



Facultad de Psicología
Trabajo Integrador Final

**Acompañar a quien acompaña:
Propuesta de intervención gestáltica para el círculo íntimo de pacientes
oncológicos**

Modalidad: Propuesta de intervención en el campo profesional

Autora: Guastoni, Yamile María Carla

Legajo: G-2327/2

DNI: 34.527.275

Docente responsable: Morguen, Nicolás Jorge

Agradecimientos

A mis padres, por su acompañamiento incondicional a lo largo de estos años, por la confianza que siempre tuvieron en mí, incluso cuando yo dudaba, y por su paciencia que no tiene medida. A mi familia, por estar siempre presente e impulsarme a construir mi propio camino. Sin ellos nada de esto sería posible.

A mis amigas, que supieron acompañarme, sostenerme y celebrar conmigo cada logro.

A mis amigas y compañeras de estudio, por la convivencia y el sostén. Por compartir nervios, mates y alegrías en cada etapa.

A quienes compartieron conmigo el camino por la facultad, construyendo vínculos significativos que convirtieron este tránsito en algo más llevadero. Los lazos forjados en estos años son parte de lo que soy hoy.

A La Universidad Pública y gratuita, por sus oportunidades. A la Facultad de Psicología que me vio caer, levantarme y seguir intentándolo muchas veces.

A los espacios de formación y práctica que me permitieron vivenciar la Terapia Gestalt no sólo como marco teórico, sino como forma de estar en el mundo.

A los docentes que me alojaron durante la carrera y dejaron una marca en mi formación, por su entrega y transmisión. En especial a Nicolás, mi tutor, por su tiempo y dedicación.

Índice

Resumen	2
Denominación del Proyecto	3
Descripción de la comunidad destinataria	5
Descripción y justificación de la propuesta	6
Objetivos General y Específicos	10
Determinación de las acciones, plazos y recursos	11
Evaluación general del proyecto	15
Referencias bibliográficas	16

Resumen

El presente trabajo constituye una propuesta de intervención en el campo profesional del Psicólogo, orientada al diseño de un dispositivo grupal terapéutico desde la Terapia gestáltica. Está destinado al círculo íntimo de pacientes oncológicos, que acudan a instituciones privadas de salud de la ciudad de Rosario. El problema que lo encuadra es que familiares, parejas y amigos cercanos de pacientes oncológicos avanzados, conforman una población de alto riesgo psicológico que raramente accede a intervenciones específicas dentro de los sistemas de salud. Esto a pesar de la sobrecarga emocional, el duelo anticipatorio y las interrupciones del contacto que caracterizan su experiencia. Los objetivos del trabajo son: diseñar el dispositivo grupal, fundamentar teóricamente las decisiones de encuadre, describir la población destinataria y desarrollar un plan de acción de ocho encuentros semanales. La fundamentación teórica integra aportes de la Terapia Gestalt (contacto, frontera de contacto, ajuste creativo, darse cuenta, campo y resonancia), la teoría grupal, desarrollos de la psicooncología, y conceptualizaciones sobre duelo anticipatorio. Esta propuesta sostiene que el dispositivo grupal gestáltico ofrece condiciones específicas para que el círculo íntimo del paciente oncológico pueda elaborar su experiencia, recuperar el contacto con sus propias necesidades y encontrar en el encuentro con otros, nuevos recursos para transitar la enfermedad sin perder el contacto consigo mismos.

Palabras clave: círculo íntimo - pacientes oncológicos - dispositivo grupal - sobrecarga del cuidador - duelo anticipatorio

Denominación del Proyecto

Este Trabajo Integrador Final se titula “Acompañar a quien acompaña: Propuesta de intervención gestáltica para el círculo íntimo de pacientes oncológicos”. En él se plantea un dispositivo grupal terapéutico, orientado a favorecer la elaboración subjetiva de la experiencia de acompañar en la enfermedad y a fortalecer los recursos emocionales de quienes ejercen el rol de acompañantes.

La propuesta se organiza en torno al siguiente problema de investigación: ¿de qué modo un dispositivo grupal terapéutico desde la Terapia Gestalt puede constituirse como espacio de elaboración subjetiva para el círculo íntimo de pacientes oncológicos, atendiendo a la especificidad de su sobrecarga emocional y a la dimensión del duelo anticipatorio? Este interrogante articula tres categorías conceptuales: el círculo íntimo como sujeto legítimo de intervención psicológica; la sobrecarga emocional y el duelo anticipatorio como fenómenos propios de esa posición; y el dispositivo grupal gestáltico como una respuesta clínica pertinente a dicha problemática.

La tensión que organiza el problema radica en la distancia entre la complejidad de la experiencia de acompañar en la enfermedad oncológica y la escasez de intervenciones específicamente diseñadas para quienes ocupan ese lugar.

