiente: “me pregunto ¿por qué a mí? si siempre hice todo bien, me cuidé, me alimenté bien. Y hay un silencio en mi cabeza, no encuentro la respuesta a eso.”

Considera que el dolor la ha llevado a reflexionar acerca de su vida y replantearse muchas cosas. Expresa que son momentos en donde mira hacia atrás, hacia el pasado, y surge el arrepentimiento acerca de muchas cosas, especialmente en el desarrollo de su relación matrimonial, por no haber hecho las cosas de otra manera.

Por otro lado, manifiesta un gran deseo de vivir y salir adelante, aprovechar su vida. Tiene muchas ilusiones de seguir disfrutando con sus nietos, además de que está esperando la llegada de otro. Además, tiene la esperanza de recuperar su matrimonio.

En el transcurso de estos meses, desde la aparición del dolor, la paciente ha descubierto algunas estrategias de afrontamiento, algunas más efectivas que otras. Entre las estrategias que utiliza, se encuentra principalmente el recurrir a la ducha de su baño, donde transcurre largos ratos bajo el agua, dejando que caiga sobre todo en su espalda, lo cual calma un poco su dolor. Sin embargo, esto ha llegado a hacerlo hasta 6 veces por día. Además, recientemente descubrió una postura en donde el dolor disminuye un poco, que consiste en sentarse en una silla, abrirse de piernas e inclinar su cuerpo hacia adelante, apoyándose en una mesa, con el torso estirado. Esto sumado a la aplicación de una toalla caliente sobre la zona del dolor. Por otro lado, caminar en algunas ocasiones le ayuda un poco.

Considera que, ante situaciones difíciles en general, siempre las enfrenta y tiene una actitud de ir para adelante. Siempre ha sido fuerte y ha puesto todo de sí para enfrentar las situaciones difíciles.

### **Indicadores de la Escala numérica del dolor**

La aplicación de esta escala como primer acercamiento al dolor de la paciente, resulta muy esclarecedora para poder continuar con las sucesivas técnicas. Como se mencionó anteriormente, en la consigna se le solicita al paciente que exprese cuánto dolor experimenta en ese momento, con un número del 0 al 10, en donde 0 es ausencia de dolor y 10 es el mayor dolor posible. La paciente califica su dolor al momento de la evaluación con el número 6, que corresponde a la clasificación de dolor moderado (4 – 6).

### **Resultados de la técnica de relajación muscular progresiva**

Posteriormente a la entrevista, se procede a avanzar con la aplicación de la técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson. Se le indica a la paciente colocarse en la posición más cómoda posible, estando sentada con la espalda erguida. Se inicia con 2-3 respiraciones lentas y profundas, manteniendo los ojos cerrados en todo momento. Al comienzo se observa, a nivel corporal y gestual, cierta ansiedad en niveles normales frente a la realización de la técnica, la cual va disminuyendo a medida que transcurre la misma. Luego, se le explica a la paciente la realización de la secuencia de tensión-relajación de distintos grupos musculares.

En todo momento, la paciente manifiesta una actitud colaborativa, siguiendo las distintas consignas e indicaciones. Al finalizar la secuencia, se realiza nuevamente una respiración profunda en la cual se hizo énfasis en percibir la diferencia del estado del cuerpo antes y después de la relajación. Luego de esto, se indica abrir lentamente los ojos.

El ejercicio resulta muy satisfactorio, ya que los primeros comentarios de la paciente resultan positivos acerca de la ayuda que le supone la técnica. Manifiesta haber logrado disminuir los niveles de ansiedad y tensión, pudiendo llegar a un estado de más calma y relajación.

### **Revaloración de la Escala numérica del dolor**

Una vez finalizada la técnica de relajación muscular progresiva, se avanza a la última instancia del primer encuentro, en donde se aplica nuevamente la Escala numérica del dolor, para comprobar si hay presencia de cambios en la percepción del dolor luego de la realización de la técnica. En esta ocasión, la paciente califica su dolor con el número 2, correspondiente a la clasificación de dolor leve (1-3).

### **Segunda intervención**

La segunda intervención coincide con una internación de la paciente con el motivo de realizar la administración y seguimiento del tratamiento de quimioterapia. En el transcurso de la entrevista, refiere que dos días antes había concurrido a la Iglesia luego de aproximadamente veinte años, manifestando haber sentido una necesidad interna de hacerlo. En esa ocasión recibió el sacramento de la Confesión, la Comunión y la Unción de los Enfermos. Según su relato, ese día presentaba un elevado nivel de dolor, aunque decidió asistir de todos modos. Posteriormente, expresa haber regresado a su hogar más tranquila y comenta que pudo acostarse y dormir durante toda la noche sin dolor ni despertares.

