



UNIVERSIDAD DE BELGRANO

# Las tesis de Belgrano

Facultad de Humanidades  
Carrera Licenciatura en Psicología

PSICOONCOLOGÍA: desarrollo y  
aplicación para el paciente superviviente  
de cáncer

N° 818

Florencia Augugliaro

Tutora: Lic. Beatriz Gómez

Departamento de Investigaciones  
Fecha defensa de tesina: 18 de junio de 2015

Universidad de Belgrano  
Zabala 1837 (C1426DQ6)  
Ciudad Autónoma de Buenos Aires - Argentina  
Tel.: 011-4788-5400 int. 2533  
e-mail: [invest@ub.edu.ar](mailto:invest@ub.edu.ar)  
url: <http://www.ub.edu.ar/investigaciones>



## Índice

Abstract .....	5	
<b>Introducción:</b>		
Presentación del tema.....	5	
Problema e interrogantes de la investigación.....	6	
Relevancia y justificación de la temática .....	6	
Objetivos generales y específicos .....	6	
Alcances y límites de la investigación .....	7	
Estado del Arte .....	7	
Marco Teórico .....	8	
Metodología.....	10	
<b>1. Capítulo I: La psicooncología como disciplina científica</b>		
1.1. Cáncer. Definición y etapas de la enfermedad.....	11	
1.2. Psicooncología ¿Qué es? .....	12	
1.3. Etapas de intervención y la función del psicólogo en las mismas.....	13	
1.3.1. Fase de estudios previa a la confirmación diagnóstica .....	14	
1.3.2. Fase de diagnóstico.....	15	
1.3.3. Fase de tratamiento.....	17	
1.3.4. Fase de cuidados paliativos .....	18	
<b>2. Capítulo II: La psicooncología en etapa de recuperación y supervivencia</b>		
2.1. Nuevos desafíos.....	20	
2.2. El sujeto de intervención: el superviviente.....	20	
2.3. Tareas a realizar		
2.3.1. Prevención de recaídas y reinserción socio-laboral.....	23	
2.3.2. Tratamiento de alteraciones y trastornos mentales.....	26	
2.3.3. Familia del paciente y relaciones interpersonales.....	30	
<b>3. Capítulo III: Conclusiones.....</b>		34
<b>4. Referencias Bibliográficas.....</b>		36



## Abstract

La presente revisión bibliográfica aborda la temática de la psicooncología aplicada al paciente superviviente, consultando fuentes de relevancia académica sobre la disciplina mencionada, sus desarrollos recientes, el trabajo con el paciente en recuperación y contribuciones de la Psicología Cognitiva. El objetivo del presente trabajo es caracterizar los aportes que la psicooncología puede brindar al cuidado del paciente superviviente. La psicooncología es una disciplina dedicada al estudio científico del paciente oncológico, cuyo objetivo es el cuidado psicosocial del mismo. Históricamente, su desarrollo estuvo ligado al sujeto en fase terminal, aunque recientemente su aplicación se ha extendido a la fase de postratamiento. Los pacientes han atravesado tratamientos complejos e invasivos, estudios intensos y extendidos, los cuales pueden derivar en alteraciones psíquicas, recaídas y dificultades a nivel familiar y social. Las consecuencias nocivas propias de la enfermedad son múltiples, y el trabajo asistencial y terapéutico con dichos pacientes es de relevancia para mitigar esos efectos y evitar la recidiva oncológica. Se considera que la psicooncología puede brindar alternativas asistenciales terapéuticas que contribuyan a la estabilidad psicológica del enfermo, así como también, de su núcleo cercano.

Palabras clave: psicooncología – cáncer - superviviente – terapia cognitiva – recuperación - postratamiento.

## INTRODUCCIÓN

### Presentación del tema

El cáncer es una enfermedad que afecta a una gran cantidad de personas a nivel mundial y constituye un problema prioritario en sanidad pública (Arrighi, Jovell, Dolors Navarro y Font, 2014). A pesar de la gravedad de la afección y la diversidad de partes del organismo que puedan resultar afectadas, los avances científicos y medicinales en detección y tratamiento hacen posible que los porcentajes de personas que sobreviven a dicho padecimiento sean cada vez más elevados (Galindo Vázquez et al., 2014). Lo antedicho despierta el interés de profesionales del área de la salud en general, y del área de salud mental en particular, en función de la gran cantidad de nuevos pacientes con enfermedad oncológica para quienes resulta pertinente un abordaje y/o seguimiento psicoterapéutico.

Los pacientes oncológicos son sometidos a intensos e invasivos tratamientos, por lo que se considera que la atención psicológica se vuelve fundamental, como una pieza que completa su tratamiento clínico. La psicooncología es una disciplina dedicada al estudio científico del paciente que desarrolla cáncer, cuyo objetivo central es el cuidado psicosocial mismo (Almanza-Muñoz y Holland, 2000). La atención de los factores psicosociales implica el manejo de la familia y aspectos relativos al equipo médico, factores psicológicos, conductuales y sociales que influyen en la aparición del cáncer y en su progresión. Recientemente, la disciplina se ha expandido, de manera tal de no abarcar únicamente la atención del paciente oncológico en pleno tratamiento de su enfermedad, sino también incluir medidas de prevención, riesgo genético, manejo de comunicación médico-paciente, y la atención del paciente en recuperación, entre otras (Almanza-Muñoz y Holland, 2000).

La Psicología de la Salud es una de las ramas más fundamentales y complejas que hacen a nuestra profesión. El primer intento de definición formal de la misma se debe a Matarazzo (1980, p.815) quien la consideró como:

El conjunto de las contribuciones educativas, científicas y profesionales específicas de la disciplina de la psicología, para la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas, y para el análisis y mejora del sistema de cuidado de la salud y la formación de políticas sanitarias.

En función de lo antedicho, la psicooncología se ha convertido en una subespecialidad central dentro de la Psicología de la Salud en las últimas décadas, debido al avance creciente del cáncer.

## Problema e interrogantes de la investigación

A pesar de lo anteriormente expuesto, comúnmente la psicooncología se aplica al paciente que se encuentra atravesando el tratamiento o bien, las últimas fases de la enfermedad, en cuidados paliativos. Sin embargo, la experiencia de la enfermedad no termina cuando finaliza el tratamiento clínico con éxito y comienzan las revisiones médicas. Habitualmente ocurre que el paciente que ha superado el cáncer es catalogado como “sano” y se descuida la atención psicológica que el mismo necesita, sin considerar las posibles consecuencias que, a causa del trastorno, puedan estar afectando al sujeto en cuestión y/o su entorno próximo, circunstancia que favorece el desarrollo de sentimientos de incompreensión, soledad y asilamiento (Yélamos y Sámbblas, 2012). Kornblith (1998) define al superviviente de cáncer como aquella persona que ha padecido un trastorno oncológico y lleva libre de tratamientos y de enfermedad un período mínimo de un año. No hay un momento concreto en el que se produzca la curación sino que se produce una evolución de la supervivencia (Kornblith, 1998). Por otro lado, se destacan el concepto de recuperación establecido por la Real Academia Española (2001), la cual señala que, dicho de una cosa o una persona, recuperar significa “volver a un estado de normalidad después de haber pasado por una situación difícil” (Real Academia Española, 2001). Por su parte, Kern de Castro y Moro (2012) definen al postratamiento como aquellas prácticas de autocuidado que deben iniciarse en forma posterior a terminar los tratamientos a los que haya sido sometido. Los citados conceptos serán los ejes centrales de la presente tesina.

En este sentido es que se reflexiona respecto de la posibilidad de recurrir a la psicooncología con el paciente en recuperación como una medida preventiva y terapéutica, tanto para el propio paciente como para su familia y/o entorno próximo. Se pretende responder a ciertos interrogantes como ¿En qué medida la psicooncología aplicada al paciente superviviente permite desarrollar conductas y hábitos que mejoren la calidad de vida y reduzcan el riesgo de recaídas? ¿De qué manera permite la disciplina intervenir sobre los trastornos, alteraciones o limitaciones secundarias generadas por la enfermedad? ¿De qué forma colabora y ayuda al grupo familiar que ha acompañado al paciente enfermo?.

## Relevancia y justificación de la temática

Debido a que los índices de recuperación y sobrevida del cáncer se han incrementado, se ha comenzado a considerar la necesidad de implementar la psicooncología para la atención de pacientes recuperados y supervivientes. Las tasas de mortalidad de todos los cánceres combinados disminuyeron entre 1997 y 2006 un promedio del 2.2% anual entre los hombres hispanos y del 1.2% anual entre las mujeres hispanas (Sociedad Americana del Cáncer, 2009). El presente trabajo tiene como objetivo dar cuenta de la eficacia de la psicooncología aplicada a población recuperada del cáncer, destacando la importancia de dicho campo en un contexto caracterizado por el avance del cáncer, aunque con mayores posibilidades pronósticas como lo es el actual, con el objeto de vislumbrar los beneficios que la misma otorga y abrir nuevas puertas para desarrollos y avances futuros.

Se considera que la presente tesina puede ofrecer alternativas terapéuticas para la asistencia del paciente en recuperación, aportando al cuidado del mismo, de su entorno y a su vez, a la formación de nuevas políticas de salud centradas en dicha fase del tratamiento. La psicooncología en el paciente superviviente podría actuar como medida preventiva para evitar recidivas y mejorar la calidad de vida, medida asistencial para el enfermo y su núcleo cercano, y medida terapéutica al abordar posibles alteraciones o trastornos psicológicos que sean producto de la enfermedad.

## Objetivo general

- ✓ Caracterizar los aportes de la psicooncología en su aplicación al paciente superviviente de cáncer

## Objetivos específicos

- Indagar los aportes que ofrece la psicooncología en la prevención de recaídas y reinserción socio-laboral del paciente en postratamiento.
- Indagar sobre el tratamiento de trastornos y/o alteraciones mentales en el paciente superviviente

de cáncer.

- Reflexionar sobre la contención psicológica e intervenciones psicoterapéuticas en el entorno próximo del paciente en recuperación.

### **Alcances y límites de la investigación**

Si bien los abordajes teóricos en psicooncología son múltiples y variados, la revisión a desarrollar se realizará tomando como piedra angular a la corriente Psicológica Cognitivo Comportamental, incluyendo, a su vez, aportes provenientes de la Psicoterapia sistémica y Psicología Positiva. Se considera que dicha elección se ajusta a los objetivos e intereses del presente trabajo.

No serán objeto de la presente tesina otros enfoques teóricos como aquellos centrados en la perspectiva humanística existencial o bien, aquellos de orientación psicoanalítica. Tampoco serán objeto de abordaje las intervenciones a desarrollar con el equipo sanitario o tratante en oncología.

### **Estado del arte**

Tradicionalmente, la psicooncología se ha limitado a la atención de los pacientes que se encuentran atravesando las fases terminales del cáncer, con el objeto de acompañar estos últimos momentos de la vida de la persona y su familia, evitando al máximo el nivel de sufrimiento de dichos actores (Die Trill, 2007). La citada intervención se refiere a cuidados paliativos, siendo ésta solo un área dentro de la psicooncología. Dicha confusión conceptual se refleja a nivel metodológico en las investigaciones, de forma tal que la mayor parte de los estudios realizados en el área se limitan a pacientes en fase terminal o bien, en tratamiento de la enfermedad, siendo escasos los trabajos dedicados al paciente superviviente.

Uno de los primeros artículos referidos a psicooncología es el trabajo de Barreto y Bayés (1990) titulado "El Psicólogo ante el enfermo en situación terminal", donde se destaca que el psicólogo en dicha situación debe apuntar a la consecución del bienestar o confort global de estos pacientes. Sintetiza la acción del psicólogo en tres grandes puntos: fomento de recursos del paciente y cuidadores (haciendo especial énfasis en las habilidades de comunicación), detección de necesidades psicológicas específicas del enfermo, equipo terapéutico y familia o personas relevantes, y provisión de apoyo emocional a los diferentes elementos de la situación terapéutica (Barreto y Bayés, 1990).

Un artículo de Rodríguez Vega, Aranzazu Ortíz y Palao (2004), destaca que la atención psicológica al paciente oncológico se debe centrar en el control de los síntomas y en el mantenimiento de una adecuada calidad de vida del paciente. A su vez, señala que el paciente oncológico en fases finales habitualmente presenta trastornos de ansiedad, trastornos cognitivos y delirium, depresión, ideación autolítica. Señala la relevancia del acompañamiento psicológico en la medida que la persona necesita además de competencia técnica en el manejo de su enfermedad, la posibilidad de hablar acerca de sus sentimientos y de reconquistar un cierto sentido de control sobre sus vidas. Siguiendo el mismo planteo, se destaca un trabajo publicado por el Grupo Madrileño de Psicooncología en donde señala la importancia de la asistencia psicológica con el paciente oncológico, argumentando que la misma permite la disminución de síntomas asociados a los tratamientos, favorece la adhesión a estos, reduce los niveles de ansiedad, depresión u otras alteraciones, e incide en la mejora de la calidad de vida de la familia del paciente (Grupo Madrileño de Psicooncología, 2003).

Asimismo, y en congruencia con dicho estudio, distintos autores plantean que la intervención psicológica en cáncer de fase terminal permite minimizar reacciones de ansiedad, alteraciones cognitivas y afectivas, valorar recursos de la unidad familiar y mejorar la adaptación frente a la cercanía de un desenlace (Acinas, Olallo Arango y Antón, 2012; Sárraga Luque et al., 2014)

A pesar de ser mayoritarios los trabajos dedicados a temas como los anteriormente citados, una gran exponente de la psicooncología en su visión más amplia ha sido Die Trill (2007). Dicha autora, en el trabajo "Intervención psicooncología en el ámbito Hospitalario" destaca que la participación del psicooncólogo en el tratamiento de necesidades emocionales de pacientes con cáncer se ha incrementado. La actividad asistencial va dirigida a aliviar el sufrimiento y a optimizar la calidad de vida del paciente (Die Trill,

2013). El psicooncólogo debería tener capacidad para trabajar con los diferentes problemas psicológicos y psiquiátricos que desarrollan los enfermos con cáncer, tanto durante el tratamiento de la misma como en el caso del superviviente. Desde este planteo, se comienza a presentar una mirada más abarcativa de la psicooncología, considerando la intervención psicológica más allá del momento de la “enfermedad” propiamente dicha.

En este sentido, se están comenzando a estudiar los aportes de la asistencia psicológica a la atención del paciente en recuperación. Así, Almanza-Muñoz y Holland (2000) argumentan que el objetivo central de la Psicooncología es el cuidado psicosocial del paciente con cáncer, de su familia y del equipo oncológico. El trabajo remite a la atención del superviviente, planteando que sus principales temores están ligados al riesgo de recurrencia, la presencia de esterilidad, deterioro neuropsicológico, ansiedad, sensación de vulnerabilidad, baja autoestima, miedo a revisiones de seguimiento y estudios, así como a problemas de disfunción sexual (Almanza-Muñoz y Holland, 2000).

Siguiendo la misma línea, el artículo titulado “Psicooncología en el siglo XXI” (Middleton, 2002) presenta una diferenciación entre la psicooncología “reactiva”, como aquella que actúa ante la detección de la enfermedad y enfoca en el cuidado del paciente y su familia, el manejo del dolor y la atención en cuidados paliativos, y la psicooncología “proactiva”, destinada a prevención y modificación de estilos y hábitos de vida que sean nocivos para el paciente enfermo o con probabilidades de enfermar. Se vislumbra así, en este trabajo, un nuevo enfoque a trabajar dentro del área, que escapa del tradicional abordaje destinado -en forma exclusiva- al enfermo (Middleton, 2002).

Malca Scharf (2005) destaca que la inclusión del psicooncólogo en una unidad de cuidados interdisciplinarios es fundamental para la atención integral del paciente y su familia, en consideración de los cambios y las transformaciones que son producto de la enfermedad y su tratamiento. Señala que las pérdidas que la misma produce son múltiples: a nivel personal, familiar, laboral, escolar, de la autonomía, entre otras, siendo necesaria la intervención de un profesional competente que acompañe al sujeto en cuestión y sus allegados en el correcto afrontamiento de la nueva condición. Asimismo, la autora subraya que el accionar del psicooncólogo se aplica a cada una de las fases del padecimiento: no solo diagnóstico, tratamiento, intervalo libre de enfermedad, recidiva y fase final de la vida, sino también supervivencia (Malca Scharf, 2005).

En un estudio reciente, se destaca la relevancia de la atención psicosocial de corte integral del superviviente de cáncer. De esta forma, se propone un programa de psicoterapia positiva grupal para supervivientes de cáncer que integra dos elementos centrales: trauma y crecimiento. El objetivo del programa está centrado en la reducción de emociones negativas (malestar emocional) y a su vez, el trabajo con emociones positivas y la facilitación de crecimiento postraumático. Los resultados indican que el programa resulta efectivo ya que permite reducir la sintomatología postraumática y aporta al crecimiento postraumático, aspectos que favorecen la calidad de vida del paciente (Ochoa et al., 2010).

Finalmente, Solana (2005) en un trabajo titulado “aspectos psicológicos en el paciente superviviente” argumenta que en tanto las reacciones frente a la enfermedad de cáncer son subjetivas, las mismas son variadas y complejas. Finalizado el tratamiento, el paciente debe enfrentar las repercusiones físicas y psíquicas de la enfermedad, siendo de vital importancia el acompañamiento psicológico, en la medida que se debe operar la restitución de la palabra en el paciente. Así, el enfermo enfrenta 3 tipos de repercusiones: individuales, sociolaborales, y en relación a la enfermedad y los tratamientos (Solana, 2005).

## Marco teórico

A continuación, se enumeran los aportes teóricos que enmarcan la presente tesina.

El modelo cognitivo propone conceptos de gran relevancia para el trabajo con supervivientes de cáncer, como la reestructuración cognitiva, estrategias de afrontamiento, entre otros. Del marco de la psicología positiva se toman aportes de Fredrickson (2001) respecto del trabajo con emociones positivas. Finalmente, de la terapia familiar sistémica se tomaron contribuciones centrales en relación al trabajo con el sistema y/o núcleo central y emocional del paciente.

La incipiente psicología cognitiva perseguía el propósito de explicar cómo se produce la adquisición

del conocimiento, como éste se integra a los ya almacenados y cómo influye en procesos emocionales y comportamentales. Dicho momento da lugar al denominado paradigma de procesamiento de información (PPI) (Primera Revolución Cognitiva), siendo la computadora tomada como la metáfora más indicada para dar cuenta del funcionamiento de la mente humana, aunque prontamente resultó descartada por el carácter limitado de la comparación. Se abre paso así a la Segunda Revolución Cognitiva, donde se afirma que el procesamiento no es de carácter lineal sino recursivo, determinado por la dinámica social (Pagés y Gómez, 2011). Se comienza a atender el carácter intencional de la conducta, complejizando la teoría hasta entonces formulada. La terapia cognitiva se define como un procedimiento activo, estructurado y directivo para el tratamiento de diferentes alteraciones psiquiátricas. Se apoya en el supuesto de que la conducta humana se encuentra determinada, en gran medida, por la forma en la que el individuo estructura el mundo (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1983). Albert Ellis es considerado un gran exponente de la corriente cognitiva, siendo sus conceptualizaciones un eje central del presente trabajo.

