



TRABAJO FINAL DE GRADO

Espiritualidad y Terapias Complementarias en Pacientes Oncológicos

Facultad de Psicología. Universidad de la República.

Monografía

Estudiante: Natalia Malo Beriao

Cédula de identidad: 5.154.416-2

Tutora: Prof. Adj. Mag. Mariana Zapata

Revisora: Prof. Adj. Mg. Amparo Bazterrica

Febrero 2024

Montevideo, Uruguay

Índice

Resumen.....	3
Abstract.....	4
1. Introducción.....	5
2. Marco Teórico.....	7
2.1 ¿Qué es el cáncer?.....	7
2.2 Paradigma Psiconeuroinmunoendocrinología (PNIE).....	9
2.3 Espiritualidad, Religión y Religiosidad.....	10
2.4 Inicios de la Medicina, Enfermedad y Cura.....	15
2.5 Terapias Alternativas y Complementarias.....	20
2.6 Clasificación de las Terapias Complementarias y Alternativas.....	23
2.7 La Muerte y su Impacto en Pacientes Oncológicos.....	24
2.8 Espiritualidad y Terapias Complementarias.....	27
3. Reflexiones finales.....	33
4. Referencias.....	36

Resumen

A través de este Trabajo Final de Grado (TFG) se pretende explorar los posibles significados de la espiritualidad y las terapias complementarias en el contexto de la enfermedad oncológica, así como su valor para los individuos al enfrentar el diagnóstico y los tratamientos relacionados con el cáncer. El trabajo comienza con una introducción a la temática, comenzando con la definición del cáncer y la incorporación del paradigma de la Psiconeuroinmunoendocrinología (PNIE) para comprender la interrelación mente, cuerpo y espíritu en la enfermedad. Se explora el significado de la espiritualidad, la religión y la religiosidad, situándose en el contexto histórico de la medicina y la concepción de enfermedad y cura, para poder introducir al uso de las terapias complementarias como una práctica que es llevada a cabo desde la antigüedad.

Se considera la definición de terapias complementarias y alternativas, la distinción entre ellas, y la clasificación brindada por el Centro Nacional de Medicina Complementaria y Alternativa (NCCAM) para comprender la diversidad de enfoques. Para finalizar, tomando en consideración diversas investigaciones, el trabajo aborda la relación entre espiritualidad y terapias complementarias, explorando su importancia y el efecto que tiene en los pacientes oncológicos.

De esta manera, este trabajo intentará dar a entender de qué forma la espiritualidad y las terapias complementarias ofrecen significados profundos en la forma de tratar y enfrentar la enfermedad oncológica ante el miedo a la muerte que provoca el diagnóstico y los consiguientes tratamientos.

Palabras claves: Cáncer, Espiritualidad, Terapias Complementarias, Muerte.

Abstract

Through this Final Degree Project (TFG), the aim is to explore the possible meanings of spirituality and complementary therapies in the context of oncological illness, as well as their value for individuals facing the diagnosis and cancer-related treatments. The work begins with an introduction to the topic, starting with the definition of cancer and the incorporation of the Psychoneuroimmunoendocrinology (PNIE) paradigm to understand the interrelation of mind, body, and spirit in illness. The meaning of spirituality, religion, and religiosity is explored, situating them in the historical context of medicine and the conception of illness and cure, in order to introduce the use of complementary therapies as a practice carried out since ancient times.

The definition of complementary and alternative therapies is considered, distinguishing between them, and the classification provided by the National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM) is discussed to understand the diversity of approaches. Taking into account various research studies, the paper addresses the relationship between spirituality and complementary therapies, exploring their importance and the impact they have on oncology patients.

In general terms, this work will attempt to convey how spirituality and complementary therapies offer profound meanings in the way oncological illness is treated and faced, in the face of the fear of death that the diagnosis and subsequent treatments provoke.

Keywords: Cancer, Spirituality, Complementary Therapies, Death.

1. Introducción

A partir del presente trabajo de carácter monográfico en el marco del Trabajo Final de Grado (TFG) de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de la República, se propone como objetivos principales conocer los posibles significados de la espiritualidad y las terapias complementarias en oncología y el valor que tienen para los sujetos al momento de enfrentar el diagnóstico, los tratamientos, y el temor a la muerte.

Durante el año 2021, tuve la oportunidad de realizar una práctica de escucha y orientación en oncología, lo cual me permitió adentrarme en distintas realidades, vivencias y casos relacionados con el padecimiento de la enfermedad oncológica. A través de esta experiencia, comencé a cuestionar y reflexionar sobre la importancia de desarrollar recursos que permitan a las personas transitar y sobrellevar la enfermedad de la mejor manera posible. En este contexto, surgieron dos palabras claves: Espiritualidad y terapias complementarias. Estos conceptos, aunque muchas veces se encuentran en nuestro vocabulario, adquieren otros significados en la vida de las personas cuando enferman.

Según el Registro Nacional de Cáncer (RNC) de la Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer (s.f.), el cáncer es un grupo de enfermedades en las cuales el organismo genera un exceso de células malignas, denominadas cancerosas o cancerígenas, que experimentan una proliferación descontrolada y desordenada en el cuerpo. En Uruguay esta enfermedad representa aproximadamente una cuarta parte de las defunciones registradas en el país, llegando a diagnosticarse alrededor de 17.000 casos nuevos de cáncer cada año, y más de 8.000 uruguayos fallecen a causa de esta enfermedad, convirtiéndola en la segunda causa más frecuente de muerte después de las enfermedades cardiovasculares (Comisión Honoraria de lucha contra el Cáncer, 2023).

Las enfermedades oncológicas no solo afectan a nivel físico, sino que también tienen un gran impacto a nivel psicológico tanto para la persona que lo padece como para su entorno cercano. La mención de la palabra cáncer conlleva una serie de connotaciones y emociones significativas que influyen en la vida de quienes se enfrentan a esta enfermedad (Dubourdieu y Nasi, 2017).

Representa una experiencia devastadora para la mayoría de las personas que reciben este diagnóstico, generando sentimientos de pesar e intensa aprensión. A lo largo de la enfermedad, la persona puede enfrentarse a situaciones que ponen en peligro su integridad psicosocial, creando incertidumbre en relación con el tratamiento y confrontando constantemente la posibilidad de recurrencia o la muerte. Además de las necesidades fisiológicas, las personas experimentan necesidades de índole psicológica, social y espiritual que impactan en su calidad de vida de manera integral (Otto y Páramo González del Campo, 1999, citado por Gallegos y Hernández, 2008).

La espiritualidad, en su esencia más profunda, ha sido objeto de exploración desde diversas perspectivas, evidenciando la complejidad inherente a su definición. Desde el punto de vista de diversos autores, la espiritualidad se considera como un componente innato del ser humano, brindándole motivación y la capacidad de buscar significado en la vida. Este enfoque plantea cuestionamientos fundamentales sobre el origen, la identidad y el bienestar espiritual, fortaleciendo las habilidades de adaptación ante diversas situaciones vitales (McClain, Rosenfeld y Breitbart, 2003, citado por Gallegos y Hernández, 2008). Se relaciona con la forma en que las personas experimentan, expresan y/o buscan significado, propósito y trascendencia, así como la manera en que se conectan con el momento presente, consigo mismas, con los demás, con la naturaleza, con lo significativo y/o lo sagrado (Nolan, Saltmarsh y Leget, 2011).

Por otro lado, autores como Arias (2011) enfatizan que la espiritualidad no es inherentemente individual, sino que constituye una construcción social, cultural e históricamente contextualizada. No puede ser considerada como una esencia fija, sino más bien como una construcción que está enraizada en lo social e histórico, una construcción que cada sociedad y cultura va elaborando en sus propios contextos de vida, otorgando un sentido único a su existencia.

Esta dicotomía nos lleva a reflexionar sobre cómo integrar estas perspectivas en un enfoque de atención integral y centrado en la persona. ¿De qué manera estas distintas formas de percibir a la espiritualidad pueden influir en las decisiones terapéuticas y en la calidad de vida de los pacientes oncológicos? ¿Cómo afecta al proceso de afrontamiento y recuperación del paciente?

Muchas personas recurren a las terapias complementarias como herramienta para buscar el bienestar espiritual. Estas terapias plantean enfoques que permiten brindar apoyo a la salud de la persona, ya sea en términos de prevención, tratamiento o recuperación. Se centran en considerar al individuo en su totalidad, abordando su mente, cuerpo y espíritu (Ceolin et al., 2009).

Los pacientes frecuentemente recurren a estas terapias con el propósito de aliviar los efectos secundarios de los tratamientos, o como una estrategia de afrontamiento psicológico y espiritual que les brinda una sensación de mayor control sobre su situación y les ayuda a mantener una actitud más positiva, esperanzadora, frente a los desafíos que conlleva una enfermedad oncológica (Herrera, Espinoza y Huaiquian, 2020).

Con el fin de profundizar en este tema relevante y en constante evolución, se realizará una revisión de la literatura científica disponible, realizando un recorrido antropológico del surgimiento y significado de la enfermedad y la cura, analizando estudios e investigaciones y teniendo en consideración distintas perspectivas teóricas.

2. Marco Teórico

2.1 ¿Qué es el cáncer?

Tomando en consideración lo planteado por Chiozza (2010), el cáncer se define como un conjunto de células que dejan de obedecer las restricciones impuestas por el organismo pluricelular al que pertenecen, proliferando de manera descontrolada. Para adquirir esta autonomía, las células cancerosas necesitan superar las barreras tanto internas como externas que buscan prevenir este comportamiento. Por lo general, el inicio de la enfermedad oncológica se origina a través de una alteración conocida como mutación en una única célula, que luego avanza a través de múltiples etapas en las que se generan más mutaciones. Estas mutaciones son heredadas por las células descendientes cuando se dividen y se reproducen. La expansión cancerosa, según la perspectiva actual de la oncología, se inicia a partir de una única célula que, al eludir todas las barreras, adquiere una expresión o actividad anormal de las claves presentes en los genes y las proteínas.

Según Barthe (1997): El cáncer es una palabra que engloba muchas y diferentes enfermedades que se caracterizan por el crecimiento incontrolado de las células. Estas enfermedades están provocadas por trastornos genéticos y muy pocas veces son hereditarias. El impacto que produce la palabra cáncer sobre el enfermo y su entorno familiar-social es enorme. Este impacto puede llegar a ocasionar graves trastornos psicológicos, emotivos, afectivos que son, en ocasiones, tan importantes como la enfermedad que los ha producido. Por este motivo es necesario que exista una colaboración entre el personal experto en estas cuestiones (los psicólogos) con el equipo sanitario (médicos y enfermeros) (p. 11).

Desde el punto de vista del paradigma Psiconeuroinmunoendocrinología (PNIE), podríamos definir el cáncer como una condición que surge debido al crecimiento anómalo e incontrolado de un conjunto de células en un organismo que presenta un sistema inmunológico y una red de comunicación PNIE disfuncionales o en estado de falla, careciendo de la habilidad para identificar estas células y eliminarlas (Dubourdieu y Nasi, 2017).