Asimismo, relata que al día siguiente se levantó con una actitud positiva y con disposición para afrontar la primera sesión de quimioterapia, manifestando sentirse “preparada mental, física y espiritualmente”. Desayunó, se arregló y se preparó para el tratamiento; sin embargo, al concurrir a la institución, surgió un inconveniente con una de las medicaciones, la cual no se encontraba disponible. A partir de esta situación, refiere haberse puesto nerviosa y de mal

humor, solicitando a su hija regresar a su domicilio, dado que la quimioterapia no podría realizarse ese día. En ese contexto, percibe la reaparición del dolor y un marcado malestar emocional durante el resto de la jornada.

Al día siguiente, la paciente pudo ser internada para la administración de la quimioterapia, coincidiendo esta instancia con la realización de la segunda intervención psicológica.

Si bien este hecho no constituye una intervención específica en el marco de las Prácticas Profesionales, se considera relevante su inclusión debido a que permite observar cómo la atención a la dimensión espiritual de la paciente se asoció a una disminución significativa del dolor y de los niveles de ansiedad frente al inicio del tratamiento oncológico.

### **Indicadores del Termómetro de malestar emocional**

Como se mencionó anteriormente, el Termómetro de malestar emocional es un inventario a través del cual se indaga acerca de cuánto malestar emocional experimentó el paciente los últimos 7 días, incluyendo el día de hoy. Se le pide que coloque un número del 0 al 10 que represente su malestar emocional, siendo 0 ausencia de malestar emocional y 10 el mayor malestar emocional posible. Al momento de la administración la paciente coloca el número 10, lo cual indica la presencia de un malestar emocional extremo. A continuación, se realiza el cuestionario acerca de la presencia o no de problemáticas en los últimos 7 días, al cual debe responder sí o no. Durante el desarrollo de la entrevista, la paciente se exploya ampliamente en sus respuestas, evidenciándose una marcada necesidad de verbalizar su experiencia. A lo largo del relato se observa la presencia de un elevado malestar emocional, expresado a través de un discurso centrado en el sufrimiento y en la necesidad de compartirlo. La extensión y profundidad de sus respuestas dan cuenta de la importancia que adquiere la palabra como vía de expresión del dolor en su vivencia actual.

En los resultados se observa la ausencia de problemas prácticos, como son el cuidado de los hijos, casa seguridad financiera, etc. Por otro lado, en referencia a problemas familiares, la paciente destaca la relación con su marido. Además, en el apartado de problemas emocionales, se encuentra la presencia de depresión, miedo, nerviosismo, tristeza y la pérdida de interés en actividades habituales. Por otro lado, refiere la presencia de preocupaciones religiosas o espirituales, pero aclarando que no son problemas internos, sino que tiene más que ver con su círculo cercano que le insiste en realizar distintas prácticas o actividades religiosas que no son de la Iglesia Católica, a la cual ella pertenece. Es decir, su malestar está mayormente vinculado a la insistencia de la gente de hacer lo que a ellos les parece adecuado. En relación con los problemas físicos, manifiesta experimentar los siguientes: cambios en la orina, constipación, cambios en la alimentación, fatiga, sensación de debilidad, indigestión, relacionados con la memoria y concentración, náuseas, claramente dolor, piel seca, dificultades para dormir y hormigueo en manos y pies. Estos síntomas estarían más relacionados al tipo de tumor que presenta.

### **Resultados de la Técnica de visualización “Mi lugar seguro”**

Una vez finalizada la administración del inventario de termómetro de malestar emocional, se procede a explicar a la paciente en qué consiste el ejercicio de visualización que se va a realizar. En primer lugar, se le indica a la paciente colocarse en una posición cómoda y relajada, cerrando los ojos y comenzando con una respiración lenta y profunda. Se procura crear un clima de tranquilidad e intimidad, a pesar de las posibles interrupciones propias del Hospital.

Cuando se solicita a la paciente que piense en un lugar real o imaginario, conocido o no, que sea seguro para ella, se percibe una gran dificultad para realizarlo, lo cual genera en ella angustia y desconcierto. Se intenta ayudarla con este ejercicio, aclarando que no debe que ser

necesariamente un lugar ideal o perfecto, sino uno donde ella se sienta con paz y seguridad. Luego de esto, expresa que podría ser el baño de su casa, porque cuando le cae el agua de la ducha se siente tranquila; a partir de esto, se la invita a pensar en un lugar con agua, posibilitando a la paciente recordar un lugar en Ullum al que fue hace mucho tiempo, lo cual facilita la obtención de más elementos para realizar la visualización. Describe un lugar en Zonda, a orillas de un río por el que corre abundante agua. Allí es capaz de ver arena, un sol brillante, pasto verde, un cielo celeste “único”, el brillo del agua y, a lo lejos, algunos chalets. Los sonidos de ese lugar son del agua corriendo y el canto de los pájaros. Destaca que es un lugar lleno de paz, “sin voces ni gritos”. Entre otras sensaciones, menciona el aroma de las algas y la arena húmeda, como así también un aire fresco propio de una mañana muy temprano.