Este último autor formuló lo que se conoce como Terapia racional emotiva, y argumentó que son las creencias personales las que explican las reacciones y comportamientos de las personas, de forma tal que la terapia se centra en la identificación y correcciones de aquellas creencias que resulten desadaptativas (Pagés y Gómez, 2011). El autor planteó la Terapia Racional Emotiva como la aplicación del modelo teórico del A-B-C. La A refiere a un evento o suceso activador, la B refiere a las cogniciones (racionales o no) referentes a A, y finalmente, C alude a las consecuencias emocionales y/o conductuales provocadas por B. Dicho planteo establece que los comportamientos o estados emocionales se encuentran determinados por creencias personales. De esta forma, la intervención psicoterapéutica apunta a identificar, analizar y modificar el modo de interpretación y valoración subjetiva que las personas experimentan en ciertas situaciones. Consiste en que el cliente, con el acompañamiento del terapeuta, identifique y cuestione sus pensamientos desadaptativos (creencias irracionales, al decir del autor), de modo que queden sustituidos por otros más apropiados (Pagés y Gómez, 2011). En consonancia, la reestructuración cognitiva sistemática de Goldfried y Goldfried de 1979 se dirige a enseñar a las personas a pensar en forma más lógica y adaptativa, y ofrece una mayor sistematización que la TRE de Ellis (Vallejo Ruiloba, 2011). En un primer momento, se ofrece al paciente información sobre la importancia de las cogniciones, luego se trabaja el reconocimiento de la irracionalidad de algunas de ellas; posteriormente se analizan los pensamientos no realistas y las emociones desadaptativas provocadas por dichas creencias, y finalmente se procede a la sustitución de los pensamientos irracionales por otros más adaptativos (Vallejo Ruiloba, 2011). Aquello busca que se produzca la merma o eliminación de la perturbación emocional y/o conductual causada por las cogniciones irracionales (Bados y García Grau, 2010). La citada conceptualización resulta de relevancia en el abordaje de pacientes oncológicos en postratamiento, con el propósito de lograr la identificación de interpretaciones y creencias inapropiadas que puedan conducir a un agravamiento de su situación, con el objeto de lograr su modificación. "No son los eventos per se los causantes de las reacciones emocionales y conductuales, sino las interpretaciones referentes a dichos acontecimientos y las creencias relacionadas con los mismos los determinantes" (Bados y García Grau, 2010, p.6).

Por otro lado, se destaca la terapia cognitivo conductual desarrollada por Beck en 1967 y aplicada a la depresión, alteración frecuente entre los supervivientes oncológicos. La misma infiere que el cambio en las cogniciones y actitudes de los individuos son un elemento de relevancia en el tratamiento de los cuadros depresivos y prevención de recaídas (Vallejo Ruiloba, 2011). Las técnicas psicoterapéuticas van encaminadas a identificar y modificar las conceptualizaciones distorsionadas y las falsas creencias que subyacen a las cogniciones (Beck et al., 1983). Beck establece que los tres factores que desencadenan los pensamientos automáticos distorsionados causantes de la depresión son: la visión negativa sobre uno mismo, sobre el mundo y el futuro (Tríada cognitiva); las distorsiones cognitivas o errores en el procesamiento de la información, como inferencia arbitraria o generalización excesiva, entre otros; y finalmente, creencias, esquemas o patrones cognitivos estables desadaptativos y repetitivos que despiertan ante un suceso activador (Vallejo Ruiloba, 2011). Los pensamientos negativos automáticos dominan el estado mental del sujeto deprimido y son reforzados por conclusiones desacertadas debidas a errores cognitivos en el procesamiento de la información (Friedman y Thase, 2008).

Asimismo, el marco Cognitivo permite el trabajo centrado en estilos de afrontamiento. Lazarus y Folkman (1986) lo definen como procesos cognitivos y conductuales que se desarrollan para manejar demandas externas y/o internas que son evaluadas como desbordantes de los recursos del sujeto (Lazarus y Folkman, 1986). El afrontamiento es entonces el núcleo central de respuesta frente a situaciones estresantes, y resulta de relevancia en el trabajo con supervivientes oncológicos. Con respecto a dicha enfermedad,

el afrontamiento se refiere a las respuestas cognitivas y conductuales de los pacientes ante el cáncer, comprendiendo la valoración (significado del cáncer para el sujeto) y las reacciones subsiguientes (lo que el individuo piensa y hace para reducir la amenaza que supone el cáncer (Watson y Greer, 1998).

La Psicología Positiva se inicia formalmente en el año 1998 de la mano de Seligman, y se entiende como un movimiento que procura que la investigación en psicología ponga énfasis en la promoción de la salud mental valiéndose del estudio del bienestar, las fortalezas humanas y el funcionamiento óptimo (Vidal y Benito, 2012). Dentro de la citada corriente, se destaca la orientación centrada en emociones positivas de Fredrickson. Según la citada autora (2001), experimentar emociones positivas deriva en estados mentales y modos de comportamiento que intensifican la capacidad del individuo de enfrentar con éxito diferentes situaciones adversas. Estas emociones amplían los repertorios de pensamiento y acción, incrementan el desarrollo personal y la interacción social y construyen reservas de recursos para futuras crisis (Fredrickson, 2001). Las emociones positivas pueden ser canalizadas hacia el tratamiento y afrontamiento de forma que utilicen como una herramienta complementaria en el enfrentamiento de problemáticas.

Finalmente, se toman los aportes del modelo estructural de Minuchin (1982) en Psicoterapia sistémica. El autor entiende a la familia como un sistema que opera por medio de pautas transaccionales, y que se compone de subsistemas. Los límites entre los mismos deben ser claros para el funcionamiento adaptativo del grupo familiar. No obstante, deben ser lo suficientemente flexibles como para que el sistema sea capaz de implementar pautas transaccionales alternativas que den lugar a modificaciones cuando las condiciones externas o internas así lo demanden (Minuchin, 1982). Es decir, el acento está puesto en el patrón interaccional (Kelmanowicz, 2011). La terapia estructural de familia intenta modificar la organización familiar. Cuando se transforma la estructura del grupo familiar, consecuentemente se alteran las posiciones de los integrantes del grupo y las experiencias de cada uno de ellos, en tanto las mismas están determinadas por su interacción con el medio (Minuchin, 1982). El enfoque propone realizar intervenciones de acomodación y reestructuración en el grupo familiar disfuncional, con el objeto de retomar interacciones funcionales (Kelmanowicz, 2011). Se considera dicha línea teórica ya que la aparición de la enfermedad oncológica y las secuelas, deterioros o malestares subsiguientes pueden desestructurar el grupo primario del paciente, siendo relevante el trabajo no solo con el superviviente, sino también con su núcleo de pertenencia familiar.

## **Metodología**

### **Procedimiento:**

El interés por realizar la presente tesina comenzó centrado en la temática de la psicooncología, siendo ésta una disciplina de gran crecimiento en las últimas décadas. Posteriormente, se focalizó el trabajo con el paciente superviviente, debido a que es un área con mucho menor desarrollo teórico, pero en notable crecimiento. La presente revisión bibliográfica se realizó recurriendo a información académica y científica obtenida de Ebsco, google académico, Revista Argentina de Clínica Psicológica, libros y literatura pertinente. Asimismo, el acceso a múltiples libros sobre la temática fue facilitado por la Fundación Aiglé. La búsqueda se realizó tomando como palabras claves “psicooncología”, “superviviente”, “recuperación”, “cáncer”, “trastornos”, “recaídas” y “psicología cognitiva”. La tesina se organizará en dos grandes capítulos sobre psicooncología y sus aplicaciones y un capítulo de conclusiones. Se tomaron dos capítulos para una mejor estructuración del trabajo: el primero se destina a introducir la disciplina y caracterizarla, en tanto que el segundo se centra en el paciente superviviente y las tareas e intervenciones a desarrollar, desde la psicooncología, con el mismo.

## 1. CAPITULO I: La Psicooncología como disciplina científica

*“Todas las oposiciones de mente y cuerpo, de materia y alma, de espíritu y carne, tienen su origen fundamentalmente en el temor de lo que la vida nos puede deparar”*

*John Dewey*

### 1.1. Cáncer. Definición y etapas de la enfermedad

La Organización Mundial de la Salud (2015) entiende al cáncer como un término genérico que refiere a un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a diferentes partes del organismo; también se habla de «tumores malignos» o «neoplasias malignas». Se caracteriza por la rápida multiplicación de células enfermas que se extienden más allá de sus límites habituales y pueden afectar partes adyacentes del cuerpo o bien, extenderse a otros órganos, lo que se conoce con el nombre de metástasis – siendo ésta la principal causa de muerte por enfermedad oncológica- (Organización Mundial de la Salud, 2015).

Thiboldeaux y Golant (2010) afirman que existe cáncer cuando aparece una célula anormal en el cuerpo la cual continúa dividiéndose en lugar de detenerse. Estas nuevas células se agrupan formando una masa denominada tumor. Si su crecimiento no es interrumpido, el mismo crecerá lo suficiente como para interferir en el suministro de nutrientes y oxígeno a los órganos más cercanos (Thiboldeaux y Golant, 2010). Sin embargo, existen cánceres, como las leucemias, que en general no forman tumores sólidos (National Cancer Institute, 2015). Las células cancerígenas son susceptibles de sobrevivir en partes del cuerpo diferentes a las de origen. Es necesario destacar que existen dos tipos de células anormales: por un lado, aquellas que solo sobreviven en su lugar de origen, y que dan lugar al denominado tumor benigno, pudiendo ser extirpado en forma quirúrgica. En oposición, el tumor maligno es más complejo y grave, en tanto no deja de subdividirse, pudiendo afectar otras partes del organismo (Thiboldeaux y Golant 2010). Se entiende entonces que “cáncer” es un concepto abarcativo que agrupa a más de cien enfermedades que comparten características similares en cuanto a las células malignas (Alonso, 2010)

El Instituto Nacional del Cáncer (2015) explica que las células cancerosas suelen tener la capacidad de influir en las células normales, las moléculas y en los vasos sanguíneos que alimentan las células de un tumor. Además, con frecuencia, son también capaces de evadir el sistema inmunitario, siendo éste el encargado de proteger el cuerpo contra infecciones y demás enfermedades (National Cancer Institute, 2015).

El cáncer es una enfermedad causada por cambios en los genes que controlan el funcionamiento de nuestras células. Dichas alteraciones pueden heredarse de los padres, ser consecuencia de errores en la división celular o del daño que sufre el ADN por ciertos agentes externos –como el humo del tabaco (agente químico), la radiación (agente físico), una infección por virus (agente biológico)– (National Cancer Institute, 2015). Se puede afirmar entonces que el cáncer es una enfermedad genética en tanto que se desarrolla debido a alteraciones en el genoma de cierta población de células, pero no necesariamente en términos hereditarios. Los síntomas de la enfermedad son la consecuencia tardía de cambios genéticos estables acumulados en una cierta población de células (Alonso, 2010).

En relación a las fases de la enfermedad, la primera en sucederse es la fase de inducción, durante la cual se producen los cambios celulares que otorgan a las células las características de malignidad. Ésta es la etapa más larga de la enfermedad y no es diagnosticable ni produce sintomatología. La segunda etapa se denomina fase “in situ” y se caracteriza por la existencia de una lesión cancerosa microscópica en el tejido donde se ha originado la alteración. Habitualmente, tampoco aparecen molestias en el paciente. Posteriormente, tiene lugar la fase de invasión local, en la que la lesión comienza a extenderse y afecta tejidos u órganos adyacentes. Los síntomas dependerán del tipo de cáncer, de su crecimiento y de su localización. Por último, la enfermedad se disemina ampliamente, apareciendo lesiones tumorales severas (metástasis), siendo ésta la etapa de invasión a distancia. La sintomatología en este período suele ser compleja (Asociación Española Contra el Cáncer, 2014).

La OMS señala que el cáncer es una de las principales causas de mortalidad y morbilidad a nivel mundial, destacando que en 2012 hubo 14 millones de casos nuevos, y 8,2 millones de muertes debido

a la enfermedad. Además, se prevé que el número de nuevos casos aumente un 70% en los próximos 20 años (Organización Mundial de la Salud, 2015). A pesar de lo enunciado, Alonso (2010) afirma que en las últimas décadas, se ha consolidado un aumento en la supervivencia de los pacientes, sobre todo en países donde se observa una buena llegada del sistema de salud (Alonso, 2010). Considerando la incidencia del cáncer a nivel mundial y los datos expuestos, es que se subraya la importancia de una asistencia integral y/o interdisciplinaria –de tipo biológica, pero también social y psicológica– del paciente y su familia, en cada una de las etapas que se atraviesan a lo largo del proceso médico, con el objeto de incrementar el bienestar y la calidad de vida de los mismos.

## 1.2. Psicooncología ¿Qué es?

Habitualmente, en el ámbito científico o académico, sucede que los desarrollos esbozados por los distintos campos se encuentran aislados y/o marginados de los acontecidos en otras áreas de interés. Esta segregación suele ser consecuencia de la pobre y lenta integración de los progresos alcanzados en diferentes sectores de la investigación (Schavelzon et al., 1978). El aislamiento impide el desarrollo de una mirada multifocal o bien, variada, sobre distintos fenómenos que son de interés científico, lentificando así los avances teóricos y clínicos sobre los mismos. Dicho estado de inercia fue el que caracterizó durante mucho tiempo a la medicina con respecto a la psicología, otorgando a ésta última un papel secundario y carente de importancia en el ámbito de la atención sanitaria (Schavelzon et al., 1978).

A pesar de lo antedicho, progresivamente se ha logrado que el ámbito médico reconozca la implicación de la psicología en el estado orgánico de sus pacientes, de la misma forma que los profesionales de la salud mental aceptaron la integración del cuerpo y/o la biología conjuntamente con la psique (Schavelzon et al., 1978). Son múltiples los elementos que han conducido a generar que la psicología desarrollase un vigoroso interés, tanto teórico como clínico, por el abordaje de los trastornos y disfunciones médicas, entre ellos: la mayor prevalencia de enfermedades crónicas, en relación a las infecciosas; el incremento en los costos del cuidado de la salud; y finalmente, el énfasis puesto en la mejora de la calidad de vida de los pacientes y sus familias (Oblitas Guadalupe, 2008). En función de lo enunciado, se planteó la necesidad de reconsiderar la hasta entonces vigente definición de salud como “ausencia de enfermedad”. En 1946 la Organización Mundial de la Salud comienza a definir a la misma como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de dolencia o enfermedad” (Organización Mundial de la Salud, 1946, p.1) Dicha situación, fue el puntapié para el progresivo logro de un cambio trascendental en atención sanitaria; a saber, el surgimiento del modelo biopsicosocial en reemplazo del caduco modelo biomédico. El mismo fue propuesto por Engel en 1977 y dio lugar a la consideración de la amplia variedad de factores no solo biológicos, sino también psicológicos y sociales implicados en la etiología y desarrollo de las enfermedades (Borrell i Carrió, 2002). El modelo supuso una vía abarcativa para entender como el padecimiento está influido por múltiples niveles que hacen a la organización humana, desde lo orgánico a lo social. A su vez, contribuyó a nivel diagnóstico y de tratamiento de los pacientes, al proporcionar una completa visión del “proceso de enfermar” (Tizón García, 2007).

Considerando los enumerados cambios, conjuntamente con la definición propuesta por la OMS, es que tiene lugar el surgimiento de la Psicología de la Salud como una subdisciplina científica dentro de la Psicología. La psicología de la salud hace su aparición en Estados Unidos en la década del 70 (Stone, 1991). La misma es definida por Oblitas Guadalupe como:

La disciplina o el campo de especialización de la Psicología que aplica los principios, las técnicas y los conocimientos científicos desarrollados por ésta a la evaluación, el diagnóstico, la prevención, la explicación, el tratamiento y/o la modificación de trastornos físicos y/o mentales o cualquier otro comportamiento relevante para los procesos de la salud y enfermedad, en los distintos y variados contextos en que éstos puedan tener lugar (Oblitas Guadalupe, 2006, citado en Oblitas Guadalupe, 2008, p. 10).

El trabajo en psicología de la salud es necesariamente de carácter interdisciplinario, en colaboración con demás profesionales del área de la salud, con el objeto de lograr el mayor grado de bienestar para el paciente (Oblitas Guadalupe, 2008).

En función de la prevalencia y gravedad de las enfermedades, es que la Psicología de la salud ha virado hacia distintas áreas de aplicación, siendo una de las más recientemente desarrolladas, el cáncer. Tal como define Oblitas (2008), la Psicooncología es una subespecialidad de la oncología enmarcada en el ámbito de la Psicología Clínica y de la salud (Oblitas Guadalupe, 2008). La misma persigue múltiples objetivos dependiendo de la fase de la enfermedad que se esté atravesando:

- Prevención primaria: implica la detección y modificación de aquellos factores psicosociales que participen en la etiología del cáncer
- Prevención secundaria: refiere a la intervención sobre aquellos factores psicológicos que contribuyan a una detección temprana o precoz de la enfermedad
- La intervención terapéutica, rehabilitación y/o cuidados paliativos: actuando sobre la respuesta emocional del paciente, su familia y los profesionales tratantes, tanto en la fase de diagnóstico, tratamiento, intervalo libre de enfermedad, recidiva, enfermedad avanzada y terminal, duelo o bien, remisión, con el objeto de mejorar la calidad de vida de los afectados, contribuyendo a una mayor recuperación en los distintos niveles: físico, social y psicológico (Oblitas Guadalupe, 2008).

Siguiendo el mismo planteo, Vidal y Benito (2012) plantea que los objetivos del tratamiento psicooncológico varían según el estadio de la enfermedad y la respuesta del paciente, ya sea a nivel emocional, conductual o interpersonal, distinguiendo así entre objetivos generales o permanentes y específicos o circunstanciales. Entre los objetivos generales se destacan: aliviar el sufrimiento, resignificar la situación traumática que implica la enfermedad, elaborar estrategias de afrontamiento, trabajar interdisciplinariamente con el equipo tratante, contener y sostener al paciente y en muchas oportunidades, también a la familia, entre otros. Como objetivos específicos enumeran: aliviar los síntomas emocionales y resolver trastornos mentales y/o psiquiátricos, preparar al paciente para afrontar invasivos tratamientos, alentar la reinserción social pos-tratamiento, evaluar la red familiar e implementar estrategias que den lugar a un núcleo continente, evitando, de dicha forma, el aislamiento que la propia enfermedad produce (Vidal y Benito, 2012).