El cáncer se manifiesta como resultado de un desajuste, una alteración generalizada en el ser humano como un sistema complejo y multidimensional. En presencia de un sistema inmunológico y una red PNIE en situación de falla, un conjunto de células acumula múltiples mutaciones, causadas por agentes carcinogénicos y debido la falta de activación de los mecanismos de reparación, conlleva al desarrollo de un fenotipo de malignidad, pudiendo resultar en el fallecimiento. El desequilibrio puede surgir en cualquiera de los estratos del sistema complejo y multidimensional (biológico, psicológico, social y espiritual), o en una combinación de ellos. Aunque se manifieste en una sola dimensión, el desequilibrio afecta a todas las dimensiones. Representa una alteración global (Dubourdieu y Nasi, 2017).

Según datos obtenidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022), esta enfermedad representa la causa predominante de fallecimiento a nivel global. Durante el año 2020, se asociaron aproximadamente 10 millones de fallecimientos debido a esta condición, lo que se traduce en casi una de cada seis defunciones reportadas. Los tipos de cáncer más frecuentes engloban los casos de mama, pulmón, colon, recto y próstata.

En Uruguay, se registran alrededor de 17.100 nuevos casos de cáncer y más de 8.000 uruguayos fallecen debido a esta enfermedad. Los cánceres más frecuentes incluyen el cáncer

de pulmón y próstata en hombres, así como el cáncer de cuello de útero, mama y colorrectal en mujeres. Por otro lado, se han registrado aumentos significativos en las tasas de mortalidad ajustadas por edad en el cáncer de pulmón en mujeres, así como en el cáncer de páncreas, riñón y melanoma en ambos sexos (Comisión Honoraria de lucha contra el Cáncer, 2023).

Cerca de un tercio de las muertes ocasionadas por cáncer son atribuibles al consumo de tabaco, a un índice de masa corporal elevado, al uso de alcohol, a una reducida ingesta de frutas y verduras, y a la insuficiente actividad física (OMS, 2022).

Una vez más, notamos que los aspectos emocionales no se mencionan, lo que sugiere que todavía es necesario reconocer en el ámbito de la salud su influencia en el desarrollo de las enfermedades (Zapata, 2015).

2.2 Paradigma Psiconeuroinmunoendocrinología (PNIE)

Basada en un fundamento científico, la Psiconeuroinmunoendocrinología (PNIE) proporciona una explicación de cómo los sistemas psicológico (SP), nervioso (SN), inmunitario (SI) y endócrino (SE) interactúan mutuamente influenciados por el entorno. Cualquier modificación en uno de estos sistemas repercutirá en toda la compleja red de la PNIE, lo que conlleva una nueva perspectiva holística no solo respecto al proceso de salud-enfermedad, sino también a la esencia misma de la vida. Las perturbaciones en uno de estos sistemas resultan en cambios en los demás. Por ejemplo, si una persona experimenta una depresión o estrés crónico (considerado como una alteración en los sistemas nervioso y psicológico), esto también generará alteraciones hormonales en el sistema inmunológico o de defensa del organismo (Dubourdieu y Nasi, 2017).

La pregunta esencial en las investigaciones referentes a los elementos psicosociales asociados al progreso del cáncer abarca el mecanismo mediante el cual estas variables ejercen su influencia. Una hipótesis sólida se refiere al impacto de la personalidad y la tensión en el sistema inmunológico. El sistema inmunológico se encuentra activamente comprometido en la detección y eliminación de las células cancerosas antes de que puedan formar tumores. La eficacia del sistema inmunológico se ve notablemente moldeada por los agentes de tensión psicológica y por la forma en que las personas afrontan estos desafíos (Sánchez et al., s.f.).

Dubourdieu y Nasi (2017) en su enfoque integral del ser humano como una entidad fusionada de cuerpo, mente y espíritu en relación con el entorno, plantea que no es posible dissociar lo biológico de lo psicológico. Cada faceta del individuo - cuerpo, mente y espíritu - se entrelaza dinámicamente con las otras en un flujo ininterrumpido. Dicha autora, explica que la PNIE no se limita a la relación entre tres sistemas aislados: nervioso, endócrino e inmune, sino que incorpora una comprensión en cinco dimensiones. La dimensión biológica, cognitiva, Psicoemocional-Vincular, Socio-Ecológica, y la Dimensión Espiritual-Trascendental, la cual abarca motivaciones, valores y la búsqueda de sentido en la vida.

Cada dimensión representa una unidad de energía e información que interactúa con las otras dimensiones, influyendo mutuamente en un proceso simultáneo que conforma la intrincada complejidad que define al ser humano (Dubourdieu y Nasi, 2017).

2.3 Espiritualidad, Religión y Religiosidad

La práctica espiritual es hoy un componente plenamente integrado en la vida diaria de muchas personas, por ejemplo, los ejercicios de meditación son sendas que estas personas siguen a lo largo de toda su existencia, llevándolas hacia su interior, explorando otros niveles de conciencia y adquiriendo un mayor autoconocimiento. La meta es alcanzar lo que se podría describir como la realidad detrás de la realidad, experimentando estados de conciencia trascendentales que escapan a la comprensión de nuestros conceptos y razonamiento cotidianos (Jung, 2016).

Carl Gustav Jung (2016) plantea que: La espiritualidad está ligada a una variedad de sentidos. El concepto se vincula etimológicamente con el latín spiritus (espíritu), que significa estar «lleno del espíritu» o «inspirado», en alusión a una orientación y una práctica vital tanto intelectual como espiritual y religiosa. La espiritualidad hace referencia a todas las formas de religiosidad, con independencia de las confesiones e iglesias, y actualmente es el concepto general que abarca una variedad de fenómenos religiosos ... En el polo opuesto a una espiritualidad o religiosidad abierta al mundo y transformadora puede observarse el entumecimiento de las tendencias fundamentalistas como expresión de una resistencia frente a los cambios e innovaciones basada en el miedo (p. 9-10).

Abarca la interrelación entre lo esencial y lo sagrado, se manifiesta a través de las experiencias de la vida. De esta manera, se convierte en una dimensión de la persona, marcada por la conexión con el yo, con los demás, con la naturaleza y con la existencia en sí misma (Mousavi y Akdari, 2010). La espiritualidad nos plantea interrogantes acerca del significado y propósito de la vida, sin estar necesariamente restringida a algún conjunto específico de creencias o prácticas (Jiménez, 2005). Se caracteriza por transmitir una sensación de armonía, plenitud y totalidad en la vida de la persona (Mousavi y Akdari, 2010).

Según Kahler (1953, citado por Lemos, 2010), el ser humano se concibe como el ser espiritual, ya que al auto pensarse y vincular sus vivencias con un significado trascendental, logra entenderse más allá de su funcionalidad intelectual y orgánica. En este proceso, construye su identidad personal y social-histórica, y desde esta perspectiva se integra en el mundo, dando lugar a comportamientos específicos hacia los demás y lo diferente, siempre en busca, de alguna manera, de trascender límites. Desde su postura, la espiritualidad es una característica exclusiva del ser humano, que incluye indudablemente discernimiento y voluntad, puede impulsar el surgimiento de un nuevo humanismo y, a su vez, generar un cambio fundamental en el entorno global. El autor en cuestión, destaca la importancia de no mezclar el espíritu con la razón, subrayando que la razón constituye el proceso intelectual que vincula y entrelaza experiencias en secuencias de causa y efecto para derivar conclusiones. Por otro lado, el espíritu, que emana del organismo humano como un todo y lo convierte en una entidad compleja e indivisible, es la fuerza que une, coordina y guía las facetas emocionales y racionales de la existencia humana. Al salir de sí mismo, al interactuar, al experimentar el contacto con otros y con el entorno, el individuo logra encontrarse a sí mismo, tomar conciencia de su existencia y construir su identidad. Este proceso le permite buscar y encontrar significado en lo que le ocurre a él, a los demás y al mundo en su conjunto.

Víctor Frankl (1990, citado por Lemos, 2010), sostiene que el ser humano es existencial y dinámico con la capacidad de trascenderse a sí mismo. Presenta la espiritualidad como la auténtica dimensión de la humanidad, permitiéndole superar las limitaciones impuestas por factores biológicos, psíquicos y sociales. Para él, lo espiritual no es simplemente una característica compartida con el hombre, como lo son lo corporal y lo psíquico, propios también

del reino animal. Más bien, lo espiritual es una distinción única del ser humano, algo que le pertenece exclusivamente a él y, sobre todo, lo define.

En el ámbito de la psicología humanista, Abraham Maslow (1990, citado por Lemos, 2010), introduce el concepto de autorrealización trascendente, dotado de un significado espiritual. Para Maslow, el nivel más alto del desarrollo humano implica la capacidad de los individuos para apreciar la belleza, la verdad, la unidad y lo sagrado en la vida. Dicho autor, describe experiencias cumbre o pico como vivencias o acciones personales que llevan a alcanzar un nivel auténtico como ser humano, donde se experimenta la sensación de integración. Sostiene que las personas enfocadas en actos creativos se sienten más espontáneas y perciben una sensación de gracia en sí mismas.

La palabra trascendencia se encuentra en la mayoría de las publicaciones como un elemento fundamental dentro del ámbito espiritual. Desde un punto de vista etimológico, trascendencia se origina en el latín trans, que significa a través de, y scandere, que denota ascender; en esencia, implica ir más allá de un límite. Sin embargo, en el contexto del concepto de trascendencia, también se alude a lo Absoluto, lo Divino y la realidad primordial (Jung, 2016).

Siguiendo en la línea del mismo autor, los temas relacionados con la espiritualidad tienden a surgir cuando se rompen las rutinas cotidianas de la vida y esta misma se torna problemática. Los desencadenantes pueden variar, desde diversas formas de crisis y eventos que transforman la vida, hasta experiencias que van más allá de la conciencia cotidiana. También pueden derivar de un creciente sentimiento de insatisfacción, la percepción de una carencia, la inquietud y la sensación de que algo esencial falta en la vida. Es en estos momentos cuando algunas personas inician una búsqueda que representa un viaje exploratorio hacia las profundidades de la religiosidad y la trascendencia. La espiritualidad se manifiesta en estos anhelos de profundidad y de un autoconocimiento más amplio (Jung, 2016).

Si bien, la espiritualidad y la religiosidad son conceptos complejos y multidimensionales, tanto en su definición como en su evaluación (Finck Barboza y Forero Forero, 2011) es relevante diferenciar entre espiritualidad, religión y religiosidad, ya que representan aspectos distintos de la vida de una persona.

La religión es un concepto que se utiliza para describir un sistema estructurado de creencias, prácticas y rituales que son compartidos y seguidos por una comunidad o grupo de personas (Emmons y Paloutzian, 2003). Desde la perspectiva del psicoanálisis, la religión ofrece al ser humano doctrinas y promesas destinadas a aliviar los misterios y sufrimientos, prometiendo una compensación en una realidad más allá de la vida terrenal. La idoneidad del sistema religioso para cumplir esta función radica en su capacidad para brindar consuelo y satisfacer deseos, fenómeno identificado como ilusión. Asimismo, se plantea que la religión puede ser analógada a una neurosis obsesiva colectiva, surgida de procesos de desarrollo infantil y manifestada a través de la proyección y generalización de la figura paterna, conocida como el complejo de Edipo (Freud, 1930/1976).