La descripción aportada por la paciente es registrada para su posterior utilización como elemento orientador en la guía de la técnica de visualización.

En primer lugar, se le indica a la paciente colocarse en una posición cómoda y relajada, cerrando los ojos y comenzando con una respiración lenta y profunda. Se procura crear un clima de tranquilidad e intimidad, a pesar de las posibles interrupciones propias del Hospital.

El ejercicio lo realiza con los ojos cerrados, y a medida que es guiada en la visualización con los distintos elementos, resulta particularmente notable la forma en que se relaja su cuerpo y sus expresiones faciales. En determinado momento, se le pide que imagine cómo sus dedos tocan la arena, sintiendo su textura y temperatura, a partir de lo cual por iniciativa propia hace el gesto con la mano como si la estuviera tocando realmente.

Por otro lado, la paciente elige como objeto representativo, una piedra del lugar, la cual posee realmente en su casa desde que fue en una oportunidad físicamente a dicho lugar. Al finalizar

el ejercicio volviendo de a poco a la habitación y abriendo lentamente los ojos, se observa una gran movilización emocional. Al mismo tiempo, se percibe una gran sensación de alivio, que también es expresado verbalmente por la paciente. Manifiesta que el dolor experimentaba durante ese día en la boca del estómago, desaparece por completo.

Una vez finalizada la técnica, se le explica que ese objeto elegido es un recurso que sirve para poder volver a ese lugar seguro en los momentos de ansiedad o angustia.

### **Revaloración del Termómetro de malestar emocional**

Finalmente, la última etapa de la intervención consiste en realizar nuevamente la toma del Termómetro de malestar emocional, y se solicita a la paciente colocar un número, del 0 al 10, para indicar cuánto malestar emocional experimenta en ese momento. La paciente califica su malestar emocional con el número 4, correspondiente a la clasificación del malestar en un nivel medio (4-6).

## CAPÍTULO IV:

### **Discusión**

El diagnóstico y el tratamiento del cáncer implican un elevado impacto emocional y constituyen un acontecimiento profundamente disruptivo en la vida de las personas. En la mayoría de los casos, este proceso se encuentra acompañado por un intenso sufrimiento, que no se limita únicamente al plano físico, sino que también involucra dimensiones psicológicas y espirituales. En este sentido, resulta fundamental comprender el dolor del paciente en su carácter multidimensional, ya que ello permite un abordaje más integral y adecuado, orientado a aliviar el sufrimiento, favorecer la calidad de vida y contribuir a una mayor eficacia de los tratamientos.

Desde el enfoque cognitivo-conductual, en articulación con el marco teórico de la psicooncología y el concepto de dolor total, el presente estudio permite identificar la presencia de dolor en las diversas dimensiones de la persona y aplicar intervenciones específicas orientadas a la disminución del dolor y del malestar emocional. A partir de esta experiencia clínica, es posible integrar los resultados obtenidos con los fundamentos conceptuales desarrollados a lo largo del marco teórico. De este modo, y a partir de una lectura clínica de los hallazgos, se analiza el alcance de las intervenciones realizadas y sus aportes al campo de la Psicooncología en el abordaje de pacientes oncológicos.

Los resultados obtenidos reflejan una importante influencia y correlación entre malestar emocional y dolor físico. Esto permite comprobar cómo la atención y abordaje del dolor desde otra dimensión de la persona, no solo desde lo estrictamente médico o farmacológico, tiene un resultado positivo a nivel global de la persona. Además, se puede apreciar la eficacia de las técnicas cognitivo-conductuales aplicadas, ya que buscan principalmente la

disminución del síntoma de dolor y malestar emocional, permitiendo trabajar puntualmente con recursos concretos y obteniendo beneficios a corto plazo. Esto puede apreciarse muy claramente en la realización de la técnica de visualización, ya que refleja en el resultado un impacto positivo en la disminución del malestar emocional, confirmado por las verbalizaciones de la paciente. Asimismo, tanto la visualización como la relajación progresiva se constituyen como recursos terapéuticos valiosos, susceptibles de ser incorporados a la vida cotidiana de la paciente, favoreciendo el desarrollo de estrategias de afrontamiento más adaptativas y funcionales frente al malestar y el dolor.

Estos hallazgos permiten comprender la relevancia de la dimensión emocional en la experiencia de dolor de la paciente. La necesidad de verbalizar su malestar y la centralidad del sufrimiento en su discurso se articulan con el concepto de dolor total, en tanto ponen de manifiesto que el dolor no se limita a lo físico, sino que involucra aspectos psicológicos y afectivos que impactan directamente en la vivencia global de la enfermedad. Desde la psicooncología, este tipo de manifestaciones refuerzan la importancia de generar espacios de escucha y contención emocional como parte del abordaje integral del paciente oncológico.