A pesar de la demostrada importancia del abordaje psicoterapéutico en pacientes oncológicos, y del trabajo de larga data que vienen realizando gran cantidad de profesionales de la salud mental, fue recién en 1984 que se fundó la International Psychooncology Society (Middleton, 2002). La misma es considerada un punto central del desarrollo psicooncológico y fue creada para fomentar la comunicación internacional sobre los problemas clínicos, educativos y de investigación vinculados con la subespecialidad de la psicooncología, trabajando dos dimensiones principales: la respuesta de los pacientes, las familias y el personal con respecto al cáncer y su tratamiento en todas las etapas; y el análisis de los factores psicológicos, sociales y comportamentales que pueden influir en la progresión tumoral y la supervivencia (International Psycho-Oncology Society, 2015).

La creciente expansión del cáncer a nivel mundial marcha en forma paralela al desarrollo de la psicooncología, la cual destaca la consideración de lo psicológico y la conducta individual y social así como la relevancia del acompañamiento y/o abordaje psicoterapéutico a lo largo de las distintas fases de la enfermedad, desde el diagnóstico inicial, pasando por el tratamiento, hasta la fase terminal o bien de supervivencia del paciente.

### **1.3. Etapas de intervención y la función del Psicólogo en las mismas**

La palabra cáncer ha sido durante mucho tiempo sinónimo de muerte, generando un importante rechazo y temor en todos aquellos que la padecen (Prieto Fernández, 2004). Los conceptos populares, los prejuicios sociales, la ignorancia con respecto a la enfermedad, el ambiente oncológico hospitalario y la propia imaginación son aspectos que no colaboran en el afrontamiento del cuadro clínico. La dificultad para la aceptación y el manejo de la enfermedad radica en que el cáncer, con todas sus características, no es vivido precisamente como una amenaza para la vida física, sino más bien como una amenaza para la propia identidad; incluso se podría decir, un ataque narcisista (Schavelzon et al., 1978).

El cáncer es una enfermedad grave y compleja que produce un fuerte impacto, no meramente físico, sino también psicológico y social, tanto en quien lo padece, como en su entorno familiar y núcleo cercano, así como también en el equipo médico tratante. La evidencia científica y académica da cuenta de los efectos terapéuticos y positivos que las intervenciones de la psicooncología otorgan al paciente

enfermo, ya sea a nivel de ajuste emocional, en la reducción de sintomatología asociada al tratamiento, en la reducción de los índices de ansiedad, el tratamiento de la depresión consecuente y también, en la recuperación y reinserción social y mejora de la calidad de vida del paciente superviviente y su familia (Grupo madrileño de Psicooncología, 2008).

Asimismo, la importancia de la intervención psicooncológica radica en el hecho de que los pacientes con elevados niveles de malestar psicológico presentan mayores dificultades para la toma de decisiones, menor adherencia al tratamiento, peor adaptación a la enfermedad, calidad de vida pobre o deficitaria y requieren mayor cantidad de servicios médicos (Hernández, Cruzado y Arana, 2007).

El impacto a nivel psicológico o emocional que produce la enfermedad oncológica se inicia desde el momento mismo en que el paciente y el profesional médico sospechan la presencia de la enfermedad, y realizan los estudios pertinentes de confirmación, pasando por el diagnóstico, tratamiento, curación, control a largo plazo y fase terminal (Reyes Piñeros y Rincón Hoyos, 2007).

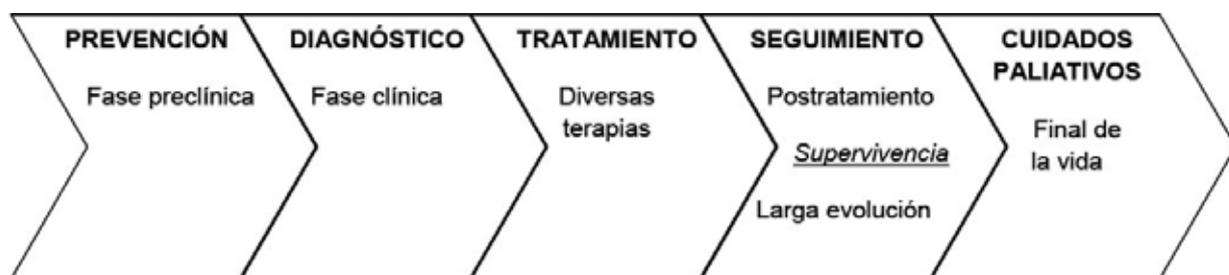


Figura 1. Proceso natural de la enfermedad y proceso de atención oncológica (Ferro y Borrás, 2011, p.241)

### 1.3.1. Fase de estudios previa a la confirmación diagnóstica

Paredes (2010) expone que el período previo a arribar al diagnóstico de cáncer refiere a la etapa de realización de exámenes médicos auxiliares que aporten a la confirmación o desestimación diagnóstica, y que, en caso de corroborarse la presencia de la enfermedad, incluya los tratamientos pertinentes para arribar a un diagnóstico preciso.

Durante esta etapa, la incertidumbre y el miedo son una característica central del estado psíquico del paciente y su familia. Dichos estados dan lugar a un incremento en los niveles de ansiedad que es plausible de repercutir a nivel físico y mental (Paredes, 2010).

En las primeras entrevistas con los profesionales tratantes y el psicólogo, los pacientes y sus familiares suelen traer una idea global o general de la situación, integrada por varios elementos, originados tanto en ideas prejuiciosas, mitos, la historia familiar, los temores, las dudas. Las reacciones de cada persona se encuentran predeterminadas por la forma en la que han afrontado otras situaciones críticas a lo largo de su vida (Schavelzon et al., 1978).

Cuando los pacientes “deducen” sus diagnósticos, pueden adentrarse en un cuadro de parálisis conductual o psíquica, que se correspondería con un estado depresivo, e incluso presentar cuadros de despersonalización o de extrañamiento consigo mismos (Schavelzon et al., 1978). Dichas situaciones, destacan la relevancia del acompañamiento psicológico en estas primeras etapas de la atención clínica. La intervención psicooncológica en la fase previa al diagnóstico, debe entonces apuntar a identificar en forma prematura emociones disfuncionales y creencias que sustentan el estado mental del paciente. De igual forma, se deben localizar y modificar factores de riesgo – tanto en el paciente como su familia- que generen una adaptación inapropiada a la situación vivida (Paredes, 2010). Asimismo, surge en estos momentos el interrogante entre los profesionales tratantes respecto de que información brindar, o que sugerir. Habitualmente, los médicos brindan información ininteligible para los pacientes, o de formas poco sensibles al estado anímico que se encuentran atravesando. Schavelzon et al. (1978) proponen que en lugar de “decir” demasiado, la tarea del profesional en salud mental es más bien la de preguntar; no adelantarse ni hablar de más, sino más bien alojar el relato del paciente, buscando frenar la omnipotencia

de su discurso. En adición, es preciso brindar información adecuada, pero no excesiva sobre la situación actual, con el objeto de desestimar falsos argumentos y enunciados (Schavelzon et al., 1978).

Otro aspecto a trabajar en esta etapa de la atención psicooncológica es el factor esperanza. El mismo consiste en la creencia de que es posible cambiar el curso negativo de algo, la convicción de que un futuro mejor existe (Fernández-Álvarez, 1999). La esperanza nos sostiene y moviliza cuando flaquea nuestra voluntad. A su vez, como creencia puede estar alojada en una expectativa externa o interna. La externa confía en que un cambio favorable puede suceder en las circunstancias que rodean al sujeto, en una suerte de mundo mágico, por lo que la tarea del terapeuta se reduce a acompañar la realización del "ritual" que dé lugar a dicha transformación. Por oposición, la interna implica la convicción de que se poseen las fuerzas necesarias para superar un obstáculo o vencer una dificultad, permitiendo así el desarrollo del guión personal (Fernández-Álvarez, 1999). En este segundo caso, la psicoterapia promueve mecanismos de confirmación que ayudan al fortalecimiento de la identidad personal (Fernández-Álvarez, 1999). Se debe tener presente que la desesperanza introduce el riesgo de crear nuevas situaciones traumáticas a las ya existentes hasta ese entonces, invadiendo al paciente y su entorno y generando cuadros psiquiátricos que dificultan aun más el tratamiento oncológico (Schavelzon et al., 1978). La esperanza en la recuperación y la voluntad de salir adelante son indispensables para una correcta adaptación, y buena calidad de vida (Vidal y Benito, 2012).

Paredes (2010) añade la importancia de orientar al paciente a un adecuado proceso de toma de decisiones, considerando la necesidad, en esta etapa, de realizar gran cantidad de estudios de confirmación del diagnóstico preliminar. Es oportuno promover cierta percepción de control sobre la situación, con el objeto de disminuir los niveles de temor e incertidumbre característicos de este período. Finalmente, es necesario brindar la contención y el soporte emocional y psicológico adecuado, asumiendo la posibilidad de que esta etapa sea solo el inicio de un arduo tratamiento oncológico (Paredes, 2010).

### 1.3.2. Fase de diagnóstico

La confirmación del diagnóstico de cáncer implica un fuerte impacto emocional, tanto en el enfermo como en su entorno próximo. En esta fase, los pacientes se encuentran expuestos a aquello que veían lejano: la propia mortalidad (Paredes, 2010). La palabra cáncer en sí, ya carga la amenaza de una muerte prematura y agónica, pudiendo generarse reacciones variadas; de miedo o incluso pánico, ansiedad y depresión (Schavelzon et al., 1978).

Desde el momento diagnóstico, la enfermedad provoca una alteración de las rutinas o las conductas básicas, requiriendo una reorganización total por parte del sujeto en cuestión. Esta situación, se suma a la posibilidad de verse desfigurados, mutilados, consumidos, deshumanizados, abandonados, discriminados e incapaces, siendo la enfermedad percibida como un acontecimiento sumamente traumático (Vidal y Benito, 2012).

Los pacientes con diagnóstico de cáncer, y en especial, quienes concurren tardíamente a las consultas, suelen presentar complejos sentimientos de culpa (Schavelzon et al., 1978). Dichos sujetos muestran una marcada necesidad de identificar cierta causa para su enfermedad, y recurren al mea culpa, sintiéndose responsables de su estado clínico. Ésta reacción tiene una importancia sustancial a nivel del tratamiento médico, en tanto que puede influir en la conducta del paciente, ya sea provocando reacciones de negación, impulsando actitudes de inferioridad, rechazo, dependencia o repulsión, e inhibiendo la capacidad de reestructurar sus esquemas corporales y sociales, y afectando así, la readaptación psicosocial (Schavelzon et al., 1978).

Reyes Piñeros y Rincón Hoyos (2007) argumentan que la negación y la incredulidad posiblemente actúen como mecanismos protectores que les permiten tomarse el tiempo necesario para asimilar la situación vivida. Las actitudes de rechazo, rabia, ira o repulsión habitualmente esconden sentimientos de miedo, desesperación y frustración por la sensación de perder el control, y pasar a depender de otros. Finalmente, el miedo como inhibición física y mental, suele ser exagerado y sustentado en creencias imaginarias sobre la enfermedad oncológica. Suele aparecer miedo a sentir dolor, a sufrir, al tratamiento, a morir, a padecer efectos secundarios, a volverse discapacitado, a perder la autonomía, entre otros (Reyes Piñeros y Rincón Hoyos, 2007).

Para evitar reacciones como las anteriormente citadas, Llubíá (2008) plantea que es responsabilidad del psicooncólogo trabajar conjuntamente con el equipo tratante, el paciente y la familia con el objeto de brindar información pertinente, en términos comprensibles, y despejar dudas e interrogantes con respecto a la enfermedad. Dicha intervención incrementa el nivel de autocontrol percibido por el sujeto y lo ubica en condiciones de tomar decisiones acertadas respecto a su estado de salud, el tratamiento, etc. El paciente puede orientarse y afirmarse en la situación y así desarrollar buenas estrategias de afrontamiento (Llubíá, 2008).

En adición a lo previamente enumerado, el diagnóstico de cáncer es vivido como un castigo, sintiéndose el sujeto abandonado y sin protección alguna. La evaluación de daño o amenaza se acompaña de diferentes cuadros emocionales (Vidal y Benito, 2012). La situación psicológica clásica de todo paciente diagnosticado con cáncer es el de una depresión, o trastorno adaptativo con ánimo depresivo, como consecuencia de atravesar un duelo por la pérdida de la identidad, o al menos, partes de la misma (Schavelzon et al., 1978). Es habitual que el sujeto llore intensamente, tenga deseos de no hacer nada, se muestre desanimado y abatido. Sin embargo, la tarea del psicoterapeuta consistirá en evitar que dicha situación evolucione a un cuadro de depresión mayor, que se convertiría en un importante obstáculo para llevar adelante el tratamiento oncológico (Piñero y Rincón Hoyos, 2007). Gómez (2011) enuncia ciertos principios que deberían guiar el tratamiento psicoterapéutico en pacientes con enfermedades crónicas, siendo algunos de ellos aplicables en cuadros de depresión que puedan surgir en esta etapa: regular las emociones, atenuar las evaluaciones negativas, prepararse para un futuro incierto, normalizar la vida y fundamentalmente, promover el apoyo social. Este último punto implica asimismo el trabajo con el núcleo cercano del paciente, que resultará igualmente afectado por el padecimiento del enfermo (Gómez, 2011).

Por otro lado, el diagnóstico deja al sujeto “sin futuro”, lo cual modifica y afecta todos los patrones de su personalidad, identidad y organización mental. La frase “tiene cáncer”, despierta inevitablemente una reacción de estrés, por ser un evento totalmente inesperado e inmanejable (Schavelzon et al., 1978). Kaplan (1997) define como estresantes aquellas situaciones en las que existe una profunda discrepancia entre las demandas que actúan sobre un organismo y la capacidad de respuesta del mismo (Kaplan y Sadock, 1997). El trabajo de psicooncólogo implica evitar que el paciente presente un estado de distrés, que da lugar a respuestas desadaptativas, y trabaje en la generación de respuestas adaptativas (eustrés), las cuales permitan que el sujeto emprenda la búsqueda de información pertinente, evidencie actitudes de colaboración con el equipo médico, el intento de modificar de hábitos o conductas nocivas, entre otros (Vidal y Benito, 2012).

De igual forma, la ansiedad es esperable en esta etapa del cuidado clínico. La misma se manifiesta físicamente –taquicardia, incremento de la presión arterial, dolores musculares– pero también a nivel psíquico, con síntomas como miedo pavoroso, preocupación excesiva, inquietud, etc. El estado de ansiedad del paciente puede presentarse en esta etapa bajo la forma de un ataque de pánico o evolucionar a un cuadro de ansiedad generalizada, siendo ambos puntos objetos de tratamiento psicoterapéutico, con el objeto de evitar que afecten el proceso médico (Reyes Piñero y Rincón Hoyos, 2007).

Asimismo, la soledad y el aislamiento son sensaciones frecuentes. Las mismas se vinculan estrechamente a las ideas depresivas, y derivan de la pérdida de autonomía y la invalidez que la enfermedad y el futuro tratamiento generarán (Reyes Piñero y Rincón Hoyos, 2007). El paciente entiende que la enfermedad lo someterá, perdiendo gran parte de su vida. El paciente puede sentir que sus allegados y otros significativos se alejan ante la confirmación diagnóstica, o bien, el mismo sujeto puede optar por aislarse y auto marginarse (Reyes Piñero y Rincón Hoyos, 2007). Dichas situaciones deberán ser precisamente identificadas por los profesionales psicooncólogos, para evitar su cronificación o agravamiento.

Die Trill (2013) argumenta que en esta etapa la psicoterapia breve de apoyo basada en un modelo de intervención en crisis puede resultar apropiada. La misma ofrece apoyo emocional, información que favorece una conducta adaptativa con respecto al padecimiento y favorece el uso de adecuadas estrategias de afrontamiento, siendo estos aspectos – como ya se ha mencionado - los centrales a trabajar por el psicooncólogo.

### 1.3.3. Fase de tratamiento

A pesar de que los tratamientos de los distintos tipos de cáncer se encuentran en permanente evolución, los mismos no dejan de ser complejos y agresivos, provocando una amplia diversidad de efectos secundarios que afectan biológica y psíquicamente a los pacientes. Los tratamientos tradicionales incluyen la quimioterapia, radiación y cirugía. La primera consiste en el uso de fármacos con el objeto de destruir células cancerígenas y, en consecuencia, habitualmente produce pérdida del cabello y riesgo de infecciones, malestar físico –fatiga, náuseas- y emocional –irritabilidad, tristeza, ansiedad-, entre otras (Thiboldeaux y Golant, 2010). La radiación implica el uso de rayos X para impedir la multiplicación y crecimiento de las células malignas, siendo un tratamiento intensivo y desgastante (suele aplicarse alrededor de cinco días a la semana, durante varias semanas) que produce fatiga y pérdida de apetito (Reyes Piñeros y Rincón Hoyos, 2007). Finalmente, la cirugía busca extirpar zonas afectadas por la enfermedad ya avanzada, retirando el tumor. Sin embargo, en la mayor parte de los casos no es suficiente la intervención quirúrgica sino que la misma se complementa con alguno de los tratamientos ya enumerados. Normalmente, la cirugía es vivida como una “amputación”, generando desazón y malestar en el paciente (Thiboldeaux y Golant, 2010).

En función de lo antedicho, el tratamiento del cáncer suele ser una fase de gran impacto a nivel físico y emocional del paciente y su familia. Las consecuencias generadas por el mismo alteran el funcionamiento general del individuo, en tanto se tornan limitados en muchos aspectos de su vida (Paredes, 2010). La psicooncología en el tratamiento y rehabilitación del paciente con cáncer consiste en proporcionar en forma eficiente y adecuada las técnicas psicoeducativas y psicológicas pertinentes para modificar ciertos comportamientos o conductas que le impidan adaptarse a la enfermedad y hacer frente a su erradicación (Die Trill, 2013). Los objetivos apuntan a aumentar la moral, la autoestima, la capacidad de afrontamiento, controlar síntomas como náuseas y mareos, aliviar el dolor, los niveles de ansiedad y angustia y aceptar el sufrimiento como parte de la existencia (Die Trill, 2013).

La cirugía se presenta asociada a diferentes factores que afectan la adaptación de paciente a la enfermedad y su tratamiento: en primer lugar, el miedo a la intervención misma, ya sea por la anestesia, la incisión o la amputación y pérdida de extremidades. Por otro lado, el temor a los efectos posoperatorios, como el dolor consecuente, el malestar, las curaciones, etc. Finalmente, la incapacidad para reincorporarse a la vida diaria y a los roles desempeñados previamente, ya sea a nivel laboral, social o familiar (Paredes, 2010). Las intervenciones psicooncológicas deben orientarse a brindar información precisa sobre el procedimiento en sí, y las sensaciones físicas y emocionales que puede llegar a experimentar con posterioridad a la intervención, con el objeto de disminuir los niveles de ansiedad e incrementar la sensación de dominio y control (Llubiá, 2008). Asimismo, deben identificarse y trabajar emociones disfuncionales que puedan afectar el proceso quirúrgico (psicoprofilaxis quirúrgica), para lo que se utilizan técnicas de relajación, respiración, visualización, entre otras. De igual forma, en forma posterior a la cirugía pueden evidenciarse signos de depresión o ideación suicida que deberán ser debidamente atendidos por el profesional en salud mental (Paredes, 2010). Se debe colaborar en la conformación y aceptación de una nueva imagen de sí mismo (que considere las limitaciones ahora existentes) y la readaptación social.