El diagnóstico de una enfermedad oncológica constituye un acontecimiento vital crítico que impacta e irrumpe de manera significativa en la vida de quién la padece. Según la Organización Mundial de la Salud (2021), el término *cáncer* es un término genérico que abarca un amplio grupo de enfermedades, capaces de afectar cualquier parte del organismo. Su característica definitoria es la proliferación rápida de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales, pudiendo propagarse a otros órganos, proceso denominado *metástasis*, siendo esta extensión la principal causa de muerte por la enfermedad.

De acuerdo con los datos proporcionados por el Observatorio Global del Cáncer (Globocan, 2020), Argentina presentó en ese año una de las tasas de incidencia más altas de la región con 130.878 casos nuevos de cáncer en ambos sexos.

Esta dualidad entre cifras y experiencias, permite comprender que la salud no es solo la ausencia de enfermedad, si no que implica un estado de bienestar integral que incluye dimensiones físicas, psíquicas y sociales; entiendo así, que el impacto del cáncer excede al individuo en sí mismo y alcanza a su entorno más cercano. Familiares, parejas, amigos y cuidadores íntimos suelen asumir roles de acompañamiento emocional y práctico que demandan una fuerte implicación afectiva, sin contar, la mayoría de las veces con espacios específicos de sostén psicológico para sí mismos.

Los tratamientos asociados no solo generan cambios físicos visibles en el enfermo oncológico (pérdida de peso, de cabello, náuseas, debilidad y deterioro progresivo del enfermo), sino que producen un impacto emocional, relacional y simbólico que atraviesa a todos quienes forman parte de su entorno (Holland y Lewis, 2003).

Entre las consecuencias psicológicas observadas en el círculo íntimo, se destacan diversas manifestaciones de malestar emocional, tales como sentimientos de vulnerabilidad, negación, culpa, ansiedad, tristeza e indefensión. Así mismo, quienes acompañan suelen adoptar posiciones de fortaleza que dificultan la expresión del malestar, relegando sus propias necesidades en favor del bienestar del paciente. (Die Trill, 2003)

Es en este sentido que, los familiares de pacientes oncológicos constituyen una población de alto riesgo psicológico que rara vez recibe atención específica dentro de los sistemas de salud, a pesar de que sus necesidades emocionales resultan tan legítimas como las del propio paciente (Die Trill, 2003).

Esta sobrecarga emocional puede traducirse en sentimientos de angustia, cansancio y desorientación, así como en dificultades para elaborar la propia vivencia de la enfermedad (Barreto et al., 2008).

Dentro de las instituciones de atención en salud, los dispositivos suelen orientarse al tratamiento médico del paciente, y las intervenciones dirigidas al círculo

íntimo suelen ser escasas o quedar subsumidas a instancias informales de contención, o a espacios de terapia individual, aislada. Esta ausencia de un espacio propicio, puede favorecer la aparición de sobrecarga emocional, dificultades en el contacto con las propias necesidades y obstáculos en la elaboración de las experiencias vinculadas a la enfermedad y el cuidado.

Ignorar la experiencia subjetiva de quienes acompañan, no solo perpetúa su aislamiento, sino que impacta directamente en la calidad del acompañamiento que pueden ofrecer al paciente. Como señalan Holland y Lewis (2003), la salud emocional del círculo íntimo incide en la calidad de vida del paciente y en la adherencia al tratamiento: atender al cuidador es, también, una forma de cuidar al enfermo.

Esa sobrecarga emocional puede traducirse en sentimientos de angustia, cansancio y desorientación, así como en dificultades para elaborar la propia vivencia de la enfermedad (Barreto et al., 2008).

El dispositivo grupal no solo contiene, sino que produce condiciones para que emerjan nuevas formas de posicionarse frente a la experiencia del cuidado. Su implementación adquiere especial relevancia al integrar la dimensión psicosocial dentro de una institución históricamente centrada en el abordaje biomédico.

El grupo introduce así un espacio donde lo subjetivo encuentra legitimidad, ampliando la mirada sobre el proceso de enfermedad. En este sentido, el dispositivo grupal se configura como una propuesta de intervención que no se limita a la expresión emocional, sino que promueve la construcción colectiva de sentido, el fortalecimiento del apoyo mutuo y la elaboración subjetiva de la experiencia de acompañar a un ser querido en el tránsito por la enfermedad oncológica.

La presente propuesta se plantea, por tanto, para desarrollarse en las instituciones privadas de la salud, de la localidad de Rosario. Dirigida principalmente al círculo vincular más cercano del paciente oncológico en estado avanzado: familiares, pareja y amigos mayores de 18 años que deseen participar del espacio grupal.

Descripción de la comunidad, o el grupo destinatario de la intervención profesional

La propuesta está destinada a adultos mayores de 18 años que forman parte del círculo íntimo de pacientes oncológicos: familiares directos, parejas y amigos cercanos que ejerzan activamente un rol de acompañamiento emocional o práctico, y que compartan cierto grado de implicancia en el proceso de la enfermedad. Se incluyen personas que atraviesan una etapa avanzada del proceso oncológico del paciente: desde el tratamiento activo, la metástasis o los cuidados paliativos.