La religiosidad se puede entender como la forma individual en que cada persona expresa sus creencias religiosas y la importancia que les atribuye dentro de un contexto cultural específico (Emmons y Paloutzian, 2003). Es el grado en el que un individuo cree, sigue y practica una religión (Florenzano, 2010). Incluye el conjunto de prácticas llevadas a cabo por aquellos que siguen una religión, como la oración, la lectura de textos sagrados, los rituales, entre otras. Además, se puede definir como una característica personal que se relaciona con un sistema de creencias y que proporciona un sentido estable a lo largo del tiempo, manifestándose en diversas situaciones de la vida de una persona (Emmons y Paloutzian, 2003).

La religiosidad es un sentimiento único, algo que rara vez se abandona, respaldado por la confirmación de muchas personas y con la creencia de estar autorizado a suponerlo en millones de seres humanos. Es como una sensación de eternidad, una experiencia que se asemeja a algo ilimitado, sin fronteras. Es puramente subjetivo, no un artículo de fe. La religiosidad no ofrece ninguna promesa de supervivencia personal, pero sirve como la fuente de la energía religiosa que las diversas iglesias y sistemas religiosos canalizan, dirigen por determinados caminos y, sin duda, también agotan (Freud, 1930/1976).

Para Frankl (1999a, citado por Rodríguez, 2006) la religiosidad puede ejercer una influencia significativa en las decisiones más personales que una persona toma en la vida. Algunas personas sostienen que incluso en aquellos individuos que parecen carecer de religiosidad explícita, podría existir una religiosidad latente o subyacente.

Es un concepto que va más allá de las creencias religiosas. Engloba el sentido de la vida, las motivaciones y los valores personales. Valores como la solidaridad, el respeto a la dignidad humana y al entorno físico-ambiental pueden ser elementos que contribuyen a la armonización o la desorganización de la unidad psico-somática (Dubourdieu y Nasi, 2017).

Tanto la religión como la espiritualidad tienen un impacto significativo en cómo las personas encaran una enfermedad, especialmente en el contexto de una enfermedad oncológica. Estos aspectos contribuyen a fortalecer la esperanza, dar un nuevo sentido a la experiencia y buscar un propósito en la vida, incluso en medio de la enfermedad y la contemplación de la muerte (Núñez, Enríquez e Irarrázaval, 2012).

Bajo esta perspectiva del ser humano, es importante destacar la relevancia del concepto de sentido. Según Frankl (2015), podemos descubrir el sentido de la vida de tres formas: (1) realizando una acción; (2) aceptando los dones de la existencia; (3) por el sufrimiento. En el primer caso, el recurso para alcanzarlo resulta obvio. El segundo y el tercero requieren una explicación. Cuando nos vemos ante una situación inevitable, inapelable e irrevocable (como una enfermedad incurable o un cáncer), la vida brinda la oportunidad de manifestar el valor supremo, de darle significado más profundo: aceptar el sufrimiento. La valentía no radica en el sufrimiento mismo, sino en la actitud hacia él, en la capacidad de resistir. El sufrimiento, de alguna manera, deja de ser sufrimiento cuando descubre un propósito, como sucede en el sacrificio (Frankl, 2015). Sin embargo, es esencial reconocer que esta perspectiva podría generar cierta controversia desde el punto de vista médico, ya que los profesionales de la salud tienen la obligación ética y profesional de identificar el sufrimiento, ubicar en la medida de lo posible su origen y utilizar todos los medios disponibles para brindar al paciente el alivio que busca, con el fin de mitigar su sufrimiento (Rueda, Quevedo y Mendoza-Vega, 1997).

La interpretación del sentido de la vida varía de una persona a otra, de un día a otro y de una hora a otra. Por ende, lo crucial no son las formulaciones abstractas, sino el significado concreto que la vida tiene para un individuo en un momento específico (Frankl, 2015).

La búsqueda de sentido está relacionada con el esfuerzo por comprender, ya sea una situación específica o la vida en su conjunto. También implica la necesidad de integrar nuevas

experiencias en un modelo de realidad más amplio, especialmente para incorporar vivencias imprevistas, como el enfrentarse al diagnóstico de un cáncer (Taylor, 1995).

El diagnóstico de cáncer, al igual que cualquier enfermedad grave, da lugar a profundas reflexiones existenciales: ¿Por qué a mí? ¿Por qué en este momento de mi vida? ¿Cómo permite Dios este sufrimiento? ¿Qué pasará después de mi muerte?. Estas preguntas no ofrecen respuestas inmediatas ni evidentes, pero con el apoyo adecuado, los pacientes tienen la capacidad de redimensionar esta experiencia negativa, encontrando un significado potencialmente positivo. Al enfrentarse a la enfermedad, algunos individuos llegan a verla como oportunidad para modificar su perspectiva de la vida. Desde el momento en que se les comunica el diagnóstico, durante el proceso de tratamiento, la supervivencia, la posibilidad de recurrencia y, finalmente, en la muerte, los individuos se ven confrontados con interrogantes de carácter espiritual que pueden generar sufrimiento o, por otro lado, proporcionarles herramientas para afrontar su enfermedad (Puchalski, 2012).

Estas personas, se esfuerzan al máximo por combatir la enfermedad, manejar sus síntomas y lidiar con los efectos secundarios del tratamiento. Debido a esto, un número considerable de ellas opta por utilizar enfoques de medicina complementaria, que incluyen productos naturales como hierbas y suplementos alimenticios, así como como la acupuntura, mindfulness, masaje terapéutico, y el yoga (National Center for Complementary and Integrative Health [NCCIH], 2021a).

2.4 Inicios de la Medicina, Enfermedad y Cura

Desde sus inicios remotos, la medicina, la espiritualidad y la religión han estado estrechamente vinculadas. A partir del Renacimiento y la Ilustración, marcando el surgimiento de la Modernidad, la religión y las inquietudes espirituales fueron gradualmente percibidas como un posible impedimento para el progreso científico de la medicina o, al menos, como lazos emocionales de escaso valor en la lucha contra la enfermedad (Jiménez, 2005).

Los pioneros de la medicina en la Antigua Grecia, comenzando con Hipócrates, concebían a la persona de manera holística, del griego holos que significa total. En los

santuarios de curación dedicados a Asclepio, el Dios de la medicina, se practicaba una medicina holística que no solo consideraba al individuo como un cuerpo físico, sino que también otorgaba importancia a sus aspectos emocionales, mentales y espirituales. En estos lugares, se empleaba la hipnoterapia, se reconocía el poder sanador de los sueños y se brindaba apoyo a través de la familia y amigos. Se llevaban a cabo diversos rituales de purificación y se consideraban elementos como la alimentación, el ejercicio, la música y la oración como parte del proceso de sanación. Hipócrates sostenía que cuando el alma se ve afectada, el cuerpo también lo hace, y viceversa (Capra, 1985, citado por Castés, 2018).

Platón, por su parte, establecía una conexión entre la salud y la enfermedad y las vicisitudes tanto del cuerpo físico como del alma. La raíz de los trastornos residía en un desorden en la organización de los cuatro elementos fundamentales del mundo material: aire, fuego, tierra y agua. Estas situaciones se reflejaban en el alma y tenían repercusiones en el cuerpo físico. En otras partes del mundo, como en la India, la medicina ayurvédica indicaba, desde tiempos antiguos, que el origen de las enfermedades también estaba relacionado con cambios climáticos, hábitos alimenticios, prácticas de higiene, factores ambientales y estilos de vida (De Lellis, Interlandi y Martino, 2015).

A lo largo de la historia, la preocupación por la salud y la enfermedad ha sido una constante para la humanidad, ya que estas cuestiones son esenciales para nuestra supervivencia. Las primeras sociedades atribuían las enfermedades a la influencia de demonios u otras fuerzas espirituales que poseían y controlaban a las personas. Para recuperarse, se creía que era necesario exorcizar a estos espíritus malignos del cuerpo de la persona afectada (Romero, 2022).

Esta perspectiva parte de la premisa de que, al igual que otros aspectos de la cultura, la medicina practicada por los grupos sociales primitivos en la actualidad refleja en gran medida las creencias y prácticas que existían en los albores de la civilización, antes del desarrollo de la escritura y el registro histórico. A través de diversos estudios realizados en diferentes momentos y en diversas comunidades primitivas en todo el mundo, se han identificado varias características comunes. Entre ellas se encuentran el castigo divino, la inserción de objetos extraños en el cuerpo del paciente, la posesión por espíritus, la pérdida del alma, el mal de ojo, el susto y otras. Incluso las lesiones traumáticas, como heridas de guerra o accidentes, así

como las complicaciones del embarazo o el parto, cuyas causas son aparentes, se interpretaban de manera primitiva como eventos llenos de elementos mágicos o sobrenaturales. Tanto el diagnóstico como el tratamiento de las enfermedades implicaban prácticas y rituales mágicos o religiosos. En estas prácticas, los individuos encargados del cuidado de los pacientes solían ser sacerdotes, brujos o chamanes, a veces desempeñando múltiples roles simultáneamente (Tamayo, 2012). El sanador y el chamán constituían la misma entidad, donde la sanación del espíritu y la recuperación del cuerpo eran prácticas integradas (Florenzano, 2010).

Vinculado a la psicología, durante mucho tiempo, las historias de curación entre las poblaciones primitivas, realizadas por individuos como hombres-medicina y hechiceros, no atrajeron mucha atención por parte de los psiquiatras. Estas historias se consideraban curiosas y de interés principalmente para historiadores y antropólogos. Se tenía la impresión de que los hombres-medicina eran personas supersticiosas e ignorantes, capaces de curar solo a aquellos que habrían sanado por sí mismos de todas formas o, peor aún, que eran impostores explotando la credulidad de sus semejantes. Sin embargo, en la actualidad se ha adoptado una valoración más positiva de estos métodos primitivos. El desarrollo de la psicoterapia moderna ha dirigido la atención al misterio del mecanismo de la curación psicológica, y se ha revelado que muchos de sus detalles siguen siendo desconcertantes (Ellenberger, 1976).

La investigación histórica y antropológica ha sacado a la luz documentos importantes y pruebas sobre el uso de métodos que se asemejan a la psicoterapia moderna entre las poblaciones primitivas, aunque en formas diferentes, y ha mostrado ingeniosas técnicas terapéuticas para las cuales es difícil encontrar paralelos en la actualidad. El estudio del curanderismo primitivo es interesante, no solo para antropólogos e historiadores, ya que representa la raíz de la psicoterapia moderna (Ellenberger, 1976).

El sistema de conocimiento transmitido a través de las prácticas de curanderismo ha desempeñado un papel significativo al proporcionar a la comunidad una vía para restablecer el equilibrio a nivel fisiológico y en las dinámicas sociales. El curaca, un individuo con habilidades para sanar mediante el uso de plantas medicinales, la medicina mágica y la ceremonia ritual del Ayahuasca, desempeñaba un papel crucial en la preservación de las creencias relacionadas con la armonía de la comunidad y su continuidad histórica. En este contexto, el curandero

actuaba como un agente que mantenía vivas las concepciones de equilibrio social y la importancia de la herencia cultural, al proporcionar tratamientos y rituales que reforzaban la salud y la estabilidad de la comunidad en un sentido más amplio (Amodio y Juncosa, 1991).