La radiación puede despertar temores de tipo anticipatorio, bajo la forma de un cuadro de ansiedad, o bien a los efectos que los rayos puedan tener sobre el organismo. Nuevamente, las intervenciones de tipo psicoeducativa y de contención se vuelven aspectos centrales. Las mismas deben apuntar a normalizar los niveles de ansiedad y temor o incertidumbre y despejar dudas y creencias erróneas con respecto al tratamiento y los efectos secundarios que el mismo pueda provocar (Paredes, 2010).

La quimioterapia es un tratamiento sumamente invasivo, siendo característica la aparición de ansiedad y temores con respecto a la misma. Es fundamental informar debidamente al paciente respecto del procedimiento y los efectos secundarios más probables que puede ocasionar (náuseas, vómitos, anorexia, alopecia, cansancio, depresión, etc.) (Vidal y Benito, 2012). Vidal y Benito (2012) afirma que cuando a la quimioterapia se suman el deterioro físico y un mal pronóstico, o existe una personalidad patológica de fondo con escasos recursos para afrontar la situación, los pacientes se descompensan; de ahí la importancia de la intervención psicooncológica (Vidal y Benito, 2012). Paredes (2010) afirma que la quimioterapia produce altos niveles de toxicidad, que afectan el normal desempeño de los pacientes, así como también un incremento en los índices de ansiedad y estrés. Los síntomas característicos ocasionados por el tratamiento afectan el normal funcionamiento laboral, social, familiar e incluso sexual de

los enfermos. De igual forma, la proximidad del fin del tratamiento incrementa nuevamente los niveles de ansiedad al percibir cierto temor a las recaídas (Paredes, 2010). Suelen implementarse técnicas de relajación, distracción, control atencional, control de síntomas, manejo del dolor, y la desensibilización sistemática (Paredes, 2010).

Vidal y Benito (2012) expone que los trastornos psiquiátricos más comunes durante el tratamiento oncológico son los trastornos adaptativos (en su vertiente ansiosa cuando los dolores son agudos, y depresiva cuando es característico el dolor crónico) y trastornos psicóticos breves. De igual forma, también son frecuentes las fobias, ataques de pánico y la depresión. Dichos estados mentales requerirán de un profesional experimentado, capaz de establecer una clara distinción entre ellos y, en consecuencia, implementar el tratamiento más acorde al caso (Vidal y Benito, 2012).

De lo expuesto se deriva entonces, que se torna necesario utilizar técnicas biomédicas para conseguir la curación, conjuntamente con técnicas psicológicas. Así como en las fases previas el abordaje clínico debe ser multidisciplinar, en la fase del tratamiento, también deberá serlo. En el tratamiento del cáncer, la psicología y la medicina se complementan en busca del bienestar (Prieto Fernández, 2004).

#### **1.3.4. Fase de cuidados paliativos**

Como se ha mencionado previamente, los avances a nivel del tratamiento del cáncer han permitido incrementar los índices de supervivencia, así como también, mejorar la calidad de vida de los afectados por la enfermedad. Sin embargo, existen situaciones en las que los tratamientos curativos se agotan. Cuando esto sucede, la enfermedad progresa paulatinamente, dando lugar a la etapa de cuidados paliativos, siendo sus objetivos centrales promover el bienestar del paciente y su familia (Reyes Piñeros y Rincón Hoyos, 2007).

Álvarez Echeverri y Velásquez Acosta (1996) plantean que los cuidados paliativos rescatan al moribundo como persona, describen el proceso final de la vida, procuran brindar una terapia asistencial compasiva, asisten a la familia y educan para la muerte y rescatan lo humano y espiritual de ella (Álvarez Echeverri y Velásquez Acosta, 1996). Malca Scharf (2005) argumenta que los cuidados paliativos suponen un cambio de objetivos: del curar al cuidar. Esta fase se acompaña una amplia variedad de reacciones emocionales en el paciente y su familia, pasando por la negación, la ira, la depresión, el aislamiento y el miedo a la muerte (Malca Scharf, 2005). Por su parte, Die Trill (2013) expone, que los principales objetivos de los cuidados paliativos serán disminuir el malestar emocional del paciente, reducir la confusión y la pérdida de control de la situación. Los temores, preocupaciones y angustia propios de esta etapa merecen una atención especial. El apoyo psicológico en esta etapa implican ayudar al paciente a elaborar sus cuestionamientos filosófico-existenciales, así como también favorecer la resolución de duelos y cuestiones que hayan quedado pendientes (Die Trill, 2013).

En este sentido, el psicooncólogo deberá detectar y atender a las dificultades sociales y psicológicas que puedan presentarse, con el objeto de acompañar al paciente en la fase final de la vida. La asistencia al enfermo debe apuntar a ayudarlo a controlar el dolor y los síntomas físicos que se experimenten, brindar apoyo emocional y contención (Malca Scharf, 2005). En adición, Reyes Piñeros y Rincón Hoyos (2007) también reconocen la importancia del psicooncólogo en esta etapa, con el objeto de evaluar y tratar debidamente los síntomas, tanto físicos como emocionales, que puedan estar afectando el estado y/o bienestar del paciente. De igual forma, postulan la necesidad de cambios a nivel organizativo, que den lugar a un trabajo de corte interdisciplinario y una adaptación flexible a los objetivos de los pacientes (Reyes Piñeros, Rincón Hoyos, 2007).

La intervención de tipo paliativa no se reduce al mero cuidado del paciente oncológico, sino que conlleva la asistencia psicológica de la familia o núcleo próximo del mismo. Malca Scharf (2005) postula que el psicooncólogo debe acompañar al paciente en el proceso de morir, pero también a su familia, que deberá elaborar el duelo en forma adaptativa, evitando que la situación se torne traumática y devenga en un duelo de tipo patológico. A su vez, un adecuado trabajo con el grupo familiar permite potenciar el nivel de apoyo social que los mismos puedan brindar al paciente (Malca Scharf, 2005).

El profesional en salud mental deberá igualmente central su trabajo en el equipo médico tratante, brindando un espacio en donde las dudas, los temores, las emociones y sensaciones puedan ser debidamente escuchadas y valoradas, y evitar el desarrollo del síndrome de burn out profesional (Malca Scharf, 2005). Los médicos deberán ser debidamente contenidos y atendidos para que su rendimiento profesional sea el óptimo, y así evitar posibles complicaciones biológicas, psicológicas y/o sociales que pongan en riesgo el cuidado y bienestar del paciente y/o su familia.

Schavelzon et al. (1978) exponen que la sobrevida se convierte, en muchas oportunidades, en una situación de tipo traumática y acosadora, que invade de culpa a médicos y familiares. Puede plantearse en forma patológica, sirviendo a intereses irracionales e inapropiados de los médicos y la familia o puede ser abordada como un aspecto, que sin dejar de ser doloroso, se torne reconfortante y ayude a amigos y familiares a aceptar la pérdida, y al paciente, a elaborar la propia muerte (Schavelzon et al., 1978).

Para hacer frente a la situación terminal, Prieto Fernández (2004) defiende el uso de ciertas técnicas de intervención psicológica como: de relajación, para contrarrestar efectos producidos por el estrés y la ansiedad; de visualización, reproduciendo imágenes mentales que transmitan tranquilidad al paciente; técnicas cognitivas, como las de persuasión verbal y distracción cognitiva; conductuales, como las de exposición gradual y de resolución de problemas; e incluso técnicas emotivas, como la biblioterapia o el recurso del humor (Prieto Fernández, 2004).

## 2. CAPITULO II: La Psicooncología en etapa de recuperación y supervivencia

*“Cuida el presente, porque en él vivirás el resto de tu vida”*

*Facundo Cabral*

### 2.1. Nuevos desafíos

Hace algunas décadas, la función central del psicooncólogo era la de acompañar al paciente y su familia en el proceso de morir, brindando la asistencia pertinente al caso. Actualmente, los avances científicos, terapéuticos y medicinales hacen posible que el profesional en salud mental pueda también trabajar con aquellos que han finalizado los tratamientos, y superado la enfermedad oncológica, para que puedan retomar adecuadamente su vida personal, laboral y social/familiar (Die Trill y Vecino Bravo, 2003). Se estima que alrededor del 68 % de las personas con diagnóstico de cáncer vivirá, al menos, cinco años después del diagnóstico. Además, a casi el 15 % de todos los supervivientes de cáncer la enfermedad les ha sido diagnosticada hace más de 20 años (American Society of Clinical Oncology, 2013).

Thiboldeaux y Golant (2010) exponen que como consecuencia de las mejoras a nivel de diagnóstico y tratamiento oncológico, ciertas formas de cáncer son consideradas enfermedades crónicas para muchos pacientes, lo que implica aprender a convivir con él (Thiboldeaux y Golant, 2010). Esta situación es pasible de generar cierto impacto a nivel emocional, demandando la asistencia psicoterapéutica integral pertinente para hacer frente a las dolencias y/o dificultades padecidas.

En muchas oportunidades, los pacientes no evidencian indicios de malestar emocional, sufrimiento, angustia, ansiedad, temor ante el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, pero tras la finalización del mismo, se detectan una serie de alteraciones emocionales que repercuten en su estado físico y mental (Solana, 2005). De esta forma, en lugar de poner el foco en el nivel de ajuste psicológico y emocional respecto del diagnóstico y tratamiento, el énfasis debe estar puesto en el posterior proceso de adaptación al cambio, considerando el contexto personal y la calidad de vida (Naus, Ishler, Parrott y Kovacs, 2009). Las reacciones emocionales y las modalidades de afrontamiento estarán determinadas tanto por la personalidad del paciente, como por las condiciones sociales, familiares y médicas que lo rodean (Solana, 2005).

Solana (2005) añade que los desafíos a trabajar en la fase de recuperación son múltiples; el paciente deberá hacer frente a las repercusiones físicas y psíquicas que sean consecuencia del cáncer y su tratamiento. Deberá adaptarse a los innumerables cambios y transformaciones generados por la enfermedad, trabajo que demanda una importante cantidad de tiempo y energía psíquica (Solana, 2005).

En consecuencia, la psicooncología se ve obligada extender sus horizontes y límites y así asistir a quienes se encuentran atravesando una etapa que puede devenir conflictiva si no se elabora adecuadamente, con la finalidad de acompañarlos profesionalmente a lo largo de este proceso y así, mejorar su calidad de vida.

### 2.2. El sujeto de intervención: el superviviente

Ante todo, es necesario definir con precisión a quien nos referimos cuando hacemos uso del término superviviente. La Real Academia Española establece que superviviente es “aquel que sobrevive”, y sobrevivir es “vivir después de la muerte de otra persona o después de un determinado suceso” (Real Academia Española, 2001).

El cáncer, como se expuso previamente, es un evento de gran impacto a nivel social, físico y biológico, capaz de alterar todas las áreas de vida y desarrollo de una persona. En este sentido, es que vencer el cáncer es sobrevivir a un suceso de importante relevancia.

A los fines de la presente tesina, se destaca la definición expuesta por Ferrero Berlanga (1993), quien define a un sobreviviente de cáncer como aquel sujeto que ha finalizado los tratamientos médicos y clínicos, en el que no se encuentra ningún indicio de enfermedad activa -paciente libre de enfermedad- y cuyo pronóstico no es evidentemente malo (Ferrero Berlanga, 1993). Asimismo, se toma como eje de trabajo la definición propuesta por Kornblith (1998), quien entiende al superviviente como aquel sujeto que ha padecido un trastorno oncológico y lleva libre de tratamientos y de enfermedad un período mínimo de un año. No se piensa en un momento concreto en el que se produzca la curación y se pase del estado de enfermo al de superviviente, sino que más bien se habla de una evolución de la supervivencia desde el momento del diagnóstico oncológico.

Finalmente, la National Coalition for Cancer Survivorship (citado en Yélamos y Sámblas, 2012) considera como superviviente al paciente desde el momento mismo del diagnóstico, e incluye también en la definición a quienes han acompañado al enfermo a través de la experiencia, léase, familiares y seres queridos.

Si bien no hay un consenso generalizado sobre cuál es el punto de partida para identificar el término «superviviente», habitualmente se lo vincula al período comprendido desde la finalización del tratamiento primario (sea este cirugía, quimioterapia o radioterapia) en adelante. La supervivencia de larga evolución, se entiende a partir de los 5 años de haber sobrevivido al cáncer y estar libre de enfermedad (Ferro y Borrás, 2011).

Una vez finalizado el tratamiento médico de la enfermedad, el trabajo con el superviviente de cáncer consiste en iniciar el postratamiento con la finalidad de alcanzar su plena recuperación. El período de postratamiento es delimitado por Kern de Castro y Moro (2012) como aquellas prácticas de autocuidado que deben iniciarse en forma posterior a terminar los tratamientos a los que haya sido sometido (Kern de Castro y Moro, 2012). La RAE establece que, dicho de una cosa o una persona, recuperar significa “volver a un estado de normalidad después de haber pasado por una situación difícil” (Real Academia Española, 2001). Es decir, que el proceso de ayuda al paciente superviviente debe facilitar su recuperación física, psicológica, social y laboral tras el tratamiento de la enfermedad. Dicha recuperación permite el acceso a un trabajo remunerado y se convierte en un elemento fundamental para el logro de buenos niveles de independencia, integración social, realización personal y reconocimiento como un activo miembro de la sociedad (Río, Cano, Villafaña y Valdivia, 2010).

Para muchos pacientes, la experiencia de la enfermedad no acaba con la finalización de los tratamientos y el inicio de los controles y las consultas de seguimiento, sino que esto marca el inicio de una nueva etapa de grandes cambios y readaptaciones. Las secuelas a nivel físico, ya sean dolores, agotamiento, alteraciones sexuales, neurológicas, etc., y a nivel psicólogo, como el miedo a la recurrencia, alteraciones en la autoestima, depresión, trastornos adaptativos, dificultades para la reinserción social y laboral, generan un importante nivel de malestar y sufrimiento que afecta la calidad de vida y el desempeño de los afectados y su núcleo próximo (Yélamos y Sámblas, 2012).

Por otra parte, a menudo sucede que el paciente percibe un menor apoyo social y familiar una vez que el tratamiento está concluido y la enfermedad es vencida. Los pacientes son vistos como “sanos” por su entorno, restando importancia a los miedos y preocupaciones o incluso, efectos secundarios que el cáncer puede haber producido en el paciente. Esta situación, favorece el desarrollo de actitudes de aislamiento y soledad, que afectan la reinserción social del superviviente (Yélamos y Sámblas, 2012).

Claro está que hay pacientes que logran readaptarse sin mayores dificultades a la vida tras la experiencia de la enfermedad. Sin embargo, existen sujetos a los que les es difícil retomar su rutina anterior, su autoimagen y autoestima, y pueden resultar muy beneficiados al recibir la ayuda especializada correspondiente que les permita reestructurar sus vidas (Yélamos y Sámblas, 2012).

Die Trill (2007) postula que muchos pacientes desarrollan sentimientos de daño físico, presentan dificultades para la reinserción laboral y discriminación, alejamiento a nivel social, sentimientos de longevidad, miedo a la reaparición de la enfermedad, alteraciones en la imagen corporal y la sexualidad (Die Trill, 2007). La autora refiere además al “síndrome del superviviente”, caracterizado por sentimientos de culpabilidad que aparecen tras haber respondido eficazmente al tratamiento y haber podido sobrevivir a la enfermedad oncológica. Asimismo, muchos pacientes presentan cuadros de ansiedad y depresión, e incluso síntomas físicos (como náuseas y vómitos) que persisten más allá de haber finalizado el tra-

tamiento médico (quimioterapia). El temor a la recurrencia da lugar a un incremento en la sensación de vulnerabilidad, que puede derivar en un estado de hipervigilancia y chequeos permanentes, o bien, en caso contrario, en la evitación de toda conducta y pensamiento ligada al cáncer (Die Trill, 2007).

Un estudio de 2014 postula que alrededor del 80% de los pacientes supervivientes de cáncer evaluados declara presentar alguna necesidad no cubierta en el período posterior al tratamiento, entre las que se destacan pérdida de energía, miedo a las recaídas, sentimientos de ansiedad y/o angustia, y preocupación sobre el futuro. Además, gran cantidad de pacientes presentó problemas de reinserción laboral tras la enfermedad, los cuales no fueron atendidos ni asistidos. La mayor parte de los supervivientes considera importante o muy importante contar con un plan de seguimiento formado por un equipo interdisciplinario que incluya profesionales psicólogos (Arrighi et al., 2014). Asimismo, otro estudio (2009) señala que los supervivientes oncológicos muestran peor funcionamiento psicológico en varios dominios, incluyendo ánimo, salud mental, aceptación personal y dominio, desenvolvimiento o competencia en el ambiente en comparación a aquellos que no presentan historia previa de cáncer (Costanzo, Ryff y Singer, 2009).

Por su parte, Holland y Reznik (citado en Yélamos y Sámbblas, 2012) diferencian tres grupos de supervivientes de cáncer con el mayor riesgo de padecer distrés psicosocial:

1. Pacientes con secuelas físicas: infertilidad, menopausia, fatiga, pérdida del deseo sexual, amputaciones, alteraciones cognitivas, etc., siendo éstos los sujetos con más alto riesgo de padecer sufrimiento emocional.
2. Pacientes con problemas psicológicos y psiquiátricos. No presentan alteraciones a nivel físico, pero sí a nivel psicológico, los cuales pueden persistir o incluso empeorar, como síndrome de estrés postraumático, ansiedad y depresión, miedo a la recurrencia, despersonalización, etc.
3. Pacientes sin síntomas físicos ni psicológicos pero que son incapaces de adaptarse a la vida después de sufrir un cáncer y que no encuentran sentido a su existencia.

En adición, Solana (2005) diferencia tres tipos de repercusiones que debe enfrentar el superviviente de cáncer, las cuales se encuentran relacionadas entre sí: repercusiones individuales, en tanto se percibe cierta pérdida de control, cambio en la autoimagen corporal, vulnerabilidad y angustia, generando un antes y un después en la vida del paciente; repercusiones vinculadas a la enfermedad y los tratamientos, debido a las dificultades físicas ocasionadas por los mismos, las cuales ocasionan complicaciones a la hora de retornar a la actividad habitual y desarrollar un proyecto vital a largo plazo; y finalmente, repercusiones socio-laborales, debido a la pérdida de la trayectoria profesional o la dificultad para reintegrarse en dicha área (Solana, 2005).

En función de lo antedicho, se considera que cuando el paciente y su familia enfrentan inteligentemente la realidad, la deshabilitación es mucho menor. Se torna necesario incorporar al tratamiento y cuidado del cáncer medidas de readaptación psicológicas enfocadas en aquellos sujetos que presenten dificultades para la reincorporación adaptativa a la vida (Schavelzon et al., 1978).