Se establece como criterio de inclusión la participación voluntaria y activa, condición necesaria para el funcionamiento del encuadre grupal, junto con la disponibilidad para asistir a los ocho encuentros semanales.

Cabe señalar, que si bien la diversidad de vínculos que pueden reunirse en el dispositivo implican necesariamente una pluralidad de experiencias y de modos de implicación frente a la enfermedad, esa heterogeneidad no es concebida como un obstáculo, sino como un elemento constitutivo del campo grupal: desde la perspectiva gestáltica, la diversidad de resonancias que emergen entre los participantes enriquece el trabajo terapéutico y amplía las posibilidades de darse cuenta de cada uno.

La coordinadora deberá atender a estas diferencias sosteniendo tanto lo que une al grupo, es decir, el padecimiento compartido de acompañar a alguien en la enfermedad oncológica, como lo que singulariza la experiencia de cada participante, favoreciendo que ambas dimensiones puedan ser reconocidas y trabajadas en el espacio grupal.

Se excluirán a aquellas personas que atraviesen un proceso de duelo agudo por la pérdida reciente del paciente oncológico -en ese caso se sugeriría derivación a un espacio individual o grupal específico de duelo-.

Se propone que el dispositivo se implemente en instituciones privadas de salud de la localidad de Rosario, Santa Fe, Argentina, donde el acceso al tratamiento oncológico cuenta con cierta estructura de acompañamiento médico, pero no siempre cuentan con dispositivos específicos de intervención psicológica dirigidos al entorno del paciente.

La convocatoria se realizaría a través del servicio de oncología de la institución, en articulación con el equipo médico tratante, quien podría informar a los pacientes y sus familias sobre la existencia del espacio. La participación es voluntaria y gratuita, y se enmarca en los servicios de salud mental ofrecidos por la institución de salud.

Descripción y justificación de la propuesta

Desde la Terapia Gestalt, el trabajo grupal se presenta como un dispositivo privilegiado para favorecer el darse cuenta, la expresión emocional y la construcción de apoyos, permitiendo a los participantes reconocer y resignificar su experiencia como acompañantes. En este sentido, Perls (en Stevens, 1993) señala que el grupo no constituye una mera extensión de la terapia individual, sino que ofrece condiciones específicas que el trabajo uno a uno no puede proveer: la presencia de otros funciona como campo de resonancia donde cada participante puede reconocer, en la experiencia ajena, algo de la propia que permanecía invisible. La presencia de otros, forma parte del proceso terapéutico, donde los demás participantes son espejos de la propia experiencia. Compartir situaciones de similar carga emocional, puede favorecer el verdadero apoyo dentro del grupo.

Es por esto que se vuelve pertinente el diseño de una intervención grupal destinada al círculo íntimo de pacientes oncológicos en etapa avanzada, que ofrezca un espacio de sostén, reflexión y elaboración subjetiva dentro del contexto institucional privado de la salud.

Siguiendo a Perls (1998) la Terapia Gestalt concibe al ser humano, como una totalidad, desde una perspectiva holística, entendiendo que el organismo y su entorno no son entidades separadas sino dimensiones de un campo unificado en permanente interacción. Lo biológico, lo mental y lo social son inseparables, y la vida psíquica no puede comprenderse por fuera del entramado relacional en el que se produce. Esta perspectiva implica que el sufrimiento del cuidador oncológico no puede leerse como un fenómeno individual, sino que requiere ser abordado en el entramado vincular e institucional en el que emerge.

Esta postura se asienta en una comprensión más amplia de la naturaleza humana. Brandolín (2013) señala que la terapia Gestalt entiende al ser humano como la totalidad de conductas, emociones, sensaciones y pensamientos, que emergen de la interacción entre el organismo y el entorno, desde una mirada interactiva que hace imposible pensar la experiencia por fuera de ese encuentro.

Si la experiencia siempre emerge en relación, resulta conveniente que la intervención no se limite al trabajo individual. La posibilidad de la grupalidad se presenta como el espacio privilegiado para que el cuidador oncológico pueda reconocer, elaborar y resignificar su vivencia en presencia de otros que atraviesan algo similar. Esta premisa es la que fundamenta la elección del dispositivo grupal.

Para llevar adelante esta propuesta, resulta necesario precisar qué se entiende por dispositivo en el contexto de la intervención psicoterapéutica. En relación con ello, Brandolín (2014) sostiene que podemos pensar al dispositivo psicoterapéutico como una red organizada de prácticas, construcciones de sentido y relaciones que posibilita que ciertas experiencias puedan ser dichas, reconocidas y elaboradas. En este sentido, el dispositivo no solo responde a una urgencia clínica, sino que genera activamente el espacio para que algo nuevo pueda emerger. Para que un dispositivo de estas características pueda establecerse, requiere de ciertas condiciones: que exista una demanda por parte de quienes participan, un pedido de ayuda, así como un encuadre que delimite sus condiciones de funcionamiento. No se trata simplemente de reunir personas en un mismo espacio, sino de configurar condiciones que habiliten determinadas formas de decir, sentir y vincularse.