De este modo, las técnicas demuestran la posibilidad de aliviar “lo urgente” del sufrimiento de la persona, para poder luego continuar trabajando en profundidad.

En consonancia con lo expuesto, las escalas de valoración de dolor y malestar emocional y la realización de una revaloración luego de las técnicas y ejercicios aplicados, sugieren la confirmación de que un abordaje e intervención dirigidos al dolor emocional tienen consecuencias positivas en la disminución del dolor físico.

## **CAPÍTULO V:**

### **Conclusiones**

En relación con el proceso de obtención de resultados y la aplicación de las intervenciones, puede señalarse que la experiencia resulta mayormente exitosa. Los objetivos propuestos son alcanzados de manera adecuada y, en algunos aspectos, los resultados obtenidos incluso superaran las expectativas iniciales. Asimismo, se observa un alto grado de claridad en los efectos de las intervenciones realizadas, lo que permite una comprobación empírica explícita de su impacto en el contexto de la práctica, favoreciendo la validación de las decisiones clínicas adoptadas.

Por otra parte, las intervenciones realizadas resultan especialmente ricas en términos clínicos, dado que la paciente logró expresarse en sus respuestas verbales en mayor medida de lo esperado o planificado inicialmente. Este nivel de elaboración discursiva permite acceder a información relevante que no había sido anticipada en el diseño original de las intervenciones, ampliando la comprensión de su vivencia subjetiva y de los factores implicados en su malestar. Además, esto permite apreciar el valor clínico de la palabra del paciente. La emergencia de estos contenidos aporta datos significativos a tener en cuenta, favoreciendo un abordaje más ajustado a las necesidades de la paciente y enriqueciendo el análisis clínico posterior. De este modo, la experiencia no solo posibilita la aplicación de técnicas específicas, sino también la apertura de un espacio de expresión que resulta significativo dentro del encuadre disponible.

A partir de los resultados observados, se concluye que la atención a la dimensión espiritual constituye un componente relevante en el alivio del sufrimiento en pacientes oncológicos. La experiencia analizada demuestra que la vivencia espiritual se asocia a una disminución del

dolor y del malestar emocional, incluso en un contexto de inicio de tratamiento oncológico. Estos hallazgos refuerzan la conceptualización del dolor total y subrayan la necesidad de abordajes psicológicos integrales que contemplen las distintas dimensiones de la experiencia subjetiva del paciente.

En cuanto a las limitaciones encontradas durante la práctica, se reconoce que una de las principales dificultades se presenta en el desarrollo de la segunda intervención. A diferencia de un encuadre de consultorio, el hecho de estar internada en una habitación compartida con otras dos pacientes constituye un contexto atravesado por múltiples interrupciones externas. Durante el transcurso de la intervención ingresan enfermeros y médicos, se abren puertas y se producen ruidos propios de la dinámica hospitalaria, lo cual dificulta el sostenimiento de un encuadre terapéutico ideal. No obstante, al cuidar el encuadre dentro de las posibilidades del contexto institucional, a pesar de las interrupciones, la paciente logra mantenerse mayormente enfocada en la técnica aplicada, permitiendo que la intervención pueda desarrollarse sin una afectación significativa de su proceso. Esta situación pone de manifiesto una de las limitaciones estructurales propias del ámbito hospitalario, donde las condiciones físicas y organizacionales suelen restringir el espacio terapéutico.

Por otro lado, otra limitación relevante se encuentra vinculada al tiempo disponible para el abordaje. Si bien hubiera sido deseable realizar un mayor número de encuentros, las intervenciones se ven acotadas debido a que la paciente comienza con su tratamiento en las últimas semanas de las prácticas profesionales. Esta situación implica la necesidad de diseñar intervenciones focalizadas, orientadas a aspectos concretos y urgentes de la demanda, principalmente al alivio del dolor, el cual la paciente manifiesta como difícil de tolerar.

En este marco, se considera que la elección de técnicas pertenecientes a la primera y segunda generación de la terapia cognitivo-conductual resultó adecuada para este caso. Dadas las

limitaciones temporales y la intensidad del malestar físico y emocional de la paciente, un abordaje basado en terapias de tercera generación, como la Terapia de Aceptación y Compromiso, presenta mayores dificultades de implementación. En momentos en los que el dolor resulta incapacitante incluso para la reflexión, trabajar sobre procesos de aceptación habría sido poco viable. Por lo tanto, se prioriza la identificación y aplicación de técnicas con mayor probabilidad de efectividad en la disminución del síntoma, considerando tanto las condiciones del contexto hospitalario como las necesidades inmediatas de la paciente. Esta decisión clínica permite intervenir de manera ajustada a la realidad situacional, priorizando el alivio del sufrimiento en un marco de tiempo limitado.