El objetivo de la psicooncología en el trabajo con supervivientes debe enfocarse en desarrollar y potenciar cambios psicológicos positivos. A esta vivencia se la conoce como "crecimiento postraumático", en tanto la persona logra un desarrollo más allá de su funcionalidad previa, y que es consecuencia de un acontecimiento o suceso extremo (Zoellner y Maercker, 2006) Esta vivencia de aprendizaje no anula el sufrimiento padecido, sino que coexiste con él.

Si el paciente no deja de sentirse y vivir como un enfermo, a pesar de la finalización de los tratamientos y de la remisión de la enfermedad, nunca podrá enfrentarse a las complicaciones que pueda suponer su reinserción al mundo, porque es incapaz de abandonar la etiqueta de paciente, y por ende, nunca podrá experimentar las satisfacciones que supone haber vencido a la enfermedad (Die trill, 2007). En consecuencia, se entiende que el superviviente oncológico debe ser foco de intervenciones psicoterapéuticas que lo asistan y acompañen en el proceso de reincorporación a la vida, con la finalidad de que el mismo tenga lugar con la menor cantidad de dificultades posibles y potenciando la estabilidad psicofísica del sujeto en cuestión y sus allegados.

### 2.3. Tareas a realizar

#### 2.3.1 Prevención de recaídas y reinserción socio-laboral.

Tal y como se expuso previamente, uno de los temores principales de los supervivientes de cáncer refiere a la posibilidad de que la enfermedad oncológica reaparezca, generando nuevas alteraciones físicas y psíquicas o incluso, la muerte. Este sentimiento común en los supervivientes se conoce con el nombre de “Síndrome de Damocles” (Reyes Piñeros y Rincón Hoyos, 2007). Según la mitología griega, Damocles fue invitado por Dionisio el Viejo, tirano de Siracusa, a un festín, y alabó en forma exagerada a su soberano. Sin embargo, al mirar hacia arriba durante el banquete, pudo notar que estaba ubicado justo debajo de una espada que pendía del techo. Dicha espada reflejaba la precariedad de la vida y como la suerte puede virar, pasando de un gran evento, a ser decapitado (Reyes Piñeros y Rincón Hoyos, 2007).

La gente que ha sobrevivido al cáncer muchas veces presenta estas sensaciones de fragilidad y precariedad de su propia vida, sosteniendo la creencia de que el cáncer reaparecerá, y por ende, el temor a la muerte no deja de estar presente. Este estado de ansiedad puede intensificarse notoriamente antes los exámenes de seguimiento o ante fechas significativas para el paciente –por ejemplo, el aniversario de la fecha del diagnóstico– (Reyes Piñeros y Rincón Hoyos, 2007). Dichos temores pueden derivar en un cuadro de ansiedad y depresión sostenida que dé lugar a comportamientos poco beneficiosos para el estado de salud del paciente, lo que incrementa el riesgo de recidiva. Sin embargo, es necesario destacar que la recaída es una posibilidad presente. Deben alentarse en el paciente expectativas realistas respecto de la situación, de manera que pueda tomar decisiones acertadas sobre su atención y asistencia (Thiboldeaux y Golant, 2010). No debe imponerse una utopía, sino más bien, potenciar la esperanza: un sujeto esperanzado busca y encuentra un camino realista para un futuro mejor, y seguirá avanzando en medio de las dificultades que puedan presentarse (Thiboldeaux y Golant, 2010).

Yélamos y Sámbblas (2012) postulan que los enfermos que connotan negativamente la experiencia del cáncer la relatan poniendo énfasis en una perspectiva dicotómica, donde “lo peor” aparece saturado por los síntomas, los efectos secundarios, el dolor y las secuelas de los tratamientos, siendo los mismos generadores de miedo, ansiedad, angustia y temor a la muerte. Por oposición, aquellos que significan la vivencia del cáncer neutral o positivamente, no mencionan dolor ni efectos secundarios o bien, los minimizan, lo que los vuelve capaces de valorar cambios existenciales y apreciar la vida (Yélamos y Sámbblas, 2012).

En las últimas décadas, las intervenciones psicológicas en pacientes supervivientes apuntan a fomentar estilos de vida saludables, como dieta, ejercicio físico y reducción de hábitos nocivos, como así también aspectos más ligados al tratamiento oncológico, ya sea adherencia al tratamiento y a los controles y asertividad respecto a las demandas del equipo médico tratante (Ochoa, et al., 2010). Un estudio de 2008 refleja que de una muestra de 802 supervivientes de cáncer ginecológico, el 21,6% fumaba, entre el 41 y 47% padecía obesidad, y entre el 61 y 68% eran sedentarios, factores que afectan el estado clínico y la calidad de vida de los sujetos (Beesley, Eakin, Janda, y Battistutta, 2008). Es así, que se busca fomentar el autocuidado, para dejar de ver y percibir al cuerpo como el campo de batalla que ha sido a lo largo del tratamiento oncológico, o un lugar de hipervigilancia y amenaza de recaída, y lograr que recobre el espacio de goce, disfrute y confianza premórbido (Ochoa, et al., 2010).

El psicooncólogo deberá promover una buena adaptación a la fase de supervivencia oncológica, potenciando el ya mencionado crecimiento postraumático y la resiliencia de los sujetos, con el objeto de mejorar su calidad de vida y reducir el riesgo de recaídas. Calhoun y Tedeschi (citado en Yélamos y Sámbblas, 2012) entienden al crecimiento postraumático como aquel cambio positivo que un individuo experimenta como producto del proceso de lucha que inicia a partir de vivenciar un suceso traumático. Destacan que aunque la respuesta universal ante un evento de esta índole es el dolor y la vivencia negativa, ciertas personas tienen la capacidad de apreciar elementos positivos que puedan derivar de dicha lucha y su enfrentamiento. La vivencia de aprendizaje no anula el sufrimiento propio de la situación, sino que coexiste con él (Yélamos y Sámbblas, 2012).

Por su parte, el concepto de resiliencia refiere a la capacidad de responder positivamente a circunstancias adversas o bien, realizar intentos activos para contrarrestar dicha situación e incrementar así, el bienestar psicológico (Rutter, 1993). La resiliencia es un término propio de la psicología positiva, orientación surgida de la mano de Seligman en 1998. Se trata de una corriente que pretende que la investigación

en psicología ponga énfasis en la prevención y promoción de la salud mental, a través del estudio de las fortalezas humanas, el bienestar y el funcionamiento óptimo. De esta forma, el interés se centra en condiciones como el optimismo, el amor, la gratitud, el humor, la risa, la esperanza, etc. (Vidal y Benito, 2012). Según Seligman (citado en Vidal y Benito, 2012), los pilares de la psicología positiva son: la experiencia positiva subjetiva –vida placentera–, las características individuales positivas –buena vida–, y las comunidades e instituciones positivas –la vida con sentido–.

Asimismo, conjuntamente con el concepto de resiliencia, la psicología positiva aporta el de las emociones positivas. Fredrickson (2001), importante exponente en el área, establece que experimentar emociones positivas deriva en estados mentales y modos de comportamiento que intensifican la capacidad del individuo de enfrentar con éxito y en forma adaptativa, diferentes situaciones adversas (Fredrickson, 2001). Las emociones positivas podrían ser canalizadas hacia el tratamiento y afrontamiento de forma tal que se utilicen como una herramienta complementaria en el enfrentamiento de problemáticas, incluyendo aquellas ligadas a la salud, como el cáncer.

El impacto iatrogénico de las emociones negativas sobre la salud es innegable, y las emociones positivas tienen un papel salutogénico importante en cuanto al bienestar físico y mental de los pacientes (Ochoa, et al., 2010). Las emociones positivas se vinculan a una mayor resistencia a la adversidad (resiliencia), logrando prevenir o modular la presencia actual o futura de emociones negativas (Tugade y Fredrickson, 2004). Siguiendo a Fredrickson (2001), estas emociones amplían los repertorios de pensamiento y acción, construyen reservas de recursos para futuras crisis y potencian el desarrollo personal y la conexión social (Fredrickson, 2001). Todos estos aspectos son de relevancia clínica en cuanto a la atención de los supervivientes, que son susceptibles de presentar cuadros de angustia, temores y ansiedad por la posibilidad de reaparición de la enfermedad y los efectos secundarios ocasionados por la misma.

En adición, la psicoterapia en etapa de recuperación y supervivencia estará encaminada a reforzar y mantener los mecanismos de afrontamiento adaptativos del paciente. En otros casos, el terapeuta confrontará al paciente con los mecanismos empleados si éstos no fuesen los adecuados (Die Trill, 2013).

Lazarus y Folkman (1986) definen al afrontamiento como aquellos procesos cognitivos y conductuales que se desarrollan para manejar demandas externas y/o internas que son evaluadas como desbordantes de los recursos del sujeto. Con respecto a dicha enfermedad, el afrontamiento se refiere a las respuestas cognitivas y conductuales de los pacientes ante el cáncer, incluyendo la valoración (significado del cáncer para el enfermo) y las reacciones subsiguientes (lo que el individuo piensa y hace para reducir la amenaza que supone el cáncer, en cualquiera de los estadios que se encuentre atravesando) (Watson y Greer, 1998).

El estilo o la modalidad de afrontamiento puede ser centrado en la emoción o bien, centrado en el problema (Lazarus y Folkman, 1986). El afrontamiento centrado en la emoción se presenta como una intervención pertinente para promover un buen estado clínico del paciente recuperado, y así prevenir recidivas y un deterioro en la calidad de vida del mismo. Dicho tipo de afrontamiento consta de dos factores: primeramente, el procesamiento emocional, cuyo objetivo es conocer y explorar las emociones; y luego la expresión emocional, entendida como los esfuerzos –verbales y no verbales– por comunicar o simbolizar dicha experiencia emocional (Stanton et al. citado en Ochoa et al., 2010). Tennen y Affleck (citado en Ochoa et al., 2010) lo consideran una pieza crítica en el desarrollo de cambios vitales positivos.

En consonancia, se entiende que desde el marco de la psicoterapia cognitivo conductual en el campo de la psicooncología, se busca promover el crecimiento postraumático de los pacientes al potenciar determinadas estrategias de afrontamiento adaptativas: como la reinterpretación o reevaluación positiva, el afrontamiento activo y la reestructuración cognitiva. (Ochoa, et al., 2010). La reevaluación positiva promueve la búsqueda de aspectos positivos no explorados y la consecuente reflexión sobre ellos para así maximizar su potencial (Gómez, 2011). La reestructuración cognitiva apunta a identificar, analizar y modificar la forma de interpretación y valoración subjetiva de las personas frente a ciertas situaciones (Pagés y Gómez, 2011). El paciente, con la asistencia del terapeuta, identifica y cuestiona sus creencias irracionales, de modo tal que queden sustituidos por otros más apropiados. Aquello persigue alcanzar la merma o eliminación de la perturbación emocional causada por dichos pensamientos desadaptativos (Bados y García Grau, 2010). La citada conceptualización resulta pertinente en el abordaje de pacientes oncológicos en postratamiento, con el objetivo de lograr la identificación de interpretaciones y creencias

inapropiadas que puedan provocar un agravamiento de su situación –lo que derive en una recidiva–, o bien deterioro en el estado físico y mental y en la calidad de vida.

De igual forma, desde el mismo enfoque teórico, se busca favorecer la expresión y el procesamiento emocional, resignificar las reacciones emocionales, e incrementar la regulación emocional. El objetivo consiste en encontrar el mejor equilibrio emocional de cada persona, para restaurar el estado de armonía psicológico (Gómez, 2011). Se apunta a la normalización e integración de la vida, fusionando aspectos de la autoimagen previa a la enfermedad con la nueva realidad que les toca vivir, de manera tal de rearmarse social, física y psicológicamente (Gómez, 2011).

Otro problema que dificulta la normalización de la vida, además del temor a la recidiva, es el temor a la pobre reinserción laboral. El 40% de los afectados por la enfermedad tiene menos de 65 años, por lo que se encuentran en plena etapa productiva a nivel laboral, siendo ésta un área de relevancia en sus vidas (Molina y Feliu, 2010). La posibilidad de reincorporarse en un empleo implica estabilidad económica, reintegración a la vida y apertura a nivel social, siendo estos parámetros aspectos relevantes para los pacientes supervivientes de cáncer (Molina y Feliu, 2010). La tasa de reinserción laboral en Estados Unidos y algunos países de Europa arroja una media de 62%, lo que indica que un nivel elevado de supervivientes es capaz de insertarse en el área laboral sin mayores inconvenientes ni dificultades (Chirikos, Russell-Jacobs y Cantor, 2002). De igual forma, un estudio de Hoffman (citado en Molina y Feliu, 2010) señala que no se observan diferencias significativas en desempeño, recambio laboral y absentismo entre pacientes que han padecido cáncer y quienes no.

A pesar de lo expuesto, muchas veces los pacientes experimentan la sensación de no gozar de las mismas oportunidades respecto de aquellos quienes no han atravesado su experiencia (Molina y Feliu, 2010). En 2008 se realizó un estudio con 73 pacientes diagnosticados con cáncer colorrectal donde se plantea que el 86% del total pasaron a inactivos con el tratamiento oncológico y el 45% mantuvo este status luego de finalizado el mismo. La edad y un avanzado estadio de la enfermedad, así como la presencia de secuelas por el tumor, influyeron negativamente en la reinserción laboral (Molina et al., 2008).

Algunos predictores de la reinserción laboral no pueden modificarse, como la edad al momento del diagnóstico o el estadio tumoral, pero si son pasibles de modificación y mejora otros como las secuelas psíquicas o efectos secundarios producidos por el tratamiento, ciertas dificultades físicas que el sujeto pueda padecer, los mitos que se desarrollan en el entorno laboral, las propias creencias irracionales (Molina y Feliu, 2010). En este sentido, es necesario adoptar una terapéutica que resulte eficaz en la merma o disminución de secuelas, con el objetivo de que no se tornen invalidantes para el paciente (Molina et al., 2008). Ciertos pacientes pueden requerir de ciertos tipos de rehabilitación física y psíquica para retomar sus empleos o adquirir otros: terapia física para incrementar la fuerza y la movilidad, terapia ocupacional para potenciar la coordinación y evaluar la capacidad de retomar actividades cotidianas y terapia de rehabilitación psíquica, para afrontar el impacto emocional de la enfermedad (Thiboldeaux y Golant, 2010). En adición, Blasco Cordellat, Caballero Díaz y Camps Herrero (2013) destacan que el tratamiento oncológico puede producir deterioro cognitivo leve (cuadro conocido como “chemobrian”), generando principalmente problemas de concentración y memoria, aunque también de aprendizaje, atención, coordinación motora, funciones ejecutivas y razonamiento, los cuales pueden afectar el desarrollo laboral y psicosocial del paciente (Blasco Cordellat, et al., 2013). Los mismos autores destacan la necesidad de implementar intervenciones psicofarmacológicas en estos casos, así como también técnicas de meditación y de entrenamiento en adaptación en memoria y atención (Blasco Cordellat, et al., 2013).

Diferentes estudios concluyen que un buen seguimiento médico e intervenciones dirigidas a fomentar la rehabilitación laboral de los supervivientes (de la mano de equipos interdisciplinarios, formados por psicólogos, terapeutas ocupacionales, asistentes sociales) potencian las posibilidades de reinserción laboral. Asimismo, en las empresas y espacios laborales se requiere realizar esfuerzos para el cumplimiento de los derechos correspondientes y acomodaciones que favorezcan la reinserción con asistencia (Molina et al., 2008). Lo expuesto resulta de gran relevancia teórica y práctica, en tanto el empleo es uno de los factores psicosociales de mayor incidencia en la calidad de vida de las personas. (Molina y Feliu, 2010).

La recuperación psicofísica hace posible el acceso a un trabajo remunerado, lo que aporta a la integración social, la realización personal y el reconocimiento como miembro activo de la sociedad (Río, et al., 2010). El desarrollo de los aspectos personales, psicosociales y competencias para el puesto, la formación y el apoyo en la búsqueda de empleo, la promoción de la iniciativa empresarial y la lucha contra

la discriminación son espacios centrales en los que debemos operar para alcanzar la plena integración de los supervivientes oncológicos en el entorno socio-laboral (Río, et al., 2010).

A partir de lo expuesto, se entiende que la prevención de recidivas y el trabajo en reinserción social y laboral son aspectos centrales a abordar desde la asistencia psicooncológica con supervivientes en tanto los mismos hacen a la readaptación psicológica, social y física de los pacientes.

### 2.3.2. Tratamiento de alteraciones y trastornos mentales

Los pacientes supervivientes de cáncer constituyen un grupo social susceptible de presentar síntomas y afectaciones en su calidad de vida, los cuales producen un impacto negativo en su bienestar psicológico (Galindo Vázquez et al., 2014). La prevalencia de síntomas depresivos puede alcanzar el 58%, de ansiedad el 23% y de estrés postraumático el 32%. De igual forma, también son frecuentes las alteraciones en la sexualidad y en el sueño (Galindo Vázquez et al., 2014). Los supervivientes oncológicos pueden evidenciar limitaciones físicas y cognitivas, fatiga, depresión y ansiedad, problemas de sueño, dolor y disfunciones sexuales, e incluso experimentar dichas dificultades diez años después de haber recibido el tratamiento para el cáncer (Harrington, Hansen, Moskowitz, Todd y Feuerstein, 2010).

Arrighi et al., (2014) exponen que entre las necesidades no cubiertas más frecuentes de pacientes supervivientes se encuentran la pérdida de energía, el miedo a presentar una recaída y sentimientos de angustia, ansiedad y preocupación respecto del futuro (Arrighi et al., 2014). En consonancia, Die Trill (2007) es otra de las autoras que destaca que muchos pacientes, una vez finalizado el tratamiento y en fase de supervivencia, pueden desarrollar niveles significativos de depresión y ansiedad, derivando en un cuadro psicopatológico (Die Trill, 2007).

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales IV-TR publicado por la American Psychiatric Association (2002) ubica los cuadros depresivos en la sección de trastornos del estado de ánimo, siendo su característica principal una alteración del humor. Estos trastornos incluyen los denominados episodios (depresivo mayor, maniaco, mixto e hipomaniaco) y los trastornos propiamente dichos. El trastorno depresivo mayor se caracteriza por uno más episodios depresivos mayores, en tanto que la distimia implica al menos dos años en los que ha habido más días con estado de ánimo depresivo que sin él. El episodio depresivo mayor se define por ser un periodo durante el cual se vislumbra un estado de ánimo deprimido o pérdida de interés y/o placer en prácticamente todas las actividades. Los síntomas deben ser de nueva presentación o bien haber empeorado, y mantenerse la mayor parte del día, casi día a día, durante un mínimo de dos semanas. Tal y como lo expone el DSM-IV-TR (2002), el episodio debe acompañarse de un malestar clínicamente significativo o producir deterioro, laboral, social, o de otras áreas de relevancia de la actividad del sujeto. Frecuentemente, ante un episodio depresivo o un trastorno depresivo mayor, el estado de ánimo del sujeto es de tristeza, desesperanza, desánimo o de estar en un pozo. Pueden aparecer quejas somáticas e irritabilidad, insomnio, agitación o enlentecimiento, fatiga, disminución del deseo sexual y del apetito y sentimientos de inutilidad o culpa (DSM-IV-TR, 2002).