La experiencia surge siempre en el límite entre el organismo y su entorno: no hay sujeto sin mundo, ni mundo sin sujeto que lo habite: ambos se constituyen mutuamente en cada encuentro (Perls, Hefferline y Goodman, 1951). Esta concepción, central en la terapia Gestalt, fue profundizada por Parlett (1991) desde la teoría de campo: el campo organismo-entorno es un proceso dinámico e interaccional, donde cada elemento cobra sentido únicamente en relación con la totalidad. Se genera un campo compartido, que es mutuamente construido.

Dentro de este campo co-creado, cada uno ayuda a crear la realidad de los otros, dentro del grupo terapéutico, experimentando así, un doble proceso: generamos efectos sobre nuestras relaciones y a su vez, somos afectados por ellas. (Parlett, 1991)

En esta línea, Francesetti, Gecele y Roubal (2013) proponen comprender la psicopatología como un fenómeno co-creado del campo, que surge en la frontera de contacto, en la interacción con el entorno y puede ser transformado en el proceso de contacto. Desde esta perspectiva, el agotamiento, la culpa o la dificultad para expresar el propio malestar no son rasgos del cuidador en tanto individuo, sino modos de respuesta que emergen en un campo particular sostenido por relaciones, expectativas y mandatos implícitos. Esta comprensión tiene consecuencias directas para el diseño del dispositivo grupal que busca crear las condiciones para que ese sufrimiento difuso pueda hacerse figura, ser nombrado y elaborado en presencia de otros.

El grupo no es entonces un recurso de contención, sino la condición misma de la posibilidad de cambio.

Estrechamente vinculado a esta comprensión se encuentra el concepto de resonancia, que Francesetti, Gecele y Roubal (2013) describen como el modo en que la experiencia de otro impacta en la propia subjetividad, movilizand o emociones, recuerdos y sensaciones que se activan en el encuentro. En el espacio grupal, la resonancia opera como un fenómeno terapéutico en sí mismo: escuchar la experiencia de otro cuidador puede permitir reconocer algo de la propia experiencia que permanecía invisible. Esta resonancia se inscribe en el cuerpo, en las posturas, en las tensiones que emergen al estar presentes con el sufrimiento de otro.

Frente a las demandas del entorno, el organismo despliega lo que en Terapia Gestalt se denomina *ajuste creativo*: modos de comportarse que, en su momento, representan la mejor respuesta posible ante las condiciones del campo. Zinker (1980) describe este proceso señalando que cuando estos ajustes se cristalizan y se repiten independientemente del contexto, pueden convertirse en obstáculos para el contacto genuino, dando lugar a las llamadas interrupciones del contacto.

Explica el ciclo de la experiencia como el proceso que va desde la sensación hasta el contacto y el reposo, y señala que las interrupciones expresan diferentes modos de evitar ese contacto pleno. En el caso de cuidadores oncológicos, debido a las tareas que realizan, es probable que se den interrupciones como la retroflexión (retener emociones como la rabia o el agotamiento para no cargar al paciente), la confluencia (perder de vista las propias necesidades al fundirse con el rol de sostén) y la deflexión (evitar el contacto con la experiencia emocional a través de la hiperactividad en el cuidado práctico). Reconocer estos ajustes no implica patologizarlos: muchos representaron formas de sostener lo insostenible.

Para trabajar con ellos, Zinker (1980) propone el experimento gestáltico como el instrumento privilegiado para ampliar el darse cuenta: una acción concreta, propuesta en el espacio terapéutico, que interrumpe el patrón habitual y abre la posibilidad de una respuesta nueva. Es esta lógica la que organiza los experimentos previstos en cada encuentro del dispositivo.

El trabajo terapéutico propuesto busca ampliar el darse cuenta en torno a ellos, generando nuevas posibilidades de respuesta.

El darse cuenta o awareness es el horizonte central de la Terapia Gestalt. Perls (1999) lo describe como la capacidad de estar en contacto con la propia experiencia en el momento presente, distinguiendo tres zonas: el darse cuenta del mundo exterior, lo que percibimos a través de los sentidos, el darse cuenta del mundo interior, las sensaciones corporales y estados emocionales, y el darse cuenta de la zona intermedia, los pensamientos, fantasías e interpretaciones que median entre ambos mundos. Favorecer el awareness en este dispositivo implica crear condiciones para que el cuidador pueda volver a habitar a sí mismo: reconocer el cansancio, el miedo, el amor y el duelo anticipatorio, sin que ello amenace su capacidad de sostener al paciente.

Este proceso de recuperar el contacto con uno mismo no ocurre en el vacío, si no que requiere de un campo que lo sostenga. Kita Cá y Wainer (1994) señalan que es

el padecimiento compartido lo que posibilita el encuentro genuino entre los participantes de un grupo: saber que otros atraviesan algo similar genera condiciones de reconocimiento mutuo que exceden lo producible en el trabajo individual.