Según Heinz Valentin Hampejs (1995, citado por Gómez Gallego, 2007), los conocimientos relacionados con la curación, que abarcan la medicina tradicional, se originan en la búsqueda y la necesidad del ser humano, incluso en sus etapas pre científicas, de descubrir de alguna manera las fuentes de su salud, adaptándose instintiva e intuitivamente a las demandas del entorno en el que vive. Sin embargo, es importante reconocer que este mismo interés también puede motivar a un enfoque más científico por parte del ser humano. Por lo tanto, considerar que la búsqueda de fuentes de salud es exclusivamente un fenómeno precientífico puede resultar impreciso. El autor subraya la importancia de comprender las condiciones conceptuales, sociales y, en algunos casos, económicas para obtener una comprensión más profunda de la medicina chamánica. Según su perspectiva, la medicina chamánica se caracteriza esencialmente por ser un sistema de ideas y prácticas en el que el rasgo central implica la alteración chamánica de la conciencia, tanto del médico como, en ocasiones, del paciente.

El efecto de curación está más allá de la persona que hace las veces de chamán; se trata de alguien a quien se le imputa el ser portador de un discurso, entendido éste como el fundamento simbólico del lazo social, que representa el saber acerca de lo sobrehumano y lo sobrenatural. Por lo tanto, la curación deviene como aceptación, por parte del enfermo, de un sujeto como representante de sus símbolos sagrados, es decir, el chamán es un representante de los ancestros, de los dioses y de los espíritus sagrados y, en ese sentido, es el único capaz de enfrentarse a ellos de manera eficaz (Gómez Gallego, 2007).

Según Lévi-Strauss (1974), “la cura consistiría, pues, en volver pensable una situación dada al comienzo en términos afectivos, y hacer aceptables para el espíritu los dolores que el cuerpo se rehúsa a tolerar” (p. 221). Los médicos tradicionales poseen una habilidad especial que radica en su empatía hacia el paciente, al que no curan simplemente de una enfermedad, sino que atienden como un miembro de la sociedad. La noción de un sujeto colectivizado es esencial en la estructura social de las comunidades tradicionales. En este contexto, la curación no se centra únicamente en lo que la enfermedad significa para el individuo como un malestar

personal, sino en cómo el padecimiento del sujeto afecta al grupo en su conjunto. Esto se debe a que la enfermedad se origina en la falta de armonía con la naturaleza y los espíritus que forman parte de la cosmovisión de la comunidad, en lugar de ser un problema exclusivamente del organismo individual. Bajo esta perspectiva, el cuerpo adquiere un significado simbólico, y no se concibe como un cuerpo orgánico real, sino como un organismo que adquiere un estatus simbólico en el contexto social y espiritual (Sandoval Forero, 2003 citado por Gómez Gallego, 2007).

Fue en la modernidad, donde se abandona esta perspectiva del ser humano para adoptar una visión antropocéntrica, donde el ámbito físico se desvinculó del ámbito espiritual. Las dimensiones no físicas fueron consideradas un impedimento para la ciencia médica, perdiendo importancia en los procesos de salud (Florenzano, 2010).

A lo largo del siglo XX, la medicina experimentó avances notables. El progreso tecnológico en diagnóstico y tratamiento transformó el perfil epidemiológico de las enfermedades, disminuyendo drásticamente las enfermedades infecciosas, con la introducción de antibióticos. El progreso en la calidad de vida contribuyó al cambio en la prevalencia relativa de enfermedades, con un aumento significativo de las enfermedades crónicas. En este tipo de enfermedades, el papel del paciente se vuelve crucial, ya que debe asumir una parte significativa del cuidado y adherirse a un tratamiento adecuado. La comprensión de la hostilidad del paciente por parte del médico es esencial para establecer una relación útil y evitar respuestas agresivas que puedan obstaculizar el tratamiento. Es importante reconocer que cualquier enfermedad física puede tener un impacto profundo en la vida del paciente, y su reacción puede variar según su biografía y personalidad. El médico debe ser capaz de aceptar y entender las diversas actitudes del paciente, desde la negación hasta la depresión o la ansiedad, para brindar un apoyo efectivo. Ante el paciente oncológico, quien aguarda inevitablemente su momento final, el médico posee una relevante responsabilidad, siempre y cuando retome la ancestral función de los curanderos, preservada en nuestra sociedad por los religiosos: la tarea de proporcionar apoyo y compasión en el proceso de transición hacia la muerte (Jiménez, 2005).

Sin embargo, muy pocas veces sucede esto. A lo largo de las últimas décadas, se han producido transformaciones en las dinámicas de la relación médico-paciente. En este contexto,

el paciente ha asumido un papel más proactivo, mientras que los médicos han experimentado una gradual pérdida de control e influencia sobre la estructura de la atención médica. La práctica médica se ha fragmentado y atomizado. Debido a esto, hay indicios de que la consulta a practicantes de medicina alternativa iguala el número de consultas en el sistema de salud convencional. Este fenómeno podría interpretarse como un síntoma de la incapacidad de la medicina científica, a pesar de sus notables avances, para satisfacer las profundas necesidades humanas de curación (Jiménez, 2005).

Los enfermos, los curanderos e incluso los profesionales médicos a menudo reviven, muy a menudo de manera inconsciente, los enfoques y sensibilidades presentes en el pasado. Sin embargo, estos no se limitan al pasado ni son ajenos, sino que más bien constituyen un fondo compartido de significados. En este trasfondo común depositamos nuestra fe, tanto como individuos como parte de la cultura, para construir nuestras percepciones de la enfermedad y la salud (Laplantine, 1999).

2.5 Terapias Alternativas y Complementarias

Según el National Center for Complementary and Integrative Health (2021a), podemos definir a estas terapias como el conjunto de sistemas, prácticas y productos médicos, y de atención de la salud que actualmente no son considerados como parte integral de la medicina convencional.

Se trata de un conjunto de conocimientos, habilidades, actitudes e intervenciones terapéuticas basadas en los principios de la naturaleza, con un enfoque sanitario. Estas prácticas no siguen las normas mayoritariamente observadas en el Sistema Internacional de Salud, pero pueden complementar a otras terapias y tratamientos convencionales contemporáneos. En consecuencia, se integran en el marco de la medicina integral, abordando al ser humano desde una perspectiva holística. Se busca la colaboración del individuo para que participe y promueva los factores que contribuyen al equilibrio dinámico natural de su cuerpo a lo largo del proceso de promoción y prevención de la salud, diagnóstico enfermero, tratamiento y rehabilitación (González y Quindós, 2010).

Como hemos visto, este tipo de terapias han estado presente a lo largo del recorrido de la historia, pero en la década de los años 80, surgió un interés creciente en enfoques terapéuticos no convencionales debido a que los pacientes no encontraban respuestas completas en la medicina convencional. Estas terapias, se consideraban como alternativas al tratamiento convencional. En los 90, en los Estados Unidos, se generó un interés científico en el estudio de varias de estas terapias motivado en gran medida por la intención de retener a los pacientes en el sistema médico y evitar que buscaran opciones fuera de él. Una vez que se demostraron seguras y efectivas para diversas poblaciones de pacientes y se descartaron posibles interacciones perjudiciales con tratamientos convencionales, estas terapias comenzaron a integrarse no como un reemplazo de la medicina convencional, sino como un complemento para aliviar síntomas y promover la salud (Dubourdieu y Nasi, 2017).

Es común que las personas utilicen los términos alternativo y complementario de sinónimos, pero es importante destacar que estos términos tienen significados distintos. Si un enfoque no convencional se emplea en conjunto con la medicina tradicional, se denomina complementario. Por otro lado, si un enfoque no convencional se utiliza en lugar de la medicina convencional, se denomina alternativo. La mayoría de las personas que recurren a enfoques no convencionales también buscan atención médica convencional (NCCIH, 2021b).

En la actualidad, debido al creciente uso de la medicina tradicional y al notable interés en ciertos aspectos de las prácticas de medicina tradicional y complementaria, así como a la demanda de consumidores y gobiernos para considerar la posible incorporación de estos elementos en la prestación de servicios de salud, la Organización Mundial de la Salud propuso la Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional 2014-2023. El objetivo de esta estrategia es que los países miembros adopten, adapten y apliquen la estrategia como base para sus programas y planes de trabajo nacionales sobre medicina tradicional y complementaria (OMS, 2014).

Terapias como la reflexología, la relajación, los masajes terapéuticos y la meditación comenzaron a incorporarse en lo que posteriormente se conoció en los Estados Unidos como Medicina Alternativa y Complementaria o CAM. La incorporación de terapias complementarias en la medicina convencional en los Estados Unidos marcó el inicio de lo que se conoce como Medicina Integrativa (MI). Es importante señalar que el término Medicina Integrativa puede

tener diferentes connotaciones y enfoques en el ámbito científico, a veces limitándose a incluir técnicas de relajación, ejercicio y nutrición, sin abordar otros aspectos etiológicos que son fundamentales para potenciar la eficacia terapéutica (Dubourdieu y Nasi, 2017).

Además de los términos complementario y alternativo, es posible que se encuentre con el concepto de medicina funcional, el cual hace referencia a un enfoque similar al de atención integral. Cuando hablamos de este tipo de atención, nos referimos a la combinación de forma coordinada entre enfoques convencionales y complementarios. Además, hace hincapié en las intervenciones multimodales, que involucran dos o más enfoques, como por ejemplo, la medicina tradicional, cambios en el estilo de vida, rehabilitación física, psicoterapia y enfoques complementarios de la salud en diversas combinaciones. Su enfoque principal es tratar a la persona en su totalidad, en lugar de enfocarse en un sistema de órganos o aspecto específico. El objetivo de la atención integral es garantizar una atención coordinada entre diferentes profesionales e instituciones, reuniendo los enfoques convencionales y complementarios para brindar un cuidado completo al individuo (NCCIH, 2021b).

Dentro de la oncología, para poder brindar una respuesta a las demandas de pacientes con cáncer, se desarrolló en Estados Unidos la Oncología Integrativa (OI) como una aplicación de la Medicina Integrativa en este campo. La OI aborda al paciente con cáncer integrando la medicina tradicional con terapias complementarias respaldadas por evidencia científica (Dubourdieu y Nasi, 2017).

Investigaciones como las realizadas por Simonton, Matthews-Simonton y Creighton (1990, citado por Dubourdieu y Nasi, 2017), indicaron que la práctica de técnicas de relajación y la utilización de imágenes mentales (visualización creativa) representan herramientas efectivas para fomentar y fortalecer la confianza de los pacientes en su capacidad de superar el cáncer. Muchos individuos experimentan mejoras tanto a nivel psicofísico como social, logrando alcanzar un estado de relajación que les posibilita afrontar de manera más efectiva los desafíos de la vida y la enfermedad. Las prácticas mente-cuerpo, tales como la relajación, meditación, reflexología y acupuntura, han evidenciado su capacidad para reducir las náuseas y vómitos asociados a la administración de quimioterapia. Estas técnicas operan principalmente al disminuir el nivel de ansiedad, lo que se traduce en una mayor tolerancia al tratamiento. En numerosas ocasiones, los síntomas lograron revertirse mediante la implementación de

sesiones de biopsicoeducación y técnicas de relajación nerviosa mente-cuerpo. (Dubourdieu, Franco-lino, Bermúdez, 1995; Instituto Nacional del Cáncer, 2015, citado por Dubourdieu y Nasi, 2017).