En este sentido, Vallejo Ruiloba (2011) expone que el término depresión se utiliza en tres sentidos diferentes: como síntoma, pudiendo acompañar a otros trastornos (por ejemplo, los de ansiedad), como síndrome, agrupa a un proceso que se caracteriza por tristeza, inhibición, culpa, pérdida del impulso vital y minusvalía, y como enfermedad, siendo un trastorno de origen biológico (por ende presente una etiopatogenia, una clínica, un curso y pronóstico) (Vallejo Ruiloba, 2011). En semejanza al DSM-IV-TR, el autor establece que el eje nuclear a nivel afectivo de la depresión es la tristeza profunda que envuelve al sujeto hasta afectar las esferas intra e interpersonales. Asimismo, aunque el núcleo central del cuadro es la tristeza, pueden emerger otros estados emocionales, como ansiedad u hostilidad e inhibición y estupor. El paciente además presenta anhedonia, abulia y apatía, pesimismo y desilusión. También puede evidenciar cierta anestesia afectiva, y dificultad o incapacidad para llorar. A nivel cognición, puede observarse enlentecimiento, ideación suicida, de culpa, de ruina o de hipocondría, déficit atencional, dificultades en la concentración y la memoria. A nivel somático, pérdida de apetito, anorexia, insomnio o hipersomnia, astenia, y dificultades sexuales (Vallejo Ruiloba, 2011).

Como puede apreciarse, una depresión constituye un trastorno complejo y severo, que es capaz de producir estados críticos y consecuencias nocivas, por lo que merece un tratamiento pertinente. En este sentido, Moorey (1996) destaca que a nivel clínico es necesario diferenciar si el paciente se encuentra triste (respuesta emocional normal no distorsionada) o deprimido, y si así lo fuese, evaluar y modificar

dichas distorsiones cognitivas mediante las intervenciones terapéuticas apropiadas (Moorey, 1996). El tratamiento de dichos cuadros afectivos ha experimentado grandes avances en las últimas décadas, y se ha defendido a la psicoterapia como un pilar fundamental del mismo, conjuntamente con la implementación de psicofármacos. En todo tratamiento psicológico, la alianza terapéutica es imprescindible para lograr mentalizar al paciente sobre su condición clínica y lograr su restablecimiento psicosocial (Vallejo Ruiloba, 2011). Una de las psicoterapias de mayor eficacia para estos cuadros afectivos – incluso es depresiones graves - es la cognitiva. Solana (2005) destaca que la misma pretende alcanzar en el paciente un cambio en la manera de interpretar y entender la enfermedad y la situación actual, en tanto dicha interpretación resulte desadaptativa o nociva (Solana, 2005). De igual forma, Vidal y Benito (2012) expone que los modelos cognitivo-conductuales se han expandido en forma exponencial tras el éxito de los mismos en el tratamiento de depresión, y posteriormente, de cuadros de ansiedad (Vidal y Benito, 2012). La terapia cognitiva se configura en torno a un triple abordaje terapéutico: el cognitivo, identificando pensamientos erróneos o negativos, que según Beck son automáticos, y sustituyéndolos por otros más lógicos; el emocional, con el objeto de identificar y reducir los niveles de ansiedad que ciertas situaciones conllevan; y el conductual, que será consecuencia del trabajo en el campo del pensamiento y la emoción (Vidal y Benito, 2012).

En el caso de la depresión es posible hacer uso de distintos aportes de la psicología cognitiva. Desde el modelo A-B-C de la terapia racional emotiva de Ellis, se impone la habilidad del terapeuta para lograr la sustitución de creencias irracionales (dichas creencias son “B”, frente a “A”, que funciona como suceso activador o evento) por otras adecuadas que den lugar a nuevas consecuencias, emociones y conductas (“C”). Las creencias irracionales operan como imperativos morales capaces de crear conflicto y estrés psicológico, de ahí que sea necesario operar sobre ellas para evitar que deriven en algún cuadro psicopatológico, como puede ser el depresivo (Vallejo Ruiloba, 2011). En este sentido, la reestructuración cognitiva aparece como una intervención de utilidad para abordar la depresión de supervivientes de cáncer. Habitualmente, los pacientes depresivos presentan pensamientos catastrofistas (“no voy a aguantar vivir así”) y pensamiento polarizado (“no sirvo, nadie quiere”). La reestructuración cognitiva como intervención pretende romper la asociación entre la situación desencadenante y la cognición previa (Vallejo Ruiloba, 2011).

En adición, uno de los desarrollos de la terapia cognitiva con mayor relevancia para el tratamiento de depresión es la propuesta por Beck en 1967, en tanto ha sido rigurosamente diseñada para el tratamiento de los factores cognitivos implicados en este trastorno. Según el autor, las cogniciones distorsionadas del paciente tienen una relación causal con el cuadro clínico y a su vez, favorecen la presencia de recaídas (Vallejo Ruiloba, 2011). El autor postula el esquema de la “triada cognitiva” como desencadenante de los pensamientos automáticos distorsionados: el paciente tiene una visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro (Beck et al., 1983). Los pensamientos automáticos negativos invaden el estado mental del sujeto deprimido y son reforzados por conclusiones equivocadas que son consecuencia de errores en el procesamiento de la información (Friedman y Thase, 2008). El objetivo de las técnicas empleadas es delimitar y poner a prueba las falsas creencias y los supuestos desadaptativos específicos del paciente en cuestión (Beck et al., 1983). Vallejo Ruiloba (2011) expone que la fase terapéutica de esta terapia supone varios pasos:

- El análisis funcional de la conducta depresiva: habitualmente se hace uso de la técnica de auto-registro, donde se incluyen pensamientos, sentimientos y actividades a realizar diariamente
- Generación de soluciones: se establecen alternativas frente a los pensamientos rígidos y estereotipados, y nuevas alternativas conductuales, haciendo uso de técnicas de modelado, habilidades sociales, y entrenamiento en relajación, entre otras.
- Experimentación personal: poner a prueba las nuevas hipótesis y pensamientos.
- Evaluación de progresos, en función del cambio de conducta
- Merma de la intervención del terapeuta, a medida que se incrementa la autonomía del paciente (Vallejo Ruiloba, 2011).

A su vez, la terapia cognitiva también se fundamenta en los principios y métodos de la terapia conductual, como la programación de actividades, la asignación gradual de tareas, la realización de tareas interesión y la práctica guiada. Para ello, se emplean estrategias que son explicitadas detalladamente con el objetivo de favorecer el reconocimiento de las áreas problemáticas y, en consecuencia, efectuar cambios en los pensamientos, sentimientos y comportamientos correspondientes (Friedman y Thase, 2008). El psicoterapeuta deberá potenciar habilidades como la empatía y la autenticidad para forjar una sólida alianza terapéutica. De igual forma, se establece el denominado “empirismo de colaboración”, que consiste en un vínculo de colaboración entre paciente y profesional a partir del cual ambos trabajan en la búsqueda de evidencia que cuestione las creencias disfuncionales (Vidal y Benito, 2012).

Se entiende entonces que el tratamiento psicológico adyuvante para cuadros depresivos debería incluir técnicas conductuales, cognitivas y de expresión emocional (Vidal y Benito, 2012). Antes de terminar el tratamiento, el terapeuta colabora en la identificación de esquemas patológicos, con el fin de diseñar planes de autoayuda a largo plazo y potenciar el efecto de la intervención psicoterapéutica (Friedman y Thase, 2008).

Los cuadros de ansiedad son igualmente frecuentes en pacientes supervivientes de cáncer. Los factores precipitantes que pueden asociarse a un trastorno de ansiedad son múltiples, como conflictos emocionales, embarazo, conflictos laborales, situaciones físicas o enfermedades orgánicas, entre otros. La relación acontecimiento-cuadro clínico no es lineal, sino que la incidencia del evento repercute en forma diferencial según la personalidad, vulnerabilidad biológica y soporte social (Vallejo Ruiloba, 2011). La ansiedad se expresa a partir de dos planos: a nivel psíquico, el sujeto se presenta nervioso, inquieto, con sentimiento de fragilidad, preocupado, agobiado, tenso, irritable y temeroso, lo cual restringe su mundo interpersonal, laboral y familiar. A diferencia del depresivo, el llanto actúa como una explosión afectiva que lo relaja y tranquiliza. A nivel somático, el sujeto puede evidenciar hiperventilación, mareos, astenia, taquicardia, palpitaciones, opresión torácica, sudoración, náuseas, etc. (Vallejo Ruiloba, 2011).

Particularmente en el caso de los recuperados de cáncer, últimamente se ha considerado la posibilidad de que los mismos desarrollen cuadros de estrés postraumático (TEPT) (Die Trill, 2007). El DSM-IV-TR (2002) establece que el mismo se caracteriza por la reexperimentación de acontecimientos altamente traumáticos, provocando síntomas como consecuencia de la activación (arousal) y comportamientos de evitación de aquellos estímulos o factores relacionados con el trauma. El mismo manual destaca la posibilidad de que el cuadro sea consecuencia del diagnóstico de una enfermedad potencialmente mortal. El acontecimiento puede reexperimentarse de diversas maneras y provoca un malestar psicológico intenso: puede presentarse como un recuerdo intrusivo, pesadillas o estados disociativos breves. La evitación puede llevarlo a eludir actividades, situaciones o personas que le rememoren el evento, afectando la vida diaria. Asimismo, el DSM-IV-TR (2002) establece que puede presentarse un cuadro de embotamiento psíquico o anestesia emocional que provoca la disminución de la reactividad al mundo exterior. Die Trill (2007) destaca que además se acompaña de irritabilidad, hipervigilancia, dificultades para conciliar o mantener el sueño y en la concentración (Die Trill, 2007). En cuanto a los supervivientes oncológicos, el TEPT aparecerá con mayor frecuencia en aquellas personas que ante el diagnóstico de enfermedad, hayan respondido con estrategias de desamparo o desesperanza, lo cual haya alterado la evolución de su vida cotidiana (Ibáñez, 2004).

Die Trill (2007) expone que resulta difícil diagnosticar un trastorno de estas características en una persona que ha sido tratada oncológicamente. Surgen los interrogantes ¿cuándo se considera que el paciente con cáncer está en la fase “post traumática”?; considerando que está presente la posibilidad de recidiva. Además, ¿En qué momento del proceso oncológico se ha de establecer el diagnóstico de TEPT?; es necesario permitir un tiempo prudencial para que el paciente se adapte a su nueva condición. Por último ¿cuál es el evento traumático dentro del proceso oncológico: el diagnóstico, el dolor, la quimioterapia, un procedimiento médico? (Die Trill, 2007). A su vez, es necesario establecer un diagnóstico diferencial del cuadro con respecto a los trastornos de adaptación. Los mismos también se originan en una experiencia estresante y representan un espectro de respuestas desadaptativas, que producen alteraciones en la cognición, emoción y relaciones sociales (Schneier, Mellman y Spiegel, 2008).

Vallejo Ruiloba (2011) postula a la terapia cognitiva conductual como la más avalada para el tratamiento de trastornos de ansiedad. Los efectos de la misma son casi iguales a los de los psicofármacos pero con la gran ventaja de que se asocia a índices más bajos de recaídas, una vez finalizado el tratamiento (Stein

y Campbell-Sills, 2008). Sin embargo, el tratamiento combinado (terapia cognitivo conductual y psicofármacos) se perfila como la alternativa más adecuada, de allí la importancia del trabajo interdisciplinario. La psicoeducación es un componente nuclear de toda intervención cognitivo conductual en ansiedad. La misma facilita la alianza terapéutica, proporciona al paciente una sensación de autoeficacia y esperanza, promueve la motivación y permite comenzar a cuestionar creencias o cogniciones inadecuadas del paciente (Stein y Campbell-Sills, 2008). La terapia racional emotiva de Ellis, al igual que en la depresión, se presenta como una intervención efectiva para modificar aquellas creencias que den lugar a distrés psicológico. Asimismo, se vale de técnicas conductuales como la inundación (consiste en la exposición a la situación u objeto causante de la ansiedad, hasta el momento de descenso de la misma) y el ensayo de conducta para mermar la ansiedad (Vallejo Ruiloba, 2011). De igual forma, la reestructuración cognitiva se ofrece como una alternativa altamente pertinente. Mediante la citada intervención, el paciente va imaginando situaciones que despierten ansiedad en forma gradual; al aparecer la tensión, conjuntamente con el terapeuta se reestructura cognitivamente la experiencia (Vallejo Ruiloba, 2011). La intervención les permite aprender acerca de errores en el pensamiento que acompañan a la ansiedad –distorsiones cognitivas– (Stein y Campbell-Sills, 2008). Posteriormente, se le enseña a poner en duda dichas suposiciones ansiosas y generar alternativas más realistas que provoquen menos ansiedad. Se incrementan así los niveles de autoconfianza y comodidad (Stein y Campbell-Sills, 2008), lo cual resulta de relevancia en todo trabajo con un superviviente con este tipo de sintomatología.

También se destaca dentro de la terapia cognitiva, la terapia de habilidades de afrontamiento del estrés (Vallejo Ruiloba, 2011). La misma pretende desarrollar las habilidades y competencias para adaptarse a los hechos estresantes. La práctica implica un primer paso de preparación cognitiva (evaluación de la situación, autorregistros y esclarecimiento de objetivos), luego la adquisición de habilidades cognitivas por medio de autoinstrucciones y de habilidades emocionales y conductuales para alcanzar un estado de relajación, y finalmente la aplicación práctica por medio del ensayo de conducta. Finalmente, se citan los aportes de la terapia de resolución de problemas, consistente en dotar al sujeto de alternativas potencialmente eficaces para afrontar situaciones conflictivas y optar por aquellas que sean más efectivas en cada momento. Esta terapia muestra altos índices de efectividad en combinación con otras intervenciones psicoterapéuticas, como las antes enumeradas (Vallejo Ruiloba, 2011).

Las últimas sesiones de toda intervención cognitivo conductual deben centrarse en consolidar las habilidades desarrolladas y aumentar la autonomía, para poder prolongar la mejoría. Se los alienta a trabajar diariamente en la reestructuración cognitiva y en potenciar buenos estilos de afrontamiento. Por último, es necesario definir un plan de prevención de recaídas para aquellas situaciones en las que los pacientes noten la reaparición de sintomatología ansiosa o de angustia (Stein y Campbell-Sills, 2008).

Por otro lado, las afectaciones en el sueño son también frecuentes en supervivientes de cáncer, sobre todo en aquellos que presenten algún cuadro como los enumerados anteriormente (Galindo Vázquez et al, 2014). Vallejo Ruiloba expone que los trastornos en el sueño son síntomas casi invariablemente presentes en depresión y ansiedad (Vallejo Ruiloba, 2011). En una evaluación de necesidades no cubiertas de un total de 109 supervivientes de cáncer el 46,8% declaró presentar problemas para dormir (Arrighi et al, 2014). El DSM-IV-TR (2002) distingue dentro de los trastornos primarios del sueño las disomnias y las parasomnias. Las disomnias implican trastornos en la cantidad, calidad u horario del sueño, como por ejemplo el insomnio. Las parasomnias refiere a trastornos que implican sucesos de comportamiento o bien, fisiológicos anormales asociados al sueño o fases del mismo, como pueden ser las pesadillas. El estrés y ansiedad que padecen los supervivientes puede ir acompañado de insomnio o bien, la reexperimentación del acontecimiento traumático bajo la forma de sueños recurrentes o pesadillas (Die Trill, 2007). El insomnio primario implica una dificultad para conciliar o mantener el sueño, o bien la queja de que el sueño no resulte reparador. El enfoque óptimo para su tratamiento parece ser la combinación de fármacos (hipnóticos) y terapia cognitivo conductual, para identificar y eliminar pensamientos que incrementen la tensión del paciente y ocasionen un efecto negativo en el sueño (Doghramji y Ivanenko, 2008). Asimismo, se implementan técnicas de educación en higiene de la salud –como mantener un horario de vigilia regular, evitar tiempo excesivo en la cama, evitar nicotina, cafeína y alcohol, etc- y entrenamiento en relajación con el fin de mermar la tensión, estrés o excitación que interfiere en el sueño (Doghramji y Ivanenko, 2008). Vallejo Ruiloba (2011) agrega la denominada terapia de control de estímulos, encaminada a asociar el dormitorio con el sueño: el paciente deberá recostarse sólo cuando tenga sueño y levantarse si el sueño no ha aparecido en un lapso de diez a veinte minutos, y realizar alguna actividad tranquila. En la mañana deberá levantarse a la hora pautada, independientemente de cómo haya dormido (Vallejo

Ruiloba, 2011). En cuanto a las pesadillas, las mismas son experiencias mentales perturbadoras que en general tienen lugar en el sueño REM (Doghramji y Ivanenko, 2008). Habitualmente se han descrito en asociación al TEPT (Vallejo Ruiloba, 2011). Su tratamiento implica, al igual que en el insomnio, educar sobre higiene del sueño, mantener un horario regular y disminuir el estrés diurno (Doghramji y Ivanenko, 2008).

Finalmente, los pacientes habitualmente presentan disfunciones o alteraciones en la sexualidad, como consecuencia de los tratamientos atravesados (Yélamos y Sámbblas, 2012). Pueden padecer alteraciones sexuales como infertilidad, menopausia y función gonadal alterada, entre otros (Galindo Vázquez et al., 2014). Es preciso destacar que muchos de estos trastornos pueden requerir tratamiento farmacológico, quirúrgico, u hormonal. Sin embargo, las diferentes disfunciones psicosexuales tienen una característica común: la ansiedad que provocan en el individuo que las padece y/o en su pareja (Vallejo Ruiloba, 2011). El DSM-IV-TR (2002) establece que las disfunciones sexuales consisten en alteraciones en el deseo sexual y en los cambios psicofisiológicos que son propios del ciclo de la respuesta sexual, los cuales causan un notable malestar y dificultades interpersonales. Dichas alteraciones pueden ser del deseo sexual, de la excitación sexual, trastornos orgásmicos, por dolor, debido a enfermedad médica, inducida por sustancias, o no especificada. La terapia cognitivo conductual es el tratamiento mayormente estudiado en forma sistemática para el tratamiento de deseo sexual hipoactivo, sobre todo en mujeres. Se privilegia la combinación de la terapia cognitiva, centrada en la reestructuración de pensamientos distorsionados respecto al sexo, el entrenamiento conductual y la terapia de pareja (Balon, 2008). Los principios básicos del tratamiento apuntan a reducir la ansiedad que provoca el miedo al fracaso y proporcionar información clara y reaprendizaje, cuando así se requiera. También es necesario evaluar y valorar la relación de pareja, y el grado de motivación ya sea del paciente como de su compañero sexual (Vallejo Ruiloba, 2011). Balon (2008) expone que para el tratamiento de los diferentes trastornos o disfunciones sexuales, la terapia cognitivo conductual y la terapia sexual enfocada en lograr la intimidad psicológica siguen desempeñando un papel prominente y, habitualmente, dominante.