En este sentido, resulta especialmente significativo recuperar el testimonio de María Requena, enfermera de cuidados paliativos que atravesó su propia enfermedad, quien en los últimos meses de su vida expresó con claridad la necesidad de un abordaje centrado en el cuidado, el alivio del dolor y el acompañamiento humano. Sus palabras sintetizan de manera profunda la importancia de una atención integral y respetuosa de la dignidad de la persona: “Por favor, no me ofertéis la muerte cuando esté cansada por tantos tratamientos, o cuando el dolor aumente, o cuando un día me levante agotada y diga que no puedo más. Demostradme que no soy una carga y que deseáis tenerme. Por favor, ofertadme lo que afortunadamente yo he podido ver y hacer durante años: unos cuidados paliativos de calidad que me quiten el dolor y que me acompañen hasta el final” (Diario ABC, 2020, párr. 4).

Este testimonio pone de relieve que el abordaje del dolor en el contexto oncológico no puede limitarse únicamente a la dimensión física, sino que requiere una mirada integral que contemple las dimensiones psicológica, social y espiritual de la persona. En este marco, la intervención psicológica adquiere un rol fundamental dentro de los cuidados paliativos, orientada no solo a la disminución del sufrimiento, sino también a la preservación de la

dignidad, el sentido y la calidad de vida hasta el final. El presente trabajo se inscribe en esta perspectiva, aportando evidencia clínica sobre la relevancia de intervenciones cognitivo-conductuales en el abordaje del dolor total en pacientes oncológicos.

En relación con la formación académica, se propone a la carrera de Licenciatura en Psicología la inclusión, dentro del programa curricular obligatorio, del estudio de problemáticas vinculadas a la enfermedad oncológica, así como una formación específica en el abordaje psicológico de pacientes con cáncer. Asimismo, se considera relevante ampliar las posibilidades de acceso a prácticas profesionales en el área de la psicooncología, generando oportunidades de experiencias vivenciales que permitan a los estudiantes un acercamiento temprano y significativo a esta especialidad.

La importancia de este aporte se fundamenta en el aumento sostenido de la incidencia del cáncer, el cual constituye una problemática relevante de salud pública. En este sentido, resulta fundamental considerar la implicancia de la psiquis tanto en el proceso de la enfermedad como en el sostenimiento de los tratamientos, así como el impacto que el diagnóstico y el curso de la enfermedad generan en la subjetividad de los pacientes, configurándose como un acontecimiento disruptivo y crítico en la vida de las personas.

Asimismo, se considera necesario fortalecer, dentro de la materia optativa de Psicooncología, la relevancia de la formación profesional en estas temáticas, entendiendo que esta especialidad trasciende la mera aplicación de la psicología al cáncer. En este marco, se destaca la importancia de promover la formación integral de los estudiantes, incluyendo el desarrollo emocional y profesional, dado la elevada demanda de atención psicológica que presentan los pacientes oncológicos y las particularidades que implica su acompañamiento.

Finalmente, se propone a la institución hospitalaria la incorporación de profesionales especializados en psicooncología, así como la creación de espacios de entrenamiento en habilidades sociales y comunicacionales, orientados a favorecer la expresión emocional y una adecuada gestión de las emociones. Asimismo, se sugiere continuar con el diseño y la planificación de encuentros sostenidos en el tiempo que permitan la implementación de técnicas cognitivo-conductuales de tercera generación, tales como la Terapia de Aceptación y Compromiso, mindfulness, el abordaje desde los valores y el sentido de vida.

## REFERENCIAS

- Cabrera Macías, Y., López González, E., López Cabrera, E., & Arredondo Aldama, B. (2017). La psicología y la oncología: una unidad imprescindible. *Revista Finlay*, 7(2), 115–127.  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S222124342017000200007&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S222124342017000200007&lng=es&tlng=es)
- Clark, D. (2014). *“Total pain”: The work of Cicely Saunders and the maturing of a concept*. University of Glasgow End of Life Studies.  
<https://endoflifestudies.academicblogs.co.uk/total-pain-the-work-of-cicely-saunders-and-the-maturing-of-a-concept/>
- Cruzado, J. A. (2003). La formación en psicooncología. *Psicooncología*, 1, 9–19.  
<https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0303110009A>
- Díaz, M., Ruiz, M., & Villalobos, A. (2012). Historia de la terapia cognitivo-conductual. En *Manual de técnicas de intervención cognitivo-conductuales* (pp. 29–50).  
[https://www.academia.edu/37198981/Historia\\_de\\_la\\_Terapia\\_Cognitivo\\_Conductual](https://www.academia.edu/37198981/Historia_de_la_Terapia_Cognitivo_Conductual)
- Fajardo-Chica, D. (2023). Sobre el concepto de dolor total. *Revista de Salud Pública*, 22, 368–372.  
<https://doi.org/10.15446/rsap.V22n3.84833>
- Holland, J. C., Breitbart, W. S., Jacobsen, P. B., Lederberg, M. S., Loscalzo, M. J., & McCorkle, R. (2010). *Psycho-oncology* (2nd ed.). Oxford University Press.
- Hurtado, C. R., Hurtado, V. R., & Hurtado, C. R. (2025). La importancia de la psicooncología para el paciente con cáncer y su entorno familiar. *Revista Boliviana de*