2.6 Clasificación de las Terapias Complementarias y Alternativas

Según Rodrigo (2020) dentro del campo de las terapias complementarias y alternativas, el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad de España (2011) emitió un informe en el que se adopta la clasificación del Centro Nacional de Medicina Complementaria y Alternativa en cinco categorías, y que se describen de la siguiente manera:

- 1) Enfoques integrales o completos: Se refieren a aquellos sistemas que se fundamentan en teorías y prácticas completas. En la cultura occidental, ejemplos de sistemas integrales incluyen la homeopatía, que se centra en la estimulación de la capacidad de autocuración del cuerpo mediante dosis extremadamente diluidas de sustancias. La medicina naturista promueve terapias basadas en el respaldo a la tendencia natural de curación y en la higiene como un estilo de vida que sostiene y fortalece la salud. La naturopatía busca estimular la capacidad de autocuración del cuerpo mediante cambios en la nutrición y el estilo de vida. En culturas no occidentales, encontramos ejemplos de sistemas integrales como la medicina tradicional china, que emplea técnicas como la acupuntura para estimular puntos anatómicos del cuerpo.
- 2) Prácticas biológicas: Las prácticas biológicas, se basan en el uso de sustancias naturales, como hierbas, flores, hojas, cortezas de árboles, frutas, semillas, tallos y raíces, que son apreciadas por sus cualidades sensoriales, como sabor y aroma, así como por sus posibles propiedades terapéuticas. Estas prácticas también incluyen el empleo de alimentos y suplementos vitamínicos. Algunos ejemplos abarcan la utilización de suplementos dietéticos, algunos de los cuales han sido incorporados a la medicina convencional, productos de herboristería y otros productos etiquetados como naturales.
- 3) Terapias basadas en la manipulación y el cuerpo: Estas prácticas se centran en la manipulación o el movimiento de una o más partes del cuerpo, como es el caso de la quiropráctica y la osteopatía. La creencia fundamental que subyace a

estas terapias es que todos los sistemas del cuerpo operan en conjunto de manera integrada, y que los trastornos en un sistema pueden afectar el funcionamiento de otras partes del organismo.

- 4) Técnicas mente-cuerpo: Este grupo de prácticas se enfoca en la interacción entre la mente, el cuerpo y el comportamiento, así como en técnicas de control mental destinadas a influir en las funciones físicas y a promover la salud. Algunos ejemplos incluyen el yoga y la meditación. También se pueden considerar dentro de esta categoría la oración, la curación mental y técnicas que hacen uso de expresiones creativas, como el arte, la música o la danza, cuando se emplean con fines terapéuticos.
- 5) Técnicas basadas en la energía: Las técnicas basadas en la energía se dividen en dos categorías, por un lado terapias del biocampo, y por el otro terapias bioelectromagnéticas. Las primeras buscan influir en los campos de energía que supuestamente rodean y atraviesan el cuerpo humano. Algunas de estas terapias pretenden modificar los biocampos mediante la aplicación de presión o la imposición de manos sobre o a través de estos campos. Ejemplos incluyen el Qi-Gong, el Reiki, que tiene como objetivo la curación espiritual y, por lo tanto, la sanación física, y el toque terapéutico. En cuanto a las terapias bioelectromagnéticas, implican el uso no convencional de campos electromagnéticos, que son campos invisibles de fuerza que rodean los dispositivos eléctricos, como imanes y dispositivos electromagnéticos, entre otros.

2.7 La Muerte y su Impacto en Pacientes Oncológicos

La forma en que una persona experimenta y enfrenta la vivencia relacionada con la enfermedad está estrechamente vinculada a su psicobiografía y al contexto personal y social en el que se encuentra cuando la enfermedad aparece. Esta experiencia se ve influenciada por las opciones de tratamiento disponibles y las creencias arraigadas en la sociedad en relación al cáncer en general y al tipo específico de cáncer que afecta al individuo. La vivencia de una enfermedad oncológica es altamente estresante, ya que obliga al individuo a confrontar cuestiones profundas e insondables, como el sufrimiento, el deterioro, la muerte y la trascendencia. Cada uno de estos temas requiere encontrar un significado personal. Para

lograrlo, la persona debe integrar la enfermedad en su identidad, redefinir sus relaciones con los demás y con el entorno, ajustar sus expectativas tanto sobre sí misma como sobre los demás, y, en última instancia, dar sentido a su existencia (Barroilhet Díez, Forjaz y Garrido Landivar, 2005).

El término cáncer, independientemente de su origen etimológico, suele llevar consigo, en términos generales, una carga socio-cultural asociada a la idea de irreversibilidad, sufrimiento y tratamientos médicos agresivos. Esta percepción genera temor, angustia y tiene un impacto significativamente adverso en el individuo solo al recibir el diagnóstico. En nuestra sociedad, el diagnóstico de cáncer está estrechamente asociado de inmediato con conceptos como dolor, sufrimiento, desesperación y amenaza, entre otros. Esta percepción está profundamente arraigada en nuestra cultura y es sumamente difícil de cambiar. A menudo, funciona como una especie de sentencia para aquellos que reciben el diagnóstico de esta enfermedad (Dubourdieu y Nasi, 2017).

La experiencia de sentirse sentenciado resuena de manera impactante en la expresión al escuchar la palabra cáncer, se siente como si ya no se perteneciera al presente. El término "ya fuiste", usado en la cotidianidad, proclama un estado de existencia sombrío, como si estuviera desapareciendo, una suerte de muerte social. La sensación de ser descartable dramatiza la condición prescindible de alguien que ya no es necesario, que ya no tiene utilidad. Este desvanecimiento subjetivo refleja el efecto catastrófico de deshumanización generado por nuestros sistemas. Los pacientes se embarcan en un recorrido marcado por numerosas situaciones de espera, como consultas, diagnósticos, estudios, tratamientos, evaluaciones e interconsultas. La lucha contra el cáncer los coloca en la expectativa de lo que está por venir. Así, la espera, configurada en función de lo que se avecina, convierte a este sujeto en espera en un espectador de una escena futura (Groshaus, 2002).

En nuestra sociedad moderna y secularizada, la muerte a menudo se percibe como un fracaso y un punto final. Nos esforzamos por retrasar su llegada por todos los medios posibles, y cuando finalmente nos enfrentamos a ella, a menudo nos resignamos con sentimientos de fracaso, vergüenza, derrota o agotamiento (Benito, 2008).

Según Benito (2008) la muerte es, ciertamente, en un primer sentido y más obvio, el cesamiento de todas las constantes vitales de un individuo; en este sentido, supone una amenaza a la integridad del sujeto, al menos en la forma que este ha tenido de existir hasta entonces. Pero según las tradiciones espirituales, la muerte es sólo el cese de una forma de existir y el paso o la transformación de aquel ser a otra dimensión. Más aún, para dichas tradiciones, esa otra dimensión es la Realidad, con mayúsculas: El origen y destino final de nuestra existencia (p. 28-29).

El primer impacto de la irrupción de la muerte es la desorganización tanto a nivel individual como social; la muerte temporalmente descompone los vínculos internos de la comunidad y perturba la estructura psíquica del individuo. En respuesta a esto, las sociedades tradicionales han desarrollado mecanismos para contrarrestar este desorden: los rituales funerarios, cuya función es permitir que la comunidad acompañe a sus difuntos en los senderos que los llevan a los lugares designados para ellos, al mismo tiempo que asigna un espacio a los restos y recuerdos que dejaron a los dolientes (Cifuentes Medina, 2011).

A lo largo de más de mil años, las personas experimentaban la muerte de manera bastante consistente, sin cambios significativos. Se trataba de la muerte en el ámbito familiar. El individuo fallecía en su propio hogar, convirtiendo el acto de morir en el punto culminante de su existencia. De esta manera, resultaba más accesible vivir la propia vida hasta el último instante, preservando la mayor dignidad y significado, rodeado de seres queridos. El enfermo era el primero en saber que iba a morir. Hoy por el contrario, al enfermo casi siempre se le oculta la gravedad de su enfermedad. La resistencia a aceptar la realidad de la muerte, una característica distintiva de nuestra sociedad actual, ha ocasionado transformaciones significativas que han afectado directamente la atención brindada a pacientes en situaciones incurables (Gómez Sancho, 1999).

Este cambio a lo largo del tiempo y en diversas sociedades y culturas en las percepciones adquieren características únicas, moldeadas por las experiencias personales de pérdidas y la manera en que se elaboran los procesos de duelo (Huertas, Pérez y Avilés, 2014). Nos enfrentamos a una sociedad que, a pesar de su naturaleza mortal, evita considerar la muerte. Este rechazo generalizado de la sociedad hacia la muerte, no ha sido beneficioso para el individuo cuando se ve obligado a confrontarla. De hecho, contrasta este rechazo total por

parte de la sociedad con la angustia, más intensa que nunca, que el individuo experimenta ante la perspectiva de la muerte. La muerte ya no se acepta como un fenómeno natural e inevitable; se percibe como un fracaso (Gómez Sancho, 1999). Por lo tanto, la esperanza de vida y las creencias acerca de la naturaleza humana ejercen influencia en la forma de percibir la muerte. La actitud que cada individuo asume se ve afectada por sus creencias religiosas o agnósticas, su perspectiva filosófica y su capacidad para confrontar la realidad de la vida o de la muerte. Estas actitudes impactan directamente en la forma en que se brinda apoyo a quienes están falleciendo y están relacionadas con nuestra experiencia ante la muerte de otros (Huertas, Pérez y Avilés, 2014).

Para los profesionales de la salud, muchas veces el paciente con cáncer despierta la propia angustia ante la muerte y, por ende, cuestiona el sentimiento de inmortalidad. Las respuestas del profesional ante la inminente muerte del paciente reflejan su singular comprensión de la muerte o del proceso de morir, así como la manera en que enfrentaría la eventualidad de su propia muerte. La muerte próxima y previsible del paciente confronta con el destino personal. La serenidad o angustia con la que se imaginan enfrentar la propia muerte es lo que cualifica la capacidad de respuesta profesional y determina la disposición para ayudar al paciente. Una mezcla de sentimiento de fracaso, falta de formación específica y también la angustia ante la propia muerte pueden explicar la escasa atención que algunas veces se presta a los enfermos (Gómez Sancho, 1999).