En conclusión, se percibe que los principales problemas que presentan los supervivientes son depresión y ansiedad, así como alteraciones en la calidad de vida, la sexualidad y del sueño. La mayoría de las intervenciones consideran la psicoeducación e intervenciones de corte cognitivo conductual, las cuales ofrecen mejores resultados en combinación con psicofármacos (Galindo Vázquez et al, 2014).

Se vislumbra que la formación y/o capacitación de los profesionales psicooncólogos deberá considerar los aportes que los citados modelos, enfoques y técnicas puedan aportar a la asistencia de los supervivientes que padecen alteraciones o trastornos mentales.

### **2.3.3. Familia del paciente y relaciones interpersonales**

Finalmente, el trabajo con supervivientes de cáncer debe priorizar las intervenciones dentro del grupo familiar y en el ámbito de las relaciones interpersonales. Es importante evaluar cuestiones referidas a la red social para implementar intervenciones que apunten a prevenir o evitar desajustes psicosociales severos. La investigación y la experiencia clínica sostienen la premisa de que un apropiado afrontamiento de la enfermedad requiere de salud mental, bajos niveles de estrés y, además, soporte familiar (Vidal y Benito, 2012). El apoyo social implica un proceso sistemático de interacción entre personas o grupos de personas que establecen vínculos de amistad e información, recibiendo apoyo emocional y afectivo, y contribuyendo al bienestar recíproco (Pedro, Galvao, Rocha y Nacimiento, 2008).

La familia concentra a seres queridos y los otros significativos con los que la persona atraviesa la vida. El núcleo familiar se convierte en una fuente de apoyo imprescindible en todo el recorrido del proceso oncológico, incluyendo el diagnóstico, tratamiento y supervivencia. Los vínculos familiares son tan diversos como complejos, y pueden incluir a aquellos que acompañan, sostienen, apoyan, tranquilizan; o bien, virar hacia aquellos en el que el enfermo consuela y sostiene al no enfermo (Solana, 2005). De igual forma, también puede suceder que la familia construya un cerco de silencio alrededor del enfermo o acuerde un pacto de mentiras respecto de la situación. Asimismo, las transformaciones y consecuencias del proceso oncológico puede detonar conflictos de pareja, haciendo que la misma se lesione o desintegre (Solana, 2005). Finalmente, pérdidas en el estilo y la calidad de vida, alteraciones mentales y dificultades socio-laborales desencadenan en el superviviente la imagen de impotente o incapaz, aspectos que convergen en un alejamiento de la vida social (Solana, 2005).

Ante la enfermedad y su tratamiento, pero también durante la fase de supervivencia, en el grupo familiar se movilizarán ansiedades y temores. Muchas veces, a lo largo del tratamiento el enfermo está ausente del grupo familiar por largos periodos de tiempo, y la familia inicia una reconstrucción del grupo y un duelo anticipado. Pierden el contacto diario con el paciente y se reorganizan rutinas, hábitos y costumbres que ya no lo incluyen (Vidal y Benito, 2012). En adición, Schavelzon et al. (1978) plantean que necesariamente tiene lugar una reconstrucción de roles de los integrantes (Schavelzon et al., 1978). Cuando el paciente retorna, esto puede ocasionar tensiones, al tratar de insertarse en nuevas condiciones que le son desconocidas, proceso que puede derivar en hostilidad y culpa (Vidal Benito, 2012). El paciente puede ser alejado y aislado, debido a que su presencia despierta culpa, considerándolo como un foco de contaminación del grupo familiar (Schavelzon et al., 1978).

La persona enferma observa como su microsistema (hogar, familia, amigos) crece con la interacción de otros ambientes, como el hospital, asociaciones, etc., pero además, es testigo de cómo su rol personal, familiar y laboral se modifica. Bronfenbrenner (citado en Torrico Linares, Santín Vilariño, Villas, Menéndez Álvarez-Dardet y López López, 2002) denomina a este hecho transición ecológica; la misma tiene lugar cuando la posición de una persona en el ambiente ecológico se modifica como consecuencia de un cambio de entorno, de rol, o de ambos a la vez. Toda transición ecológica es, en forma simultánea, consecuencia e instigadora de los procesos de desarrollo. En el momento en que una persona cambia su rol, se produce una alteración en cómo se trata a esa persona, lo que puede modificar su forma de actuar, lo que piensa y siente. Cuando la familia destituye al sujeto y le asigna posiciones más pasivas a las previamente desempeñadas, el paciente se asume como un inválido, cuyas funciones familiares, sociales, culturales han sido reemplazadas (Torrico Linares et al., 2002).

La situación es aún más compleja cuando el paciente superviviente es un niño u adolescente. Alves Ortiz y García de Lima (2007) destacan que la finalización del tratamiento y el inicio de la fase de recuperación despiertan alegría en los miembros de la familia, pero paralelamente se desarrollan preocupaciones por la condición física y adaptación del niño a su nueva condición. Intentan recuperar actividades y hábitos previos al tratamiento, pero en muchos casos encuentran dificultades para lograrlo. Para hacer frente a las barreras físicas, sociales y emocionales producto de la enfermedad, muchas veces se amparan en amigos, religiones o miembros del equipo de salud (Alves Ortiz y García de Lima, 2007). En este sentido, la intervención psicoterapéutica se ofrece como una alternativa viable y oportuna para acompañar dicho proceso.

En la literatura académica y científica se destaca un concepto de relevancia para referir a los efectos en otros significativos del superviviente de un trauma: el de Estrés secundario a un trauma (EST) de Figley, de 1995. Figley (citado en Ochoa, Castejón, Sumalla y Blanco, 2013) entiende al EST como la respuesta ante el conocimiento de un evento traumático producido en un otro significativo, el cual incluye sintomatología de Trastorno por Estrés postraumático y de estar quemado. El autor argumenta que el estrés parece infectar el sistema de personas significativas después de haber ocurrido sólo en uno de sus miembros. Expone que la sintomatología del Estrés secundario a un trauma es similar al TEPT, lo que implica que para los otros significativos, el hecho traumático que vive su ser querido es en sí mismo un trauma primario que sigue un curso con cierta autonomía (Ochoa et al, 2013).

Los síntomas de los pacientes supervivientes pueden afectar el estado emocional de la familia y los cuidadores. Debido a las consecuencias que puede ocasionar la enfermedad, muchas veces las labores del hogar y los roles familiares pueden ser alterados, generando disfunción en el grupo familiar. Es necesario prevenir y tratar niveles severos de malestar en los cuidadores y sujetos significativos del paciente, ya que esta situación puede disminuir la calidad y la cantidad de cuidados que se proveen, derivando en una alteración de la calidad de vida, y el deterioro físico y mental de los cuidadores (Murillo y Pedraza, 2006).

Por otro lado, es frecuente que una vez finalizados los tratamientos, disminuya el apoyo social y familiar que el paciente percibía. Así, el entorno próximo resta relevancia a sus miedos, ansiedades, preocupaciones y malestar, llegando incluso a negar cualquier efecto adverso de la enfermedad, lo que favorece la aparición de sentimientos de aislamiento, soledad e incompreensión (Yélamos y Sámblas, 2012). Las personas necesitan tener la posibilidad de verbalizar sus temores, ansiedades, angustias con otro que los escuche, contenga y comprenda; léase, pareja, madre, padre, amigo, hermano, etc (Vidal y Benito, 2012). La misma autora plantea que los pacientes en proceso de recuperación necesitan más soporte, autoestima y seguridad para poder manejar las dificultades propias de la situación -dificultades sociolabo-

rales o mentales como las enumeradas en los subcapítulos precedentes- (Vidal y Benito, 2012). Compartir temores, miedos, proyectos a futuro puede resultar una experiencia vinculante sumamente positiva a nivel afectivo para todos los implicados (Thiboldeaux y Golant, 2010). De igual manera, los mismos familiares y amigos necesitan saber que pueden comunicar sus temores, inquietudes y preocupaciones, sin tener miedo a decir algo “inadecuado” (Thiboldeaux y Golant, 2010). Los pacientes con buen apoyo familiar y social suelen implementar buenas estrategias de afrontamiento que evitan la aparición de comportamientos maladaptativos como beber, no descansar o fumar (Vidal y Benito, 2012).

El vínculo emocional ayuda a generar procesos adaptativos frente a situaciones adversas; emociones positivas o facilitadoras como el amor, la esperanza, la confianza, entre otras, contribuyen al logro de un funcionamiento eficaz y un buen ajuste psicosocial de actitudes, permitiendo sobrellevar en forma positiva todo el proceso (Noel, 2011). Las emociones negativas, son frecuentes en períodos críticos como el diagnóstico y tratamiento, por el impacto que supone la enfermedad en la vida del paciente y su familia, y las mismas deben ser debidamente elaboradas y eliminadas (Noel, 2011).

El crecimiento postraumático de los pacientes es directamente proporcional al de sus familiares y allegados, de allí la importancia de potenciar el trabajo con el núcleo próximo. Los estudios realizados en los últimos años afirman que los supervivientes con cáncer evidencian crecimiento postraumático y que el mismo no se limita únicamente a ellos, sino también a aquellos quienes lo rodean y acompañan (Ochoa et al., 2013). Además, en términos generales, en supervivientes de cáncer existe correlación entre todas las dimensiones que hacen al CPT del paciente (relación con los demás, nuevas posibilidades, fuerza personal, cambio espiritual, apreciación por la vida) y la de sus otros significativos (Ochoa et al., 2013). El mismo autor entiende los procesos de crecimiento en los otros significativos de personas con cáncer se explican de mejor manera como un crecimiento vicario, debido a que es el superviviente quien experimenta directamente la amenaza de la enfermedad, y, a partir de su crecimiento, influye en el del otro significativo (Ochoa et al., 2013). Estos datos permiten suponer que las intervenciones psicológicas podrían actuar a modo de efecto dominó, de manera que, al potenciar el bienestar y crecimiento del superviviente, incrementa el de su núcleo próximo.

En este sentido, se vuelve necesario destacar la relevancia de la terapia familiar sistémica como intervención para el núcleo próximo del superviviente en cáncer. Sluzki (citado en Vallejo Ruiloba, 2011) plantea que la misma es una intervención para el tratamiento de las distorsiones en la interacción familiar que busca reducir la estereotipia de la relación y los malos entendidos crónicos en los procesos de comunicación intrafamiliares. Minuchin (1982) entiende a la familia como un sistema que opera por medio de pautas transaccionales que se reiteran. Dicho sistema familiar se compone de subsistemas, a través de los cuales desempeña sus funciones, por ejemplo las diadas o los mismos individuos (Minuchin, 1982). Las reglas definen quienes participan de cada subsistema y de qué forma. Los límites —establecidos por las reglas— deben ser precisos y claros para que el funcionamiento familiar sea adecuado (Kelmanowicz, 2011). La familia pasa por etapas de mayor o menor desequilibrio, que deberán ser debidamente abordadas y elaboradas (Noel, 2011). Minuchin (1982) sostiene que la familia se organiza en torno a un equilibrio, y la situación no cambiará a menos que sea el mismo sea desafiado. La estructura familiar debe ser capaz de adaptarse cuando las circunstancias cambien (Minuchin, 1982). Una vez logrado el desequilibrio, la familia se reorganiza en torno a otros presupuestos o premisas más sanas. De esta forma, el terapeuta deberá implementar estrategias de acomodación y posteriormente de reestructuración (como señalamiento de límites, asignación de tareas, la manipulación del humor y el apoyo, etc) para reorganizar el sistema familiar (Kelmanowicz, 2011). La fortaleza del sistema familiar depende de su capacidad para movilizar pautas transaccionales alternativas cuando las condiciones externas o internas así lo exijan. Los límites entre los subsistemas deben ser firmes y claros, pero lo suficientemente flexibles como para permitir una reestructuración cuando las circunstancias se modifican (Minuchin, 1982).

Asimismo, el psicoterapeuta puede valerse de técnicas como la entrevistar circular y las preguntas reflexivas, lo que les permite verse desde un lugar diferente, dando lugar a nuevas versiones y conexiones; el uso de mapas de futuro, consistentes en preguntas reflexivas orientadas al futuro, tales como “Si las cosas siguen como hasta ahora, ¿qué esperan que suceda de aquí a un año?”; y finalmente, la externalización del problema, que implica identificar y especificar la situación y los hábitos que la refuerzan para luego ubicar al paciente y su familia en el lugar de sujetos activos o agentes, protagonistas del enfrentamiento de la condición actual. La terapia familiar sistémica es recomendada como indicación en

enfermedades somáticas invalidantes, en tanto puede paliar su influencia en el funcionamiento familiar (Vallejo Ruiloba, 2011).

Es necesario ponerse en contacto con el o los integrantes del grupo familiar o social que conserven cierta estabilidad, para tomar decisiones acertadas y potenciar el apoyo social del superviviente (Schavelzon et al., 1978). Vásquez (citado en Noel, 2011) destaca que la familia deberá ser entrenada y psicoeducada para saber cómo actuar ante situaciones relacionadas con dolor, fatiga náuseas, falta de apetito, resistencia al tratamiento del paciente u otras. Se destacan aquellas modalidades de afrontamiento focalizadas en el problema, como la búsqueda de información pertinente o la reorganización para retomar el control de la situación, lo cual sirve como catalizador para el proceso de recuperación y supervivencia (Noel, 2011).

Según Roca (1996), en situaciones de problemas de salud, el acompañamiento y la contención por parte del núcleo familiar permiten potenciar los resultados de las intervenciones y, por ende, mejorar la calidad de vida del paciente (Roca, 1996). El cáncer no afecta únicamente a quien lo padece, sino también a su núcleo de personas cercanas. Involucrar a otros en la toma de decisiones, tratamiento, atención y recuperación puede ofrecer ventajas sanitarias en el afrontamiento de la enfermedad (Thiboldeaux y Gollant, 2010). Adaptación y la supervivencia son dos variables inseparables, considerando que el paciente progresa positivamente cuando se “readapta” a las rutinas de vida que disfrutaba con anterioridad (Roca, 1996). El trabajo con la familia y el núcleo cercano del paciente contribuye que dicho proceso de adaptación tenga lugar en forma adaptativa, favoreciendo tanto al superviviente como a sus otros significativos.

### 3. CAPÍTULO III: Conclusiones

*“Es, incluso, extremadamente sano, que la ciencia del ser humano sea la más interdisciplinar de todas las disciplinas”*

*André Leroi-Gourhan*

La presente tesina permite dar cuenta de la complejidad que implica el abordaje médico clínico y terapéutico de la enfermedad oncológica en cada una de las fases que la caracterizan, incluyendo la etapa de supervivencia. Dicha dolencia debe ser entendida como una problemática que no se limita a una alteración orgánica, ya que la misma se encuentra enraizada a las múltiples facetas que componen la experiencia humana: la familiar, social, psicológica, individual, laboral, entre otras.

Históricamente los servicios de Oncología han sido estructurados como redes encargadas de ofrecer quimioterapia y radioterapia, más que como un servicio que está interesado en ofrecer atención integral al paciente oncológico. Esta situación, se encuentra en un proceso de cambio y transformación, pero el mismo es aún pausado y nos encontramos lejos de alcanzar un nivel óptimo de asistencia integral (Valentín, Murillo, Valentín y Royo, 2004).

Hasta hace tan solo poco tiempo, la función primordial del psicooncólogo era acompañar al paciente en fase terminal hasta el momento de su muerte. Afortunadamente, los actuales avances en supervivencia posibilitan que este profesional pueda desarrollar su labor en múltiples momentos de la enfermedad y su tratamiento. Surge la intervención en fase de recuperación y supervivencia, la cual se centra en ofrecer claves y asistencia al afectado para que él mismo logre afrontar, en forma adaptativa, su vida personal, socio-laboral y familiar una vez superada la dolencia. Es decir que el creciente número de personas supervivientes de cáncer abrió paso a nuevas necesidades de tratamiento que permitan atender a sus demandas emocionales y psicológicas y así, mejorar su calidad de vida.

Los pacientes oncológicos presentan múltiples necesidades en cada una de las fases de intervención, las cuales ameritan un abordaje integral. La exhaustiva revisión bibliográfica realizada permite dar cuenta de las dificultades y/o dolencias que los sujetos pueden presentar durante la fase de postratamiento y recuperación. Las repercusiones socio-laborales, el miedo a la recurrencia de la enfermedad, las alteraciones en los hábitos y la calidad de vida, las alteraciones psíquicas y trastornos mentales (particularmente ansiedad, depresión, alteraciones en el sueño y la sexualidad) y las disfunciones a nivel familiar son los principales aspectos estudiados, en tanto resultan ser de los más afectados.

Los médicos oncólogos no se siempre se encuentran debidamente capacitados – teórica o emocionalmente- para atender las necesidades psicológicas y/o sociales propias de los supervivientes. Las mismas merecen atención especializada por parte de profesionales correctamente formados para dicha asistencia, los cuales trabajen en forma coordinada con el equipo tratante, de manera tal de gestar una intervención de carácter cooperativa.

De lo antedicho se desprende la necesidad de incluir profesionales psicólogos especializados en el área de la psicooncología en los equipos de atención y cuidado del paciente. Los mismos podrán actuar no solo en fase diagnóstica, de tratamiento y cuidados paliativos, como resulta habitual hasta el momento, sino también en la fase de postratamiento haciendo uso de intervenciones, técnicas y modelos teóricos que les permitan lograr que el superviviente pueda incorporarse funcionalmente a su vida diaria, intentando alcanzar la estabilidad psicofísica premórbida. Las intervenciones enmarcadas en el modelo de la psicología cognitiva, conjuntamente con ciertos aportes de la psicología positiva y la terapia familiar sistémica, se presentan como una alternativa efectiva para mermar las principales dificultades, dolencias y alteraciones que presentan los supervivientes y sus otros significativos.

El abordaje en psicooncología en esta nueva fase de trabajo resulta eficaz en la reducción de malestar emocional, en la adaptación al proceso y nueva condición clínica del paciente y su familia, la reinserción socio-laboral, así como también en el incremento del crecimiento postraumático y la reducción de posibles alteraciones o trastornos mentales. Se reducen conductas y/o comportamientos desadaptativos, en tanto se potencian estilos de afrontamiento favorables y creencias y cogniciones que mejoran el estado

psíquico, social y físico de los pacientes. La esperanza, las emociones positivas y el trabajo con el núcleo próximo aparecen como factores que contribuyen a la recuperación de los sujetos, en combinación con la reestructuración cognitiva y modificación de creencias irracionales.