Esta potencia depende, sin embargo, de una condición que Laura Perls (2004) formula con precisión: el contacto sólo es posible si hay suficiente apoyo disponible. Para Laura Perls, el apoyo terapéutico no es un recurso auxiliar sino una función del campo. El dispositivo grupal propuesto opera precisamente como ese campo de apoyo: un espacio de sostén donde el cuidador oncológico puede encontrar las condiciones necesarias para recuperar el contacto con su propia experiencia.

El trabajo grupal habilita también la exploración de las polaridades que emergen en la experiencia del cuidador: fortaleza y agotamiento, amor y resentimiento, deseo de cuidar y necesidad de ser cuidado. La Gestalt concibe estas tensiones no como contradicciones a resolver sino como material productivo que, cuando puede ser sostenido en el espacio terapéutico, amplía la comprensión que el cuidador tiene de sí mismo. (Zinker, 1980)

En el ámbito clínico, el encuadre grupal posibilita la construcción de un entramado vincular donde la identificación, la resonancia emocional y el intercambio entre pares, se transforman en herramientas terapéuticas. A diferencia del espacio individual, el grupo introduce una dimensión intersubjetiva que amplía la comprensión de las vivencias y habilita nuevas formas de significación, en tanto lo que emerge en el campo compartido excede lo que cada participante podrá elaborar en soledad (Francesetti, Gecele y Roubal, 2013).

El contexto oncológico impone una dimensión existencial que no puede ser soslayada. Yalom (1986) identifica entre los factores terapéuticos del grupo la universalidad, reconocer que no se transita en soledad, la cohesión afectiva, la catarsis emocional y el aprendizaje compartido. Estos factores adquieren una resonancia particular en contextos de vulnerabilidad como el del acompañamiento oncológico porque la enfermedad grave pone en primer plano la conciencia de la finitud.

A su vez Yalom (2008) sostiene que esa conciencia puede constituirse en una experiencia de despertar: lo que en principio aparece como amenaza (el miedo a la pérdida, el duelo anticipatorio y la propia angustia ante la muerte) puede convertirse, con el sostén adecuado, en una oportunidad de revisión profunda de los vínculos y las prioridades.

En un grupo de cuidadores oncológicos, ese movimiento no es solo posible sino esperable, y el dispositivo busca crear las condiciones para que ocurra.

Con respecto al duelo anticipatorio, Kübler-Ross (1969/2010) describió, el complejo proceso emocional que atraviesan tanto quienes padecen la enfermedad oncológica como quienes los acompañan, señalando que el duelo se inicia con frecuencia desde el momento mismo del diagnóstico, lo que se denomina duelo anticipatorio, mucho antes de que el paciente fallezca. Por su parte, Payás Puigarnau (2010) profundiza esta idea planteando que el duelo es un proceso de tareas activas que el doliente atraviesa de manera no lineal, incluyendo las dimensiones corporales y espirituales como aspectos inseparables de esa elaboración. Worden (2013), desde una mirada procesual complementaria, propone cuatro tareas que en el caso del duelo anticipatorio comienzan a desplegarse mientras el ser querido todavía está presente: aceptar la realidad de la pérdida, trabajar las emociones y el dolor de la pérdida, adaptarse a un mundo sin el ser querido y encontrar una conexión duradera mientras se emprende una nueva vida.

Estos tres autores confluyen en sostener que el duelo es un proceso activo, no una pasividad ante el dolor, y eso es precisamente lo que el dispositivo terapéutico grupal aquí propuesto busca favorecer.

En la misma línea, Barreto, Yi y Soler (2008) señalan que los cuidadores de pacientes oncológicos presentan niveles significativos de sobrecarga emocional, entendida como el conjunto de consecuencias físicas, emocionales, sociales y económicas que se derivan del ejercicio sostenido del cuidado, con escaso acceso a

intervenciones psicológicas específicas. Esta sobrecarga, que en la literatura especializada se conoce desde los desarrollos de Zarit como *carga del cuidador*, resulta especialmente relevante en el contexto oncológico donde las demandas del acompañamiento son sostenidas e intensas.

Es en el cruce entre la perspectiva gestáltica, la teoría grupal, la dimensión existencial de la enfermedad y la evidencia sobre la sobrecarga del cuidador donde se asienta la pertinencia del dispositivo propuesto: un espacio que no patologiza ni juzga a quienes acompañan, sino que reconoce la complejidad de su experiencia y ofrece condiciones para elaborarla, expresarla y encontrar, junto a otros, nuevos recursos para transitar la enfermedad de su ser querido sin perder el contacto consigo mismos.

Objetivos General y Específicos

Objetivo general:

- Diseñar una propuesta de intervención grupal destinada al círculo íntimo de pacientes oncológicos en un contexto hospitalario privado, orientada a favorecer la elaboración subjetiva de la experiencia de acompañar y el fortalecimiento de los recursos de apoyo emocional.