2.8 Espiritualidad y Terapias Complementarias

En momentos cruciales, como enfrentar la muerte o afrontar una enfermedad crónica como el cáncer, la dimensión espiritual se torna fundamental al atender necesidades que surgen a lo largo de la vida. Estas necesidades incluyen: la necesidad de ser reconocido como individuo y la revisión de la propia vida, reformulando el caos y recordando lo positivo vivido. La búsqueda de sentido en la existencia y en el devenir entrelazándose con la liberación de la culpabilidad, el perdón propio y la reconciliación con aquellos a quienes se pudo haber causado daño. Establecer una conexión más allá de uno mismo, trascendiendo límites personales hacia algo más elevado, vinculándose con la búsqueda de continuidad y proyección a través de instituciones, familia, valores transmitidos, entre otros. El anhelo de una esperanza auténtica, arraigada en la realidad y mantenida a través de acciones presentes, en conexión con la

expresión de sentimientos y vivencias religiosas, y a su vez otorgando significado a la experiencia presente mediante creencias personales. Y por último, la necesidad de amar y ser amado, destacándose como especialmente relevante para seguir siendo reconocido como individuo (Benito, 2008).

La importancia de la esperanza y la voluntad de vivir se extiende tanto a personas sanas como enfermas, siendo factores cruciales en el proceso de recuperación para los pacientes. Se ha evidenciado que la fe en uno mismo, en los demás o en un Ser Superior puede conferir sentido a la vida y ejercer influencia sobre los niveles de esperanza y el deseo de vivir. Sin embargo, la experiencia de la enfermedad puede disminuir la capacidad de las personas para satisfacer sus necesidades espirituales, lo que aumenta la posibilidad de experimentar malestar con repercusiones adversas en el estado de salud. Es común que las personas atribuyan la enfermedad a un castigo o se cuestionen el motivo de su padecimiento. En estos casos, aquellos que eran previamente religiosos pueden cuestionar su relación con Dios debido a su enfermedad física, perdiendo el respaldo que les brindaba su creencia o su grupo religioso (Jiménez, 2005).

Desde la psiconeuroinmunología, se ha comenzado a establecer bases empíricas que destacan la influencia de la esperanza y las ganas de vivir en el estado de ánimo, así como la relación inversa con el desaliento, la pérdida de sentido y la soledad, vinculando el estado de ánimo con la inmunidad. Este avance en la comprensión subraya la necesidad de incorporar estos aspectos en el diálogo médico-paciente y evaluar su importancia en la calidad de vida relacionada con la salud. La inclusión de la percepción del paciente a través de la medición de la calidad de vida ha permitido trascender la visión clásica biomédica, ingresando verdaderamente en un modelo biopsicosocial que abarca los aspectos espirituales (Jiménez, 2005). En una investigación llevada a cabo por Vespa et.al (2011) se obtuvo como resultado que existe una interrelación entre la espiritualidad, afrontamiento, y el bienestar espiritual. Los pacientes con elevados niveles de espiritualidad son más propensos a potenciar sus capacidades para el autocuidado y abordar de manera más positiva las situaciones de gran estrés.

La capacidad de un individuo para cultivar esperanza en momentos desafiantes dependerá de su personalidad de base, de su trayectoria vital, de su situación actual

(considerando la gravedad de su enfermedad), de su entorno familiar o afectivo, y también de la dinámica entre médico y paciente. Además, sus convicciones o fe también ejercen influencia en este proceso. Si se establece una retroalimentación positiva en este nivel, la capacidad de reinterpretar la vida y ajustar las metas a alcanzar posibilita, a su vez, recuperar la esperanza de lograr estos nuevos objetivos (Núñez, Enríquez e Irarrázaval, 2012).

En la génesis de todas las enfermedades en general, existen, en mayor o menor medida, elementos de índole psicológica. En cada enfermedad, se manifiestan estados emocionales, comportamientos y valoraciones relacionadas con la condición patológica, las limitaciones que esta conlleva, las demandas de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, el pronóstico y el impacto en la vida futura. Cada paciente, por lo tanto, exhibirá su propia respuesta a la enfermedad, revelando no solo las características inherentes a la enfermedad como fenómeno biológico, sino también, y principalmente, las del individuo como persona actuando en una situación específica (Morales Calatayud, 1997).

Dentro de la oncología, el uso de Terapias Complementarias y Alternativas ha ido en aumento entre las personas en países occidentales después de recibir un diagnóstico de cáncer. La prevalencia de su uso en adultos con cáncer se sitúa en un promedio de alrededor del 30% al 40% en Europa y Norteamérica. Estas terapias se aplican en diversos contextos terapéuticos, ya sea como una entidad independiente en lugar de la atención médica convencional (medicina alternativa), en combinación con la atención médica estándar (medicina complementaria), o como parte integral de la atención médica convencional para el cáncer (oncología integrativa). Los pacientes con cáncer recurren a estas terapias con el propósito de aliviar los efectos secundarios de los tratamientos, o como una estrategia de afrontamiento psicológico y espiritual que les brinda una sensación de mayor control sobre su situación y les ayuda a mantener una actitud más positiva, esperanzadora, frente a los desafíos que conlleva una enfermedad oncológica. Otros estudios han revelado que los pacientes recurren a las TCA, en parte, debido a la insatisfacción con la atención médica convencional, y, en general, se observa que son las mujeres quienes utilizan más frecuentemente estas terapias (Herrera, Espinoza y Huaiquian, 2020).

Según Martínez (2023) la enfermedad y la hospitalización pueden generar un considerable nivel de estrés en los pacientes oncológicos. Por esta razón, las instituciones de

salud y el personal médico deben asumir la responsabilidad de desarrollar estrategias que pueden incluir terapias complementarias para el manejo y control del dolor en pacientes con cáncer. El dolor es una señal de alerta que indica una función alterada en el cuerpo. Sin embargo, en el contexto del dolor oncológico, este dolor se vuelve inútil y, en lugar de señalar un problema tratable, se convierte en una fuente de sufrimiento significativo que impacta profundamente en la calidad de vida de los pacientes con cáncer.

El trastorno del sueño, la ansiedad y la depresión son los trastornos más comunes, ejerciendo un impacto significativo en su bienestar y calidad de vida debido a su alta incidencia (Maté, Hollenstein y Gil, 2004). El yoga, por ejemplo, ha demostrado ser especialmente efectiva en la reducción del estrés y la ansiedad. De igual manera, proporciona beneficios a nivel físico durante su práctica, como fortalecer los músculos, equilibrar el sistema nervioso, estabilizar la respiración y la postura, entre otros. Como resultado, se logra una mejora en la calidad de vida de la persona, facilita su afrontamiento y contribuye a la adherencia al tratamiento (Guapi y López, 2023). Esta terapia, en su concepción más amplia, tiene como objetivo principal la autotranscendencia y la búsqueda de alivio espiritual. Abarca diferentes prácticas que buscan transformar el cuerpo, la mente y la conciencia con el propósito de liberarlos del sufrimiento (Sasaki et al., 2019).

Según un estudio de percepción social en España, el yoga es una de las terapias complementarias más utilizadas (32,5%), siguiendo la acupuntura/medicina tradicional china (31,5%), quiromasaje (28,4%) y homeopatía (23%). En menor medida, también se observa el uso de terapias como reflexología podal, tai-chi, terapia floral, drenaje linfático, naturopatía, reiki, osteopatía y shiatsu (Herrera, Espinoza y Huaiquian, 2020). En otra investigación realizada en Argentina en pacientes oncológicos, se identificaron diversas medicinas y terapias complementarias/alternativas que fueron consultadas. Estas incluyeron yoga, reiki, reflexología, acupuntura, gemoterapia, dieta macrobiótica, antroposofía, fangoterapia, terapias lúdicas, homeopatía, hansi, simil hansi, oxigenoterapia, iridología, celuloterapia, nueva medicina y medicina energética (Molina y Luxardo, 2005).

En Uruguay, aunque no se encontraron investigaciones específicas sobre las principales terapias complementarias utilizadas por pacientes oncológicos, en la Fundación Dr. Pérez Scremini, la musicoterapia se utiliza con gran recurrencia. Esta disciplina utiliza la música como

un lenguaje de intervención que combina sonidos, ritmo, gestos e incluso el silencio, fomentando la interacción para superar bloqueos propios de la personalidad. En esta práctica, se emplean canciones, instrumentos musicales y música grabada. Además de la musicoterapia, otras terapias complementarias que son reconocidas en el ámbito son por ejemplo, las Flores de Bach, el Yoga, la Arteterapia, la Meditación para reducir la tensión nerviosa, la Acupuntura para aliviar el dolor y la Hipnosis, entre otras (Di Giacomo y Etchegaray, 2014).

En una investigación llevada a cabo en Uruguay con personas bajo cuidados paliativos, se obtuvo como resultado que las prácticas más utilizadas, señaladas por médicos y enfermeras, abarcan medicamentos herbarios, terapias energéticas, insecto terapia, expresiones artísticas y prácticas religiosas. Destacando entre ellas, el cannabis en sus diferentes formas se revela como la terapia complementaria más frecuentemente empleada, y entre las terapias más raras se destaca el consumo de insectos vivos por parte de las personas enfermas (Alonso y Núñez, 2019).

En el Hospital Maciel, en 1980 se fundó la Policlínica de Acupuntura Médica del Hospital Maciel, estando presente al día de hoy, y siendo también incorporada como uno de los servicios ofrecidos por diversas mutualistas, seguros médicos y otros servicios públicos en Montevideo y el Interior del país (Asociación Uruguaya de Acupuntura, s.f.).

La acupuntura podría ofrecer alivio para diversas condiciones de dolor, como el dolor de espalda o cuello, el dolor de rodilla asociado a la osteoartritis y el dolor postoperatorio. Además, podría ser beneficiosa para aliviar el dolor en las articulaciones asociado al uso de inhibidores de aromatasa, un tipo de medicamento utilizado en personas con cáncer de mama. Una investigación llevada a cabo en 2021 en Estados Unidos, abarcó 13 estudios con la participación de 1.100 personas, en la que se evaluó diversas terapias manuales, como el masaje terapéutico, y presentó evidencia de beneficios en el manejo del dolor, la mejora de la función física y el fomento del bienestar general. No obstante, no se evidenciaron beneficios significativos para la fatiga, las náuseas, la ansiedad o la depresión (NCCIH, 2021a).

Por otro lado, el empleo de plantas medicinales para contrarrestar los efectos adversos generados por el tratamiento es una estrategia común dentro de los pacientes oncológicos. Las plantas medicinales se utilizan con el propósito de aliviar diversos síntomas asociados a la

enfermedad o al tratamiento. Los efectos secundarios varían según diversos factores, como el tipo y la ubicación del tumor, la naturaleza y duración del tratamiento, así como las dosis administradas. La selección específica de las plantas medicinales depende del efecto secundario que se busque mitigar. Por ejemplo, el hinojo, jengibre y manzanilla son empleados para reducir las náuseas y los vómitos; el jengibre, para combatir la fatiga; mientras que el perejil, la alfalfa y la cola de caballo se utilizan para tratar la anemia, generalmente ocasionada por la quimioterapia. El arándano y el tomillo se destacan en el manejo de infecciones, mientras que el aloe vera, la ortiga y el tomillo son eficaces contra la dermatitis y la sequedad de la piel. Para contrarrestar la pérdida de peso y la disminución del apetito, se recurre a la alcachofa, achicoria, alfalfa y laurel (Bautista y Piscoya, 2020).

En relación con el reiki, De'Carli (2004) describe esta técnica como un método de curación que utiliza la energía universal descubierta por un japonés. Su fundamento principal radica en la purificación del alma, el mantenimiento de un corazón puro, la práctica diaria del Reiki y una espiritualidad elevada.