*Psiquiatría.*

[https://www.academia.edu/144307098/REVISTA\\_BOLIVIANA\\_DE\\_PSIQUIATR%C3%8DA\\_5to\\_n%C3%BAmero](https://www.academia.edu/144307098/REVISTA_BOLIVIANA_DE_PSIQUIATR%C3%8DA_5to_n%C3%BAmero)

International Association for the Study of Pain. (2020). *IASP definition of pain*.

<https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/>

Kessler, D. (2016). *Sobre el duelo y el dolor*. Editorial Luciérnaga.

Muñoz Medina, S., Sánchez Pedraza, R., & del Toro Rubio, M. (2019). Adaptación transcultural al español de la escala *Distress Management* del NCCN versión 2.2018 para su utilización en pacientes oncológicos en Colombia. *Revista Colombiana de Cancerología*, 23(2), 70–78. <https://doi.org/10.35509/01239015.12>

Noguera, S. (2021). *Mi lugar seguro*. Psicología Buenamente.

<https://psicologiabuenamente.com/2021/07/02/mi-lugar-seguro/>

Noval González, A. (2022). Impacto psicológico del paciente con cáncer. *NPunto*, V(56), 30–51.

<https://www.npunto.es/content/src/pdf-articulo/6387598098d75art2.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2020). *Cuidados paliativos*.

<https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/palliative-care>

Organización Mundial de la Salud. (2023). *Cáncer*.

<https://www.who.int/es/health-topics/cancer>

Requena, M. (2020). La carta de una enfermera de paliativos y ahora enferma de cáncer:

“Paliar, no matar”. *ABC*.

[https://www.abc.es/opinion/abci-maria-requena-meana-carta-enfermera-paliativos-y-ahora-enferma-cancer-paliar-no-matar-202002190819\\_noticia.html](https://www.abc.es/opinion/abci-maria-requena-meana-carta-enfermera-paliativos-y-ahora-enferma-cancer-paliar-no-matar-202002190819_noticia.html)

Robert, M. V., Álvarez, C. O., & Valdivieso, F. B. (2013). Psicooncología: un modelo de intervención y apoyo psicosocial. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 24(4), 677–684.

[https://www.clinicalascondes.cl/Dev\\_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2013/4%20julio/14\\_Ps.-Ver-%C2%A6nica-Robert-M.pdf](https://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2013/4%20julio/14_Ps.-Ver-%C2%A6nica-Robert-M.pdf)

Rojas Jara, C., & Gutiérrez Valdés, Y. (2016). Aproximaciones en psicooncología: una breve revisión. En *Psicooncología. Aportes a la comprensión y la terapéutica* (pp. 21–48). Nueva Mirada Ediciones.

Toro Flórez, L. F., Barragán, K. Y., & Jiménez Rubiano, A. (2019). *Características del enfoque cognitivo-conductual en pacientes con cáncer desde una perspectiva psicooncológica*. Corporación Universitaria Minuto de Dios.

<https://repository.uniminuto.edu/server/api/core/bitstreams/fd9a9c31-ed9c-4e01-a5ac-0bd75e1a7199/content>

Valiente, M. (2006). El uso de la visualización en el tratamiento psicológico de enfermos de cáncer. *Psicooncología*, 3(1), 19.

<https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0606130019A/15906>

Vázquez, I. A. (2015). *Manual de psicología de la salud* (2ª ed.). Ediciones Pirámide.