Objetivos específicos:

- Promover el reconocimiento y la expresión de las emociones que emergen en la experiencia de acompañar a un paciente oncológico.
- Facilitar la construcción de un espacio grupal que funcione como red de sostén, favoreciendo la circulación de la palabra y la resonancia entre pares.
- Favorecer procesos de darse cuenta en relación con las propias necesidades, límites y recursos frente al rol de acompañante.
- Acompañar la elaboración del duelo anticipatorio y la conciencia de la finitud en el contexto de la enfermedad oncológica.

Determinación de las acciones que se proponen realizar, sus plazos tentativos y los recursos materiales y humanos necesarios.

La presente intervención profesional está enmarcada en un dispositivo grupal que se organiza en torno a ocho encuentros semanales de noventa minutos, con una conformación cerrada de entre seis y ocho participantes.

El grupo será coordinado por una psicóloga, con formación en Terapia Gestalt. Dada la especificidad del contexto oncológico y la intensidad emocional que puede emerger en el trabajo con cuidadores, se contempla supervisión clínica periódica externa. Francesetti, Gecele y Roubal (2013) señala que el cuidado del terapeuta es una condición ética del trabajo en campos co-creados: quien sostiene el sufrimiento ajeno necesita, a su vez, ser sostenido. La supervisión no es un recurso opcional sino una herramienta de protección para los participantes y para la psicóloga coordinadora.

Se contempla asimismo la articulación con el equipo de oncología de la institución, en el marco de un abordaje interdisciplinario que integre lo psicosocial dentro de una institución centrada en el modelo biomédico.

Los recursos materiales necesarios son: una sala con capacidad para entre ocho y diez personas, con sillas dispuestas en ronda; pañuelos de papel; hojas, lápices y fibras de colores; tarjetas o cartulinas para actividades escritas; un reproductor de música para momentos de caldeamiento o cierre; material de lectura seleccionado por la coordinadora; y consentimientos informados impresos para firmar en el primer encuentro.

Plan de acción

El dispositivo grupal se organiza en función de tres etapas: apertura y construcción del campo grupal (encuentros 1 y 2), desarrollo y profundización (encuentros 3 a 6) y cierre y elaboración (encuentros 7 y 8). Cada encuentro incluye un momento de apertura o caldeamiento (15 minutos aproximadamente), un desarrollo central con experimentos gestálticos específicos (50 minutos) y una ronda de sensaciones y cierre (25 minutos). La coordinadora abre y cierra cada sesión con una breve ronda de sensaciones: una palabra o imagen que exprese cómo llega y cómo se va cada participante, práctica que favorece el darse cuenta y el registro del proceso a lo largo del tiempo.

Primera etapa: Apertura y construcción del campo grupal

Encuentro 1: ¿Cómo llego a este espacio?

Eje temático: Presentación, encuadre y primer contacto con la experiencia de acompañar.

El objetivo central de este primer encuentro es crear las condiciones de confianza y seguridad que harán posible el trabajo emocional en los encuentros siguientes.

La coordinadora recibe a los participantes en ronda y se presenta, explicando su formación y el marco desde el cual trabaja. Expone los objetivos del espacio, y las condiciones del encuadre (confidencialidad, regularidad, voluntariedad), e invita a cada participante a firmar el consentimiento informado.

A continuación, cada participante comparte su nombre, quién es el paciente en su vida y, si lo desea, una palabra que describa cómo está llegando a este espacio hoy. La coordinadora sostiene cada presentación con presencia plena, sin interpretar ni profundizar todavía, simplemente recibiendo lo que emerge, desde una postura fenomenológica.

Para el cierre, se propone una breve práctica de atención sensorial: la coordinadora invita a los participantes a notar cómo están respirando, qué sienten en el

cuerpo, si hay tensión o alivio. Se cierra con una palabra sobre cómo se van y se despide al grupo.

Experimentos gestálticos: ronda de apertura y cierre, ejercicio de atención sensorial básica.

Encuentro 2 : ¿Quién soy cuando cuido?

Eje temático: El rol de acompañante. Quién soy cuando acompaño.

Este encuentro profundiza la construcción del campo grupal y comienza a trabajar sobre la experiencia de acompañar como fenómeno específico.

Tras abrir con la ronda de sensaciones, la coordinadora propone una pregunta para el trabajo grupal: ¿Qué significa para cada uno acompañar a alguien en la enfermedad?

Se propone un trabajo en dos tiempos: primero una escritura individual breve de 10 minutos, donde cada participante anota lo que le surja en torno a esa pregunta; luego una ronda de compartir en el grupo. La coordinadora facilita la resonancia entre las experiencias, señalando lo que aparece en común y lo que cada uno trae de singular, favoreciendo el proceso de universalización descrito por Yalom.

Para el cierre, propone una práctica de atención corporal focalizada en las manos, que en muchos casos son las que cuidan, sostienen, acarician.

Experimentos gestálticos: escritura de contacto, ronda de resonancia, atención corporal focalizada.