La presente tesina permite dar cuenta de la relevancia de la intervención psicológica en esta etapa de la enfermedad oncológica; etapa muchas veces menospreciada en tanto se da por supuesta la recuperación plena del paciente. Las necesidades que se presentan pueden ser múltiples y variadas, y la psicooncología se ofrece como una herramienta capaz de hacer frente a las mismas. Las intervenciones deben ser debidamente ajustadas al paciente, sus problemáticas y sus demandas, considerando la complejidad de la situación y necesidades que evidencie él o los sujetos en cuestión.

El trabajo de los profesionales sanitarios y médicos especializados en oncología debe ser complementado por la labor terapéutica asistencial de psicólogos debidamente formados en el área. Los beneficios que el trabajo conjunto ofrece al paciente son notables, en tanto las intervenciones de uno y otro se potencian en forma recíproca. Un programa de atención integral hace posible la coordinación de las diferentes estructuras asistenciales existentes, sin crear redes sanitarias paralelas.

Como profesionales del área de salud mental tenemos la obligación ética y moral, así como también la responsabilidad de crear un espacio de corte común e interdisciplinario, desmantelando la ya caduca dicotomía cuerpo-mente que rige aún en ciertos ámbitos de la ciencia médica. Es necesaria la defensa del modelo biopsicosocial de trabajo en función de las ventajas que el mismo ofrece al tratamiento de la enfermedad en cuestión. Los involucrados en la asistencia del paciente deberán perseguir un objetivo común, que solo puede alcanzarse si se privilegia el trabajo en equipo de manera integrada y cooperativa: mejorar la calidad de vida del paciente.

Se espera que el presente trabajo posibilite el avance de futuras investigaciones y/o desarrollos teórico-prácticos en el área que permitan incrementar el conocimiento clínico en psicooncología en fase de supervivencia. Los mismos podrían dar origen a políticas públicas, proyectos de intervención, o bien de formación y especialización para la correcta formación de profesionales psicooncólogos que estén capacitados para desarrollar intervenciones salutogénicas las cuales permitan potenciar la calidad de vida y la salud –en tanto estado de completo bienestar físico, social y mental- de quienes sean supervivientes de cáncer.

#### 4. Referencias Bibliográficas

- Acinas, P., Olallo Arango, M. y Antón, S. (2012). Intervención medico-psicológica con paciente y familiares en un caso de cáncer ginecológico en cuidados paliativos oncológicos. *Psicooncología*, 9 (1), 183-201.
- Almanza-Muñoz, J. J. y Holland, J. C. (2000). Psico-oncología: estado actual y perspectivas futuras. *Revista del Instituto Nacional de Cancerología*, 46 (3), 196-206.
- Alonso, D. (2010). *El desafío del cangrejo. Avances en el conocimiento, prevención y tratamiento del cáncer*. (3° ed). Buenos Aires: Siglo Veintiuno.
- Álvarez Echeverri, T., y Velásquez Acosta, O. (1996). Cuidados paliativos a la luz del concepto de hospicio. *IATREIA*, 9 (4), 173-176.
- Alves Ortiz, M. C., y García de Lima, R. A. (2007). Experiencias de familiares con niños y adolescentes, posteriores al término del tratamiento de cáncer: subsidios para el cuidado de enfermería. *Revista Lationamericana Enfermagem*, 15 (3). doi: 10.1590/S0104-11692007000300008
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (4° ed.). Barcelona: Masson.
- American Society of Clinical Oncology. (fecha de actualización: enero de 2013). *Acerca de la supervivencia*. Disponible en la WEB: <http://www.cancer.net/es/sobrevivencia/acerca-de-la-supervivencia>
- Arrighi, E., Jovell, A. J., Dolors Navarro, M. y Font, A. (2014). Desarrollo del cuestionario español para medir necesidades no cubiertas de supervivientes de cáncer (CESC). *Psicooncología*, 11 (1), 117-128. doi: 10.5209/rev\_PSIC.2014.v11.n1.44921
- Asociación Española Contra el Cáncer. (fecha de actualización: 9 de Julio de 2014). *Sobre el cáncer. El cáncer. Fases de la enfermedad*. Disponible en la WEB: [www.aecc.es/SobreElCancer/elcancer/Paginas/Fasesdelaenfermedad.aspx](http://www.aecc.es/SobreElCancer/elcancer/Paginas/Fasesdelaenfermedad.aspx)
- Bados, A., y García Grau, E. (2010). *La técnica de la reestructuración cognitiva*. Documento de trabajo. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona. Barcelona.
- Balon, R. (2008). Disfunciones sexuales. En G.O Gabbard (Ed.). *Tratamiento de los trastornos psiquiátricos*. (4° ed). Barcelona: Lexus.
- Barreto, P. y Bayés, R. (1990). El psicólogo ante el enfermo en situación terminal. *Anales en psicología*, 6 (2), 169-180.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., y Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Beesley, V., Eakin, E., Janda, M., & Battistutta, D. (2008). Gynecological cancer survivor's health behaviors and their associations with quality of life. *Cancer Causes Control*, 19 (7), 775-782.
- Blasco Cordellat, A., Caballero Díaz, C. y Camps Herrero, C. (2013). Deterioro cognitivo asociado al tratamiento oncológico. *Cuadernos Monográficos de Psicobioquímica*, 2, 26-36.
- Borrell i Carrió, F. (2002). El modelo biopsicosocial en evolución. *Revista Medicina Clínica*, 119 (5), 175-179.
- Chirikos, T. N., Russell-Jacobs, A. & Cantor, A.B. (2002). Indirect economic effects of long-term breast cancer survival. *Cancer Practice*, 10 (5), 248-255.

- Costanzo, E. S., Ryff, C. D., & Singer, B. H. (2009). Psychosocial Adjustment Among Cancer Survivors: Findings From a National Survey of Health and Well-Being. *Health Psychology, 28* (2), 147-156. doi: 10.1037/a0013221
- De Sárraga Luque, C., Alvarez Sanz, M., Vega Recio, A., Amakthari Baba, S., Nieto Rabaneda, V. y Jiménez Lechuga, M. D. (2014, Febrero). *Psicoterapia en el cáncer de mama*. 15º Congreso Virtual de Psiquiatría.com. Interpsiquis 2014.
- Die Trill, M. (2007, marzo). El superviviente de cáncer (I). *Revista Contigo de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM)*, (9), 18-21.
- Die Trill, M. (2013). Intervención psicooncológica en el ámbito hospitalario. *Clínica Contemporánea, 4* (2), 119-133. doi: 10.5093/cc2013a10
- Die Trill, M. y Vecino Bravo, S. (2003). El Superviviente de Cáncer. En Die Trill, M (Eds). *Psicooncología*. Madrid: ADES ediciones.
- Doghramji, K., & Ivanenko, A. (2008). Trastornos del sueño. En G.O Gabbard (Ed.). *Tratamiento de los trastornos psiquiátricos*. (4º ed). Barcelona: Lexus.
- Fernández-Álvarez, H. (1999). El factor esperanza en los grupos terapéuticos. En H. Mesones Arroyo (Ed.). *Teoría de la psicoterapia*. (2º ed). Buenos Aires: Ananke.
- Ferrero Berlanga, J. (1993). *El afrontamiento de un diagnóstico de cáncer*. Valencia: Promolibro
- Ferro, T., y Borrás, J. M. (2011). Una bola de nieve está creciendo en los servicios sanitarios: los pacientes supervivientes de cáncer. *Gaceta Sanitaria, 25* (3), 240-245. doi: 10.1016/j.gaceta.2010.12.002
- Fredrickson, B. (2001). The Role of Positive Emotion in Positive Psychology: The Broaden and Build Theory of Positive Emotion. *American Psychologist, 56* (3), 218-226
- Friedman, E. S., y Thase, M. (2008). Psicoterapias centradas en la depresión. En G.O. Gabbard (Ed.). *Tratamiento de los trastornos psiquiátricos*. (4º ed). Barcelona: Lexus.
- Galindo Vázquez, O., Rojas Castillo, E., Benjet, C., Meneses García, A., Aguilar Ponce, J. L., y Alvarado Aguilar, S. (2014). Efectos de intervenciones psicológicas en supervivientes de cáncer: una revisión. *Psicooncología, 11* (2-3), 233-241. doi: 10.5209/rev\_PSIC.2014.v11.n2-3.47385
- Gómez, B. (2011). Abordaje de perturbaciones asociadas a enfermedades físicas crónicas. En H. Fernández-Álvarez (Ed.). *Paisajes de la psicoterapia: modelos, aplicaciones y procedimientos*. Buenos Aires: Pólemos.
- Grupo Madrileño de Psicooncología. Colegio Oficial de psicólogo de Madrid. (2003). Propuesta de inclusión del psicólogo en la atención integral al enfermo de cáncer. *Psicooncología, 0* (1), 157-160.
- Harrington, C.B., Hansen, J.A., Moskowitz, M., Todd, B.L. & Feuerstein, M. (2010). It's not over when it's over: Long-term symptoms in cancer survivors. A systematic review. *International Journal of Psychiatry in Medicine, 40* (2), 163-181.
- Hernández, M., Cruzado, J. A., y Arana, Z. (2007). Problemas psicológicos en pacientes con cáncer: dificultades de detección y derivación al psicooncólogo. *Psicooncología, 4* (1), 179-191.
- Ibáñez, E. (2004). El papel del psicólogo en los planes nacionales de oncología. *Boletín de Psicología, 82*, 7-24.
- International Psycho-Oncology Society. (fecha de acceso: 15 de Enero de 2015). *About IPOS*. Disponible en la WEB: <http://www.ipos-society.org/about-ipos/>

- Kaplan, H. I., y Sadock, B. J. (1997). *Tratado de psiquiatría/VI*. (6° ed). Buenos Aires: Inter-médica.
- Kelmanowicz, V. (2011). El modelo sistémico de la terapia. En H. Fernández Álvarez (Ed.). *Paisajes de la psicoterapia: Modelos, aplicaciones y procedimientos*. Buenos Aires: Polemos.
- Kern de Castro, E. y Moro, L. (2012). Factores psicosociales relacionados con el autocuidado en la prevención, tratamiento y postratamiento del cáncer de mama. *Psicooncología*, 9 (2-3), 453-465.
- Kornblith, A. B. (1998). Psychosocial adaptation of cancer survivors. En Holland J. (Ed). *Psycho-Oncology* [Psicooncología]. Nueva York: Oxford University Press New York Oxford University Press.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos Cognitivos*. Barcelona: Martinez Roca.
- Llubiá, C. (2008). Cuidados críticos: la comunicación como terapia imprescindible. *Psicooncología*, 5 (2-3), 233-244. doi: 10.5209/rev\_PSIC.2013.v9.n2-3.40916
- Malca Scharf, B. (2005). Psicooncología: abordaje emocional en oncología. *Persona y Bioética*, 9 (2), 64-67.
- Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral Health and Behavioral Medicine: Frontiers for a New Health Psychology. *American Psychologist*, 35, 807-817.
- Middleton, J. (2002, Junio). Psicooncología en el siglo XXI. *Revista Actualidad Psicológica*, 3.
- Minuchin, S. (1982). *Familias y terapia familiar*. (3° ed). Buenos Aires: Gedisa.
- Molina, R., Feliu, J., San-Jose, B., López, J. L., Martín, J. I., Martínez-Amores, B., Navarro, F., Álvarez-Mon, M., y Gonzalez Baron, M. (2008). La reinserción laboral en los pacientes con cáncer colorrectal. *Psicooncología*, 5 (1), 83-92.
- Molina, R., y Feliu, J. (2010). La reinserción laboral: un nuevo reto en el paciente con cáncer. *Psicooncología*, 8 (1), 45-51. doi: 10.5209/rev\_PSIC.2011.v8.n1.4
- Moorey, S. (1996). When Bad Things Happen to Rational People: Cognitive Therapy in Adverse Life Circumstances. En P. Salkovskis (Ed.). *Frontiers of cognitive therapy* [Fronteras de la terapia cognitiva]. New York: Guilford Press.
- Murillo, M. y Pedraza, J. D., (2006). Trastornos psicológicos y de calidad de vida en pacientes de cáncer de pulmón. *Psicooncología*, 3 (2-3), 377-392.
- National Cancer Institute (fecha de actualización: 9 de Febrero de 2015). *¿Qué es el cáncer?*. Disponible en la WEB: <http://www.cancer.gov/espanol/cancer/que-es>
- Naus, M. J., Ishler, M. D., Parrott, C. H., & Kovacs, S. A. (2009). Cancer Survivor Adaptation Model: Conceptualizing Cancer As a Chronic Illnes. *Journal of Clinical Psychology*, 65 (12), 1350-1359. doi: 10.1002/jclp.20622.
- Noel, G. (2011). Participación de la familia en la adaptación de niños y adolescentes que sobreviven al cáncer. *Anales de la Universidad Metropolitana*, 11 (1), 71-89.
- Oblitas Guadalupe, L. A. (2008). Psicología de la salud: una ciencia del bienestar y la felicidad. *AV. Psicol*, 16 (1), 9-38.
- Ochoa, C., Castejón, V., Sumalla, E. y Blanco, I. (2013). Crecimiento post-traumático en supervivientes de cáncer y sus otros significativos ¿Crecimiento vicario o secundario?. *Terapia Psicológica*, 31 (1). doi: 10.4067/S0718-48082013000100008
- Ochoa, C., Summalla, E. C., Mate, J., Castejón, V., Rodríguez, A., Blanco, I., y Gil, F. (2010). Psicoterapia positiva grupal en cáncer. Hacia una atención psicosocial integral del superviviente de cáncer. *Psicooncología*, 7 (1), 7-34.

- Organización Mundial de la Salud (1946). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Nueva York: Autor. Disponible en la WEB: [apps.who.int/gb/DGNP/pdf\\_files/constitution-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/DGNP/pdf_files/constitution-sp.pdf)
- Organización Mundial de la Salud (2015, Febrero). *Cáncer. Nota descriptiva N°297*. Disponible en la WEB: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
- Pagés, S., y Gómez, B. (2011). El modelo cognitivo-comportamental de la terapia. En H. Fernández Álvarez (Ed.). *Paisajes de la psicoterapia: modelos, aplicaciones y procedimientos*. Buenos Aires: Polemos.
- Paredes, M. (2010, Julio). *Intervención con pacientes adultos*. Presentado en el seminario Intervenciones en psicooncología: Abordaje integral del paciente y su familia. Perú.
- Pedro, I., Galvao, C., Rocha, S., & Nascimento, L. (2008). Social support and families of children with cancer: an integrative review. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16 (3), 477-483.
- Prieto Fernández, A. (2004). *Psicología oncológica*. *Revista Profesional Española de Terapia Cognitivo-Conductual*, 2, 107-120.
- Real Academia Española. (2001). *Diccionario de la lengua española* (22.a ed.). Disponible en la WEB: <http://www.rae.es/rae.html>
- Reyes Piñeros, C. E., y Rincón Hoyos, H. G. (2007, octubre). Estrategias para afrontar el cáncer. *Fundación Valle del Lili*, 137, 1-4.
- Río, M., Cano, C., Villafaña, F., y Valdivia, C. (2010). Inserción laboral en mujeres después de un cáncer de mama: una ayuda a la integración social. *Psicooncología*, 7 (1), 143-152.
- Roca, M. (1996). El niño con cáncer y su sistema de actividades cotidianas: relaciones interpersonales y actividad escolar. *Revista Cubana de Psicología*, 13 (1), 9-15.
- Rodríguez Vega, B., y Aranzazu Ortiz, Palao, A. (2004). Atención psiquiátrica y psicológica al paciente oncológico en las etapas finales de la vida. *Psicooncología*, 1 (2-3), 263-282.
- Rutter, M. (1993). Resilience: some conceptual considerations. *Journal of adolescents health*, 14 (8), 626-631.
- Schavelzon, J., Bleger, J., Bleger, L., Langer, M., Luchina, I., Joakin, E., Bortolotto, E., y Barrios, E. (1978). *Cáncer: enfoque psicológico*. Buenos Aires: Galerna.
- Schneier, F. R., Mellman, L. A., y Spiegel, D. (2008). Trastornos de ansiedad, trastornos disociativos y trastornos de adaptación. Introducción. En G.O. Gabbard (Ed.). *Tratamiento de los trastornos psiquiátricos*. (4° ed). Barcelona: Lexus.
- Sociedad Americana del Cáncer. (2009). (fecha de acceso 1 de Octubre de 2014). *Estadísticas sobre el Cáncer entre los Hispanos/Latinos 2009-2011*. Disponible en la WEB: <http://www.cancer.org/acs/groups/content/@epidemiologysurveillance/documents/document/acspc-027826.pdf>.
- Solana, A. (2005). Aspectos psicológicos en el paciente superviviente. *Oncología*, 28 (3), 51-57.
- Stein, M. B., y Campbell-Sills, L. (2008). Trastorno de angustia. En G.O Gabbard (Ed.). *Tratamiento de los trastornos psiquiátricos*. (4° ed). Barcelona: Lexus.
- Stone, G. C. (1991). An International Review of the Emergence and Development of Health Psychology. En M. Jansen & J. Weinman (Eds.). *The International development of Health Psychology* [El desarrollo internacional de la Psicología de la Salud]. Churchill: Harwood Academic Publishers

- Thiboldeaux, K., y Golant, M. (2010). *Cáncer: guía total de salud. Como afrontarlo y rehacer su vida después del diagnóstico*. Barcelona: Robinbook.
- Tizón García, J. L. (2007). A propósito del modelo biopsicosocial, 28 años después: epistemología, política, emociones y contratransferencia. *Atención primaria*, 39 (2), 93-97.
- Torrico Linares, E., Santín Vilariño, C., Villas, M. A., Menéndez Álvarez-Dardet, S., y López López, J. (2002). El modelo ecológico de Bronfrenbrenner como marco teórico de la psicooncología. *Anales de la Psicología*, 18 (1), 45-59.
- Tugade M.M., y Fredrickson, B.L. (2004). Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 86 (2), 320-333.
- Valentín, V., Murillo, M. T., Valentín, M., y Royo, D. (2004). Cuidados continuos. Una necesidad del paciente oncológico. *Psicooncología*, 1 (1), 155-164.
- Vallejo Ruiloba, J. (2011). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. (7° ed). Barcelona: ELSEVIER MASSON
- Vidal y Benito, M. C. (2012). *Psiquiatría y psicología del paciente con cáncer*. (2° ed). Buenos Aires: Polemos.
- Watson, M., y Greer, S. (1998). Personality and Coping. En J. Holland (Ed.). *Psycho-oncology* [Psicooncología]. Nueva York: Oxford University Press.
- Yélamos, C. y Sámbblas, J. (2012). Curados de cáncer: la superación y una nueva oportunidad. La necesidad de unidades especiales de apoyo. En W. Astudillo Alarcón (Ed.). *Medicina paliativa y el tratamiento del dolor en la atención primaria*. Buenos Aires: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos y Paliativos Sin Fronteras.
- Zoellner, T., & Maercker, A. (2006). Posttraumatic Growth in Clinical Psychology: A Critical Review and Introduction of a Two Component Model. *Clinical Psychology Review*, 26 (5), 626-653.