A pesar de que muchas personas pueden tener una comprensión limitada de lo que implica el reiki, las sesiones a menudo resultan en una liberación de la tensión emocional. Esta liberación se caracteriza por la sensación de liberación de energía, una claridad mental respecto al cáncer, paz interior, relajación mejorada, renovada esperanza y una sensación de ser cuidado en general. Con frecuencia, las personas con una enfermedad oncológica describen experimentar diversas sensaciones físicas durante el reiki, como alivio del dolor y sensaciones de hormigueo (Kirshbaum, Stead y Bartys, 2016). Aunque no presenta efectos directos contra los tumores, se ha observado que ayuda a reducir los niveles de estrés, favorece la conciliación del sueño y contribuye a mejorar el estado de ánimo de los pacientes. Estos beneficios podrían estar relacionados con una mejora en el funcionamiento de la red Psiconeuroinmunoendocrinología, lo que podría traducirse en una respuesta inmune más efectiva (Dubourdieu y Nasi, 2017).

En términos generales, la medicina más biologicista tiende a abordar sólo una faceta de la persona, pasando por alto la complejidad que implica la naturaleza humana. El cuidado espiritual y completo del ser busca armonizar cuerpo, mente, alma y emociones para lograr un equilibrio que conduzca al bienestar y a una mejor calidad de vida, siendo parte de esto la

utilización de terapias complementarias y alternativas. Se presume que estas terapias, actúan sobre los síntomas del cáncer y los efectos secundarios del tratamiento convencional, que junto al acompañamiento con otros tratamientos y proceso psicoterapéutico, pueden permitir expresar preocupaciones y miedos, liberando así el estrés y la tensión acumulada. Asimismo, se plantea que favorecen a la reducción del cansancio, la ansiedad y las preocupaciones, lo que podría estar asociado a un aumento del ánimo, la energía y mejoras en el patrón de sueño. Estas experiencias podrían llegar a tener efectos favorables en la salud espiritual, ofreciendo una sensación de tranquilidad para enfrentar la enfermedad y posiblemente profundizando la capacidad de conexión con el yo interior (Herrera, Espinoza y Huaiquian, 2020).

3. Reflexiones finales

A través de la recopilación teórica e investigaciones, este trabajo buscó explorar el significado y la relevancia de la espiritualidad y las terapias complementarias en pacientes oncológicos. A lo largo del análisis, se profundizó en cómo la espiritualidad y el uso de terapias complementarias, junto a diversos tratamientos médicos y atención psicológica, podrían llegar a desempeñar un papel fundamental como recursos esperanzadores en el proceso de enfrentar la enfermedad, los tratamientos y el temor a la muerte.

Al enfatizar la presencia histórica de las terapias complementarias y el lugar que ocupan, se buscó resaltar cómo estas siempre han estado presentes en la humanidad, pero que con el surgimiento de la modernidad, y su visión predominantemente antropocéntrica, estas prácticas han sido excluidas, pasando por alto que podrían llegar a ofrecer beneficios significativos en términos de aliviar síntomas, mejorar el bienestar emocional, físico y espiritual, siendo un complemento para poder generar una mejor calidad de vida.

La evolución histórica de las terapias complementarias, desde su presencia ancestral hasta su exclusión en la era médica moderna, subraya la importancia de reconocer estas prácticas valiosas. A medida que resurgen como recursos significativos que aportan a mejorar la calidad de vida de los pacientes, se destaca la necesidad de integrarlas en el panorama de la atención médica contemporánea. La interconexión entre la espiritualidad y las terapias complementarias ha emergido como un enfoque integral para abordar las necesidades holísticas de los pacientes oncológicos. Este enfoque reconoce la importancia de considerar no

sólo los aspectos físicos de la enfermedad, sino también los aspectos psicológicos, sociales y espirituales. La combinación de prácticas espirituales, terapias complementarias, y un correcto abordaje interdisciplinar, podría llegar a ser un recurso valioso para promover la adaptación, el afrontamiento y la resiliencia en el recorrido de los pacientes a través del cáncer.

En las últimas décadas, se ha presenciado un cambio significativo en la percepción de estas prácticas, pasando de ser consideradas alternativas a integrarse cada vez más en los modelos de atención médica centrados en el paciente. Este cambio refleja no solo una mayor aceptación, sino también el reconocimiento de la importancia de no solo abordar la dimensión biológica. A medida que avanzamos en la comprensión de la complejidad de la experiencia oncológica, es esencial que los profesionales de la salud, incluyendo a los psicólogos, estén abiertos a explorar y respaldar intervenciones que consideren la totalidad del individuo.

Como futura psicóloga, me parece fundamental acompañar al individuo en el proceso de la enfermedad, abordando sus preocupaciones, ansiedades, miedos e incertidumbres generados por el diagnóstico, el tratamiento, y el temor a la muerte. Comprender las creencias, valores y necesidades del paciente en relación con la espiritualidad y las terapias complementarias es esencial, ya que estas prácticas a menudo poseen un significado personal que influye en la experiencia de la enfermedad. Muchas veces las personas recurren a las terapias complementarias en busca de alternativas que no están directamente vinculadas con los enfoques médicos tradicionales. Uno de los motivos principales radica en la percepción de no ser escuchados por los sistemas médicos. En este contexto, ofrecer un espacio donde puedan expresar sus emociones, preocupaciones y expectativas en relación con la enfermedad se vuelve crucial. La búsqueda de otras alternativas refleja la necesidad de encontrar esperanza y formas holísticas para abordar su bienestar. En el caso de que el paciente utilice terapias complementarias, es imperativo promover la obtención de información sobre estas y en lo posible trabajar en colaboración con el equipo médico para garantizar una integración efectiva, y de esta forma evitar causar efectos secundarios negativos, o resultados adversos en conexión con el tratamiento médico. Facilitar la comunicación abierta y efectiva entre el paciente y su equipo médico sobre el uso de terapias complementarias también se revela como un aspecto importante para una atención integral y coordinada.

Las prácticas mencionadas a lo largo del trabajo, como la acupuntura, el masaje terapéutico, el yoga, el uso de plantas medicinales y el reiki, junto con una atención integral adecuada, se pueden consolidar como otros recursos para mejorar la calidad de vida de las personas afectadas por el cáncer. Estas terapias, pueden aportar en aliviar síntomas como el dolor, trastornos del sueño, fatiga, estrés y diversos efectos secundarios asociados a los tratamientos oncológicos. Integrar estas terapias con un tratamiento interdisciplinar adecuado, no solo brinda opciones adicionales para el manejo de los síntomas, sino que también brinda esperanza a los pacientes, permitiéndoles ser partícipes activos en su propio proceso de curación. Las terapias complementarias, también pueden ser una ayuda al momento de abordar la esencia misma de la vida y la muerte. Ofrecen a los pacientes herramientas adicionales para enfrentar sus miedos y ansiedades relacionados con la muerte (Herrera, Espinoza y Huaiquian, 2020).

En cuanto a la espiritualidad, considerada por Dubourdieu y Nasi (2017) como una de las cinco dimensiones del ser humano, en la mayoría de las personas proporciona esperanza en momentos de incertidumbre, ofreciendo una perspectiva que trasciende lo físico y brinda un sentido más profundo a la existencia humana. En el contexto oncológico, donde la mortalidad es una realidad que la mayoría de las veces está presente, la espiritualidad se convierte en un factor esperanzador que guía a los individuos a medida que van transitando la enfermedad y permite generar una nueva visión sobre la misma (Núñez, Enríquez e Irarrázaval, 2012). La espiritualidad, se convierte en un recurso, que puede servir para poder trabajar las preguntas existenciales sobre la vida y la muerte, el autoconocimiento, la forma de afrontar la enfermedad, la búsqueda de sentido y la trascendencia (Jung, 2016).

En resumen, la intención fundamental de este trabajo monográfico es ofrecer una visión amplia y contextualizada sobre la espiritualidad y las terapias complementarias, reconociendo su relevancia en el abordaje de la enfermedad oncológica. La integración de estos aspectos en la atención médica y psicológica puede contribuir a una comprensión más completa y enriquecedora de las necesidades de los pacientes, promoviendo así un enfoque más integral y humano en el tratamiento del cáncer. Es importante tener en consideración que el cáncer representa una preocupación en nuestro país, con un gran índice de diagnóstico y mortalidad, por lo que es de gran importancia indagar en otras formas de enfrentar esta enfermedad.

4. Referencias

- Alonso Cabrera, C. K. y Núñez Jorge, A. M. (2019). *Terapias complementarias en cuidados paliativos. La perspectiva de los profesionales que cursan estudios de postgrado* [Tesis de maestría, Universidad Católica del Uruguay]. Líberi. <https://hdl.handle.net/10895/1702>
- Amodio, E. y Juncosa, J. (1991). *Los espíritus aliados. Chamanismo y curación en los pueblos indios de Sudamérica*. Abya Yala.
- Arias, P. G. (2011). Corazonar la dimensión política de la espiritualidad y la dimensión espiritual de la política. *Alteridad*, 6(1), 21-39. <https://www.learntechlib.org/p/195348/>
- Asociación Uruguaya de Acupuntura. (s.f.). Acupuntura en Uruguay. https://www.acupunturamedica.org.uy/acupuntura/en_uruguay.html
- Barroilhet Díez, S., Forjaz, M. J. y Garrido Landivar, E. (2005). Conceptos, teorías y factores psicosociales en la adaptación al cáncer. *Actas españolas de psiquiatría*, 33(6), 390-397. <https://cuidadospaliativos.org/uploads/2010/05/Conceptos.%20teor%C3%ADas%20y%20factores%20psicosociales%20en%20la%20adaptaci%C3%B3n%20al%20c%C3%A1ncer.pdf>
- Barthe, E. (1997). *Cáncer: Enfrentarse al reto*. Robinbook.
- Bautista Majuán, J. y Piscocya Sernaqué, L. I. (2020). *Medicina complementaria como apoyo al tratamiento en los pacientes oncológicos. Servicio de Oncología. HNAAA – Essalud. 2017* [Tesis de especialización, Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo].UNPRG. <https://hdl.handle.net/20.500.12893/8398>
- Benito, E. (2008). *Acompañamiento espiritual en cuidados paliativos, Una introducción y una propuesta*. Arán.
- Castés, M (2018). *Psiconeuroinmunología, descubre el poder de tu sistema inmunológico y toma el control de tu salud*. EDAF.