Segunda etapa: Desarrollo y profundización

Encuentro 3: ¿Qué siento y no me permito sentir?

Eje temático: La experiencia emocional del cuidador. Lo que siento y no me permito sentir.

Este encuentro se centra en el reconocimiento y la expresión de las emociones que emergen en la experiencia de acompañar. Con frecuencia, los cuidadores funcionan en un estado de anestesia emocional funcional: están disponibles para el otro pero desconectados de su propia experiencia. El objetivo es crear condiciones para que esa desconexión pueda ser nombrada y, eventualmente, reconocida.

La coordinadora propone un ejercicio de identificación emocional: cada participante recibe una tarjeta con un listado de emociones para señalar cuáles reconocen en su experiencia cotidiana como acompañantes y cuáles sienten que no se permiten. La ronda posterior habilita a compartir lo elegido, generando resonancia en el grupo.

Para profundizar, la coordinadora puede proponer un experimento gestáltico: completar en voz alta la frase "Cuando estoy cuidando, yo siento...", sosteniendo lo que emerge sin apresurarse a resignificarlo.

Experimentos gestálticos: Identificación emocional, frase incompleta, experimento de expresión en presencia del grupo

Encuentro 4: ¿En qué me convertí desde que enfermo?

Eje temático: Los vínculos y la reorganización familiar. Todo cambia cuando algo cambia.

La enfermedad oncológica reorganiza los vínculos del sistema familiar y social del paciente: roles estables se modifican, expectativas implícitas emergen, y el cuidador ocupa un lugar para el que nadie lo preparó. Este encuentro trabaja sobre esa reorganización vincular y sus efectos en la experiencia del acompañante.

La coordinadora propone una consigna de escritura que trabaja las polaridades que emergen en ese proceso: "Antes de la enfermedad yo era... Ahora soy...". Cada participante escribe durante diez minutos y luego comparte lo que desee. La coordinadora facilita la exploración de las pérdidas implícitas de ese cambio de rol, y de los recursos que cada uno ha desarrollado.

Reconocer que otros atraviesan procesos similares de reorganización vincular reduce el aislamiento y normaliza la experiencia.

Experimentos gestálticos: escritura de contacto, ronda de resonancia, exploración de polaridades.

Encuentro 5: ¿Puedo llorar a alguien que todavía está?

Eje temático: El duelo anticipatorio y la conciencia de la finitud.

Este encuentro aborda uno de los núcleos más delicados y frecuentemente silenciados en la experiencia del cuidador oncológico.

La coordinadora introduce estas ideas de manera accesible, normalizando la experiencia de llorar a alguien que todavía está.

Se propone un momento de reflexión individual seguido de una ronda grupal en torno a la pregunta: ¿Hay algo que me da miedo perder, además de la persona? La coordinadora sostiene lo que emerge con presencia plena, sin apresurarse a consolar ni a resolver. La conciencia de la muerte como movilizador de lo esencial, idea que trabaja Yalom, puede emerger aquí de manera natural.

Experimentos gestálticos: pregunta abierta, presencia plena de la coordinadora, sostenimiento del silencio y de la emoción.

Encuentro 6: ¿Qué postergué? ¿Qué necesito?

Eje temático: Las interrupciones del contacto.

Este encuentro trabaja sobre los modos en que el cuidador interrumpe el contacto con sus propias necesidades. Retomando los conceptos gestálticos de retroflexión, confluencia y deflexión trabajados en la justificación de la propuesta, la coordinadora propone un recorrido de autoexploración: ¿Qué es lo que postergo? ¿Qué necesito y no pido? ¿Cuándo fue la última vez que me pregunté cómo estoy?

Se propone un ejercicio de dos partes: primero, cada participante escribe en una tarjeta una necesidad propia que ha postergado desde que comenzó el acompañamiento. Luego, en ronda, cada uno lee su tarjeta y el grupo escucha. La coordinadora facilita el reconocimiento de que nombrar una necesidad no implica desatender al paciente, sino recuperar el contacto con uno mismo.

Experimentos gestálticos: escritura de contacto, ronda de necesidades, experimento de permiso.

Tercera etapa: Cierre y elaboración

Encuentro 7: ¿Qué encontré cuando me detuve?

Eje temático: Recursos y fortalezas. Lo que encuentro cuando me detengo.

El penúltimo encuentro tiene como objetivo el reconocimiento de los recursos propios y del grupo como sostén. Luego de seis encuentros de trabajo emocional intenso, este espacio invita a los participantes a reconocer lo que han construido: habilidades de cuidado, vínculos de apoyo, capacidad de sostener situaciones difíciles.

Cada participante escribe tres cosas que ha descubierto de sí mismo, y tres recursos que ha encontrado o fortalecido. Se comparte en ronda y la coordinadora facilita el reconocimiento de lo que el grupo mismo ha sido como sostén.

Se introduce el tema del cierre en el próximo encuentro, invitando a los participantes a pensar qué se llevan de este espacio.