[https://www.academia.edu/69437195/Manual\\_de\\_Psicolog%C3%ADa\\_de\\_la\\_salud\\_2da\\_Edici%C3%B3n](https://www.academia.edu/69437195/Manual_de_Psicolog%C3%ADa_de_la_salud_2da_Edici%C3%B3n)

## ANEXOS

### ANEXO I:

#### Entrevista inicial semiestructurada – Dolor Total

##### 1. Presentación y encuadre

- *“Antes de comenzar con la técnica de relajación, me gustaría conocer un poco mejor cómo es su dolor y cómo lo está viviendo. Esto me va a ayudar a acompañarlo de la mejor manera. ¿Le parece bien si le hago algunas preguntas?”*

##### 2. Dolor físico

###### Intensidad y características

- ¿Dónde siente el dolor actualmente? (irradiación)
- ¿Cuándo comenzó este dolor, recuerda la primera experiencia?
- ¿Tiene antecedentes de enfermedades físicas o psiquiátricas?
- ¿El dolor se mantiene igual durante el día o fluctúa? ¿En qué momentos siente mayor dolor? (número)
- ¿Cómo describiría la sensación? (punzante, quemante, presión, “como tironeo”, etc.)
- ¿Cuánto dura cada episodio o es constante?

###### Factores que lo modifican

- ¿Hay cosas que aumentan su dolor?

- ¿Hay cosas que lo alivian, aunque sea un poco?
- ¿Hay momentos del día en que se hace más difícil de tolerar?

#### Tratamientos actuales

- ¿Está tomando medicación para el dolor?
  - ¿Le está siendo útil?
- 

### 3. Dolor emocional

- ¿Tiene antecedentes psiquiátricos?
  - ¿Cómo se siente emocionalmente con respecto a su dolor?
  - ¿Ha notado cambios en su estado de ánimo desde que comenzó el dolor?
  - ¿Hay emociones que aparezcan especialmente cuando el dolor aumenta?
  - ¿El dolor le genera miedo, angustia, frustración o enojo?
  - En los momentos previos a la aparición o aumento del dolor, ¿tiene algún pensamiento, preocupación o recuerdos de alguna situación vivida o actual?
- 

### 4. Dolor social

- ¿El dolor ha afectado su rutina diaria? ¿Cómo?

- ¿Cómo ha impactado en su familia o en las personas que lo acompañan?
  - ¿Siente que cuenta con apoyo suficiente?
  - ¿Hay actividades que ya no puede realizar y que extraña especialmente?
- 

#### 5. Dolor espiritual / sentido

- ¿En algún momento el dolor le hizo preguntarse “por qué me pasa esto”?
  - ¿Siente que el dolor ha afectado su propósito o sus objetivos en la vida?
  - ¿Hay algo que le dé fuerza o alivio interior en estos días?
- 

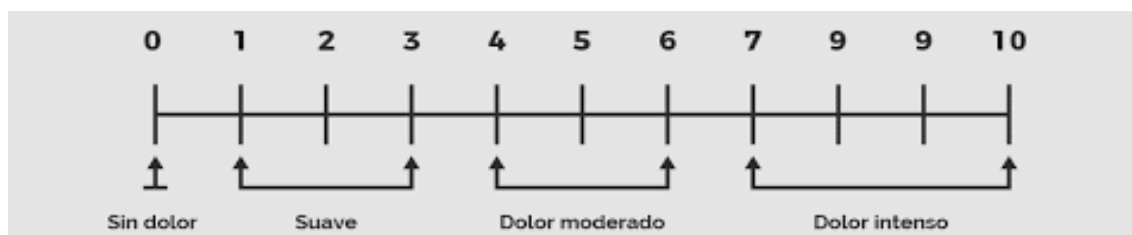
#### 6. Afrontamiento y recursos personales

- ¿Qué estrategias ha usado para manejar el dolor hasta ahora?
- ¿Hay algo que le haya ayudado, aunque sea un poco?
- ¿Cómo suele manejar situaciones difíciles en general?

## ANEXO II:

### Escala numérica de dolor.

Consigna: Del 0 al 10, donde 0 es la ausencia de dolor y 10 es el peor dolor que puede imaginar, ¿qué número describe mejor el dolor que siente ahora mismo?

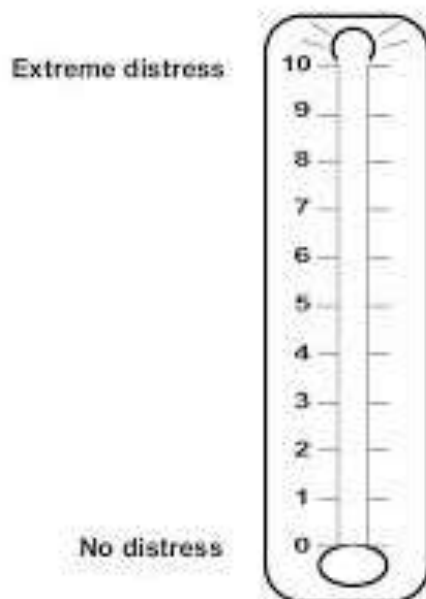


### ANEXO III:

#### Termómetro de malestar emocional.

##### Instrucciones

Marcar con un círculo el número (0 al 10) que mejor describa qué tanto malestar emocional ha experimentado en la última semana, incluyendo el día de hoy.