-
- Ceolin, T., Heck, R., Pereira, D., Martins, A., Coimbra, V. y Silveira, D. S. S. (2009). Inserción de terapias complementarias en el sistema único de salud atendiendo al cuidado integral en la asistencia. *Enfermería global*, 8(2), 1-10. <https://doi.org/10.6018/eglobal.8.2.66311>
- Chiozza, L. (2010). *Cáncer: ¿Por qué a mí, por qué ahora?*. Libros del Zorzal.
- Cifuentes Medina, M. D. P. (2011). El malestar en el duelo: Nuevas formas de relación con nuestros muertos. *Desde el Jardín de Freud*, 1(11), 229–248. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/jardin/article/view/27257>
- Comisión Honoraria de lucha contra el Cáncer. (s.f.). ¿Qué es el cáncer?. <https://www.comisioncancer.org.uy/Ocultas/-Que-es-el-cancer--uc213>
- Comisión Honoraria de lucha contra el Cáncer. (2023). Situación Epidemiológica del Uruguay en relación al Cáncer - 2023. <https://www.comisioncancer.org.uy/Ocultas/Situacion-Epidemiologica-del-Uruguay-en-relacion-al-Cancer--2023-uc108>
- De'Carli, J. (2004). *Reiki-sistema Tradicional Japonés*. EDAF.
- De Lellis, M., Interlandi, C. y Martino, S. (2015). Introducción a la salud pública como área del conocimiento y de la acción. En M. De Lellis, *Perspectivas en salud pública y salud mental* (pp. 11-42). Nuevos Tiempos.
- Di Giacomo, L y Etchegaray, E. (2014). *Aportes desde el diseño industrial a la mejora de la calidad de vida de los niños con cáncer en el Uruguay*. [Tesis de grado, Universidad de la República]. Colibrí. <https://hdl.handle.net/20.500.12008/5398>
- Dubourdieu, M. y Nasi, M. (2017). *Cáncer y Psico-Neuro-Inmunología, Clínica Integrativa en Oncología*. Nativa.
- Ellenberger, F. H. (1976). *El descubrimiento del inconsciente: Historia y evolución de la psiquiatría dinámica*. Gredos.
- Emmons, R. A. y Paloutzian, R. F. (2003). The psychology of religion. *Annual Review of Psychology*, 54(1), 377–402. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.54.101601.145024>
-

-
- Finck Barboza, C. y Forero Forero, M. (2011). Ansiedad y depresión en pacientes con cáncer de seno y su relación con la espiritualidad/religiosidad. Análisis preliminar de datos. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 3(1), 07-27. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2145-48922011000100002&lng=pt&tlng=es
- Florenzano, R. (2010). Religiosidad y salud mental : ¿ Amigos o enemigos ?. *Revista de Gaceta de Psiquiatría Universitaria*, 6(2), 221–229. [http://revistagpu.cl/GPU_2_\(2010\)/REF_Religiosidad.pdf](http://revistagpu.cl/GPU_2_(2010)/REF_Religiosidad.pdf)
- Frankl, V. (2015). *El hombre en busca de sentido*. Herder.
- Freud, S. (1976). El malestar en la cultura. En J. L. Etcheverry (Trad.), *Obras completas* (Vol. 21, pp. 57-140). Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1930).
- Gallegos M. y Hernández E. (2008). Bienestar espiritual en pacientes con cáncer de mama identificado a través de la relación enfermera-paciente. *Revista de Enfermería Instituto Mexicano del Seguro Social*, 16(2), 99-104. <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2008/eim082g.pdf>
- Gómez Gallego, J. J. (2007). La medicina tradicional y el problema de la salud: Inicio de un recorrido en el estudio de la salud mental. *Revista Guillermo De Ockham*, 5(1), 13-28. <https://www.redalyc.org/pdf/1053/105316864002.pdf>
- Gómez Sancho, R. (1999). El médico ante la muerte de su enfermo. En: M. Gómez Sancho, (Ed.), *Medicina Paliativa en la cultura latina* (pp. 57-68). Arán.
- González, E. y Quindós, A. I. (2010). *La incorporación de terapias naturales en los servicios de salud* [Tesis de maestría, Escuela Universitaria de Enfermería Santa Madrona]. Dipòsit Digital de la Universitat de Barcelona. <http://hdl.handle.net/2445/21702>
- Groshaus, C. M. (2002). Habitando los pasillos: Grupos de sala de espera de quimioterapia. Asistencia a pacientes oncológicos y condiciones de existencia en una cultura negadora de la enfermedad y la muerte. *Revista de la Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo*, 12(2), 5-8. <https://aappg.org/revista-aappg-2002/>

-
- Guapi, E. F. y López, G. P. O. (2023). Yoga como terapia alternativa en el cuidado al paciente oncológico con ansiedad. *Domino De Las Ciencias*, 9(1), 239-264. <https://doi.org/10.23857/dc.v9i1.3133>
- Herrera Contreras, S., Espinoza Venegas, M. y Huaiquian Silva, J. (2020). Experiencia de personas con cáncer que realizan terapia complementaria: Revisión integrativa. *Ciencia y enfermería*, 26(8), 1-14. <https://dx.doi.org/10.29393/ce26-1epsh30001>
- Huertas, L. A., Pérez, S. R. A. y Avilés, E. V. (2014). Creencias, actitudes y ansiedad ante la muerte en un equipo multidisciplinario de cuidados paliativos oncológicos. *Psicooncología*, 11(1), 101-115. https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2014.v11.n1.44920
- Jiménez, J. P. (2005). La espiritualidad, dimensión olvidada de la Medicina. *Revista Gaceta Universitaria*, 1(1), 92-101. http://revistagpu.cl/2005/GPU_junio_2005_PDF/LA%20ESPIRITUALIDAD%20DIMENSION%20OLVIDADA%20DE%20LA%20MEDICINA.pdf
- Jung, C. G. (2016). *Escritos sobre espiritualidad y trascendencia*. Trotta.
- Kirshbaum, M. N., Stead, M. y Bartys, S. (2016). An exploratory study of reiki experiences in women who have cancer. *International journal of palliative nursing*, 22(4), 166-172. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2016.22.4.166>
- Laplantine, F. (1999). *Antropología de la Enfermedad: Estudio Etnológico de los Sistemas de Representaciones Etiológicas y Terapéuticas en la Sociedad Occidental Contemporánea*. Del Sol.
- Lemos, R. (2010). Espiritualidad: Un abordaje interdisciplinario. *Teología y sociedad*, 1(8), 53-69. <https://revistas.javerianacali.edu.co/index.php/teologiaysociedad/article/view/789/657>
- Lévi-Strauss, C. (1974). *Antropología estructural*. Paidós.
- Martínez Ramírez, Y. B. (2023). *Terapias complementarias para el manejo del dolor oncológico* [Tesis de maestría, Universidad Regional Autónoma de los Andes]. DSpace. <https://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/16224>
-

-
- Maté, J., Hollenstein, M. F. y Gil, F. (2004). Insomnio, ansiedad y depresión en el paciente oncológico. *Psicooncología*, 1(2-3), 211-230.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1958474>
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2011). *Análisis de situación de las terapias naturales*. <https://www.sanidad.gob.es/novedades/docs/analisisSituacionTNatu.pdf>
- Molina, I. y Luxardo, N. (2005). Medicinas no convencionales en cáncer. *Medicina*, 65(5), 390-394.
http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802005000500002&lng=es&tlng=es.
- Morales Calatayud, F. (1997). *Introducción al Estudio de la Psicología de la Salud*. UniSon.
- Mousavi, S. y Akdari, M. (2010). Spirituality and religion in cancer. *Annals of oncology: Official journal of the European Society for Medical Oncology*, 21(4), 907-908.
<https://doi.org/10.1093/annonc/mdp604>
- National Center for Complementary and Integrative Health. (2021a). Cancer and Complementary Health Approaches: What You Need to Know.
<https://www.nccih.nih.gov/health/cancer-and-complementary-health-approaches-what-you-need-to-know>
- National Center for Complementary and Integrative Health. (2021b). Salud complementaria, alternativa o integral: ¿Qué hay detrás de estos nombres?.
<https://www.nccih.nih.gov/health/espanol/salud-complementaria-alternativa-o-integral-que-significan-estos-terminos>
- Nolan, S., Saltmarsh, P. y Leget, C. (2011). Spiritual care in palliative care: Working towards an EAPC Task Force. *European Journal of Palliative Care*, 18(2), 86–89.
https://www.researchgate.net/publication/254777253_Spiritual_care_in_palliative_care_Working_towards_an_EAPC_Task_Force
- Núñez, P., Enríquez, D. e Irrázaval, M. (2012). La espiritualidad en el paciente oncológico: Una forma de nutrir la esperanza y fomentar un afrontamiento positivo a la enfermedad.
-

-
- Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBS, 10(1), 84-100.
http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S2077-21612012000100005&script=sci_arttext
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Consejo Ejecutivo, 134.ª Reunión, Ginebra, 20-25 de enero de 2014: Resoluciones y decisiones, anexos*.
https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB134-REC1/B134_2014_REC1-sp.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Cáncer*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
- Puchalski, C.M. (2012). Spirituality in the cancer trajectory. *Annals of Oncology*, 23(3), 49–55.
<https://doi.org/10.1093/annonc/mds088>
- Rodrigo, M. A. (2020). Cáncer y medicinas alternativas y complementarias: Algunos ejemplos de usos e itinerarios terapéuticos. *Quaderns de l'Institut Català d'Antropologia*, 36(1), 48–66. <https://publicacions.antropologia.cat/quaderns/article/view/231>
- Rodríguez, M. (2006). *Afrontamiento del cáncer y sentido de vida: Un estudio empírico y clínico* [Tesis de doctorado, Universidad Autónoma de Madrid]. UAM.
https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/2516/1491_rodriguez_fernandez_maria_isabel.pdf?sequence=1
- Romero, A. (2022). Antecedentes lejanos de la psicoterapia en salud mental. *Revista Médica Basadrina*, 16(2), 56-63. <https://doi.org/10.33326/26176068.2022.2.1555>
- Rueda, E. P., Quevedo, F. J. L. y Mendoza-Vega, J. (1997). *Hacia una medicina más humana*. Médica Panamericana.
- Sánchez, B., Pimás, I. Torres, I., Culebras, I. Fitó, N. y Davidoch, C. (s.f.). *Estrés y cáncer. Influencia de determinados factores psicológicos en la génesis del cáncer* [Tesis de postgrado, Universidad de Barcelona].
<https://www.psicologiamaresme.com/descarga/Estresycancer.pdf>
- Sasaki, Y., Cheon, C., Motoo, Y., Jang, S., Park, S., Ko, S. y Hwang, D. (2019). Complementary and alternative medicine for breast cancer patients: An overview of systematic reviews.
-

Yakugaku Zasshi: Journal of the Pharmaceutical Society of Japan, 139(7), 1027-1046.
<https://doi.org/10.1248/yakushi.18-00215>

Tamayo, R. P. (2012). *De la magia primitiva a la medicina moderna*. Fondo de Cultura Económica.

Taylor, E. J. (1995). Whys and wherefores: Adult patient perspectives of the meaning of cancer. *Seminars in Oncology Nursing*, 11(1), 32-40. WB Saunders.
[https://doi.org/10.1016/S0749-2081\(95\)80040-9](https://doi.org/10.1016/S0749-2081(95)80040-9)

Vespa, A., Jacobsen, P.B., Spazzafumo, L. y Balducci, L. (2011). Evaluation of intrapsychic factors, coping styles, and spirituality of patients affected by tumors. *Psycho-Oncology*, 20(1), 5-11. <https://doi.org/10.1002/pon.1719>

Zapata, M. (2015). *Los efectos de la técnica biopsicoeducativa sobre el estado de ánimo de pacientes con diagnóstico de enfermedad oncológica* [Tesis de maestría, Universidad de la República]. Colibrí. <https://hdl.handle.net/20.500.12008/9222>