Experimentos gestálticos: ronda de reconocimiento, trabajo con recursos, preparación para el cierre.

Encuentro 8: ¿Qué me llevo de este espacio grupal?

Eje temático: Cierre y despedida del grupo como campo compartido.

El último encuentro tiene un carácter ritual: es el cierre de un proceso y la despedida de un campo compartido. Yalom (1986) señala que el cierre grupal activa en los participantes, vivencias de separación y pérdida que, trabajadas en el espacio terapéutico, pueden tener un valor clínico específico. En un grupo de cuidadores oncológicos, donde la pérdida y la separación son temas centrales, este cierre adquiere una resonancia particular.

La coordinadora abre con la ronda de sensaciones y luego propone una ronda final de cierre: cada participante comparte qué se lleva y qué le deja al grupo. Se deja un espacio abierto para evaluar qué emerge en el grupo, qué necesita, y cómo vivencia lo trabajado. La coordinadora cierra con una devolución breve sobre el proceso, destacando el valor de lo construido colectivamente.

Se entrega a cada participante información sobre recursos de apoyo disponibles en la institución y se habilita la posibilidad de derivación a un espacio individual si fuera necesario.

Experimentos gestálticos: ronda de cierre, espacio abierto, ritual de despedida, devolución de la coordinadora.

Evaluación general del proyecto

La evaluación del dispositivo se plantea en tres momentos: antes, durante y después del proceso grupal.

Previo al inicio del grupo, se realiza una entrevista individual de admisión con cada participante, orientada a evaluar la pertinencia de la inclusión en el grupo, identificar necesidades específicas y establecer un primer vínculo con la coordinadora: instancia que permite también la firma del consentimiento informado y la presentación detallada del encuadre.

Durante el proceso, la evaluación será de carácter procesual y cualitativo. La coordinadora llevará una bitácora clínica de cada sesión, con los emergentes del grupo, los movimientos del campo y las intervenciones realizadas. Este registro será trabajado en el espacio de supervisión externa.

Al finalizar el proceso, se realizará una entrevista individual de cierre, y se aplicará una breve encuesta de satisfacción anónima.

Los indicadores de evaluación incluirán: el nivel de participación y asistencia, la capacidad de los participantes de nombrar y expresar emociones vinculadas a la experiencia de acompañar, la emergencia de procesos de resonancia y sostén mutuo dentro del grupo, y la percepción sobre el impacto del espacio en el propio bienestar emocional.

Se contempla también la posibilidad de sistematizar la experiencia y difundirla en ámbitos académicos o profesionales, con el objetivo de contribuir al campo de la psicooncología y a la reflexión sobre las intervenciones dirigidas al entorno del paciente oncológico.

Referencias bibliográficas

- Barreto, P., Yi, P., y Soler, C. (2008). Predictores de duelo complicado.
Psicooncología.
- Brandolín, D. G. (2013). *La concepción de la naturaleza humana para la terapia Gestalt*.
Cátedra de Psicoterapias, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Rosario.
- Brandolín, D. G. (2014). *Apuntes sobre las psicoterapias y sus elementos constitutivos*.
Cátedra de Psicoterapias, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Rosario.
- Die Trill, M. (2003). *Psico-oncología*.
ADES Ediciones.
- Francesetti, G., Gecele, M., y Roubal, J. (Eds.). (2013). *Terapia Gestalt en la práctica clínica*.
CTP.
- Globocan. (2020). *Observatorio Global del Cáncer*.
<https://gco.iarc.fr>
- Holland, J. C., y Lewis, S. (2003). *La cara humana del cáncer: Vivir con esperanza, afrontar la incertidumbre*. Herder.
- Kita, C., y Wainer, A. (1994). *Grupos de autogestión*.
Editorial Era Naciente SRL.
- Kübler-Ross, E. (2010). *Sobre la muerte y los moribundos*.
Debolsillo. (Trabajo original publicado en 1969).
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *El cáncer*.
<https://www.who.int>
- Parlett, M. (1991). Reflexiones sobre la teoría de campo.
British Gestalt Journal.
- Payás Puigarnau, A. (2010). *Las tareas del duelo: Psicoterapia de duelo desde un modelo integrativo-relacional*. Paidós.
- Perls, F. (1999). *El enfoque gestáltico y testimonios de terapia*.
Cuatro Vientos.
- Perls, L. (2004). *Viviendo en los límites*.
Plaza y Valdés.

Stevens, J. O. (Comp.). (1993). *Esto es Gestalt*.

Cuatro Vientos.

Worden, J. W. (2013). *El tratamiento del duelo: Asesoramiento psicológico y terapia*.

Paidós.

Yalom, I. D. (1986). *Teoría y práctica de la psicoterapia de grupo*.

Fondo de Cultura Económica.

Yalom, I. D. (2008). *Mirar al sol: La superación del miedo a la muerte*.

Emecé.

Zinker, J. (1980). *El proceso creativo en la terapia gestáltica*.

Paidós.