##### Lista de problemas

Durante la última semana, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas? Marque aquellos que correspondan.

##### Problemas prácticos

- ☐ Problemas de vivienda
- ☐ Problemas económicos
- ☐ Problemas laborales o escolares
- ☐ Transporte
- ☐ Cuidado de hijos u otras personas

##### Problemas familiares

- ☐ Problemas con la pareja
- ☐ Problemas con hijos

- ☐ Problemas con otros familiares

#### Problemas emocionales

- ☐ Tristeza
- ☐ Preocupación
- ☐ Nerviosismo o ansiedad
- ☐ Miedo
- ☐ Pérdida de interés en las actividades habituales

#### Problemas espirituales o religiosos

- ☐ Cuestionamientos sobre el sentido de la vida o la fe

#### Problemas físicos

- ☐ Dolor
- ☐ Sensación de debilidad
- ☐ Fatiga
- ☐ Náuseas
- ☐ Problemas de sueño
- ☐ Falta de apetito
- ☐ Dificultad para concentrarse
- ☐ Otros síntomas físicos

## **ANEXO IV:**

### **Técnica de relajación progresiva de Jacobson**

#### 1. Respiración inicial

Pedir que haga 2–3 respiraciones lentas por nariz, exhalando por boca.

#### 2. Secuencia de tensión–relajación

En cada grupo muscular: tensar fuerte (sin dolor) durante 5–7 segundos, soltar de golpe y percibir la diferencia durante 10–15 segundos.

Manos y antebrazos: cerrar el puño.

Brazos: flexionarlos como “haciendo fuerza”.

Hombros: elevarlos hacia las orejas.

Cara: frente (arrugar como sorprendido) ojos (cerrarlos fuerte) mandíbula (morder suave)

Cuello: llevar mentón hacia el pecho (suave, sin dolor).

Pecho: inhalar y expandir como conteniendo el aire.

Abdomen: apretar el abdomen como si recibieras un golpe.

Piernas y glúteos: tensar glúteos, estirar piernas, llevar puntas de pie hacia arriba.

Pies: llevar dedos hacia dentro y luego hacia afuera.

#### 3. Cierre

Pedir que haga una respiración profunda y observe cómo está el cuerpo ahora comparado con antes.

## **ANEXO V:**

### **Técnica de visualización “Mi lugar seguro”**

Se le solicitó a la paciente que adoptara una posición cómoda, sentada o recostada, procurando relajar el cuerpo y cerrar los ojos si se sentía cómoda haciéndolo. Se le indicó que comenzara a concentrarse en su respiración, realizando inhalaciones profundas y lentas, y exhalando de manera pausada, con el objetivo de favorecer un estado inicial de relajación.

Una vez logrado un ritmo respiratorio más tranquilo, se le propuso imaginar un lugar que le resultara agradable, seguro y tranquilo. Posteriormente, se le pidió que describiera verbalmente ese lugar con la mayor cantidad de detalles posibles, mencionando elementos como los colores, los sonidos, las sensaciones corporales o cualquier otro aspecto que considerara relevante. Esta descripción permitió que la terapeuta contara con los elementos necesarios para guiar posteriormente la visualización de manera más precisa y personalizada.

A continuación, se dio inicio al ejercicio de visualización propiamente dicho, en el cual la terapeuta fue narrando y reconstruyendo el lugar previamente descrito por la paciente, invitándola a imaginarse dentro de ese entorno y a focalizar la atención en las sensaciones de calma, seguridad y bienestar asociadas al mismo. Se le sugirió que, en caso de que aparecieran pensamientos o molestias, intentara observarlos sin detenerse en ellos, volviendo suavemente la atención a la imagen del lugar elegido.

Finalmente, se la guió para que, de manera gradual, fuera tomando nuevamente conciencia del entorno presente, moviendo lentamente el cuerpo y abriendo los ojos cuando se sintiera preparada.

## **ANEXO VI:**

### **Consentimiento informado para TIF en Servicio de Oncología**

San Juan, ..... de..... de .....

#### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Por la presente dejo constancia que he sido informado de las características técnicas del enfoque a aplicar y me han sido respondidas todas las dudas pertinentes.

Declaro que:

- He podido formular las preguntas que he considerado necesarias acerca del estudio.
- He recibido información adecuada y suficiente por el investigador.
- Anonimato y confidencialidad: Comprendo que mi identidad será protegida en todo momento y que no se publicará mi nombre ni se revelará mi identidad.
- Derecho a la negación y retirada: Tengo claro que la participación es voluntaria, que puedo negarme a participar y retirarme en cualquier momento sin que esto afecte mi tratamiento o relación con el profesional.

Tomando ello en consideración, OTORGO mi CONSENTIMIENTO para cubrir los objetivos especificados en el proyecto.

.....

Firma