



## **TRABAJO FINAL INTEGRADOR**

### **ESTADO PSICOLOGICO DE UNA PACIENTE**

### **CON CANCER DE MAMA**

TUTORA: LIC. MARIA MUCCI

ALUMNA: CRISTINA B. LOPEZ

LEGAJO: 38.687

FECHA: Noviembre 18 de 2014.-

## Índice

1. Introducción -----	4
1.1.-Objetivos-----	4
1.2.1. Objetivo general-----	5
1.2.2 .Objetivos específicos-----	5
2. Marco Teórico-----	5
2.1.Conceptualización del cáncer-----	6
2.1.2. Descripción del cáncer de mama-----	6
2.1.3. Psico-oncología-----	7
2.1.4.Campos de acción de la psicooncología-----	10
2.1.5.Psicología de la salud -----	10
2.3. Estilos de afrontamiento-----	12
2.4. Clasificación de Trastornos.-----	13
2.4.1.Miedo -----	13
2.4.2.Ansiedad-----	14
2.4.3. Angustia-----	14
2.4.4.Depresión-----	15
2.4.5. Terapia Cognitiva-----	16
2.4.6. Abordaje focalizado multifactorial-----	18
2.4.7. Alianza Terapéutica-----	20
2.4.7.1.Empatía -----	20

2.5.Esquema de Supervivencia-----	21
2.5.1.Psicoeducación-----	22
2.5.1.1.Trabajo Grupal-----	23
2.5.2.Características del trabajo en grupo-----	22
2.5.3.Técnicas grupales-----	24
2.5.3.1.Coping-Enfrentamiento-----	25
2.5.4.Asertividad-----	26
2.5.4.1.Respiración abdominal-----	27
2.5.4.2.Relajación-----	27
2.5.4.3.Visualización-----	28
2.5.4.4.Resolución de problemas-----	29
3. Metodología-----	30
3.1.Tipo de estudio y Diseño-----	30
3.2 .Participante-----	30
3.3. Instrumentos -----	30
3.4.Procedimiento-----	31
4. Desarrollo-----	32
4.1. Antecedentes-----	33
4.1.1. Motivo de consulta-----	33
4.2 .Efectos psicológicos que causa la enfermedad-----	33
4.3. Objetivos y modalidades terapéuticas.-----	37

4.4. Técnicas para la prevención y manejo del estrés -----	40
5.Conclusiones-----	43
5.1. Pronóstico de la paciente-----	46
5.2.Nuevas líneas de trabajo-----	47
6. Referencias bibliográficas-----	49

## 1. Introducción

La práctica de habilitación profesional se realizó en una clínica oncológica de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. En este lugar se atiende al paciente con un enfoque multidisciplinario desde lo médico y desde el abordaje psicológico con un equipo de psicólogos que trabajan desde el enfoque cognitivo conductual fundamentalmente. La práctica fue de 280 horas en un promedio de 22 horas semanales.

El espacio dentro del área de psicooncología estuvo centrado en la salud, no sólo como ausencia de enfermedad sino como un estado de bienestar psicofísico. Por esta razón el objetivo principal de los psicólogos, ha sido el cuidado y la promoción de la calidad de vida así como el manejo y disminución del distrés emocional, desde el espacio íntimo de la terapia personalizada hasta en los talleres con diversos recursos terapéuticos complementarios, especialmente focalizados en los aspectos personales y humanos de los pacientes y sus familias.

Se consideró en la práctica, que los señalamientos que se le han realizado a la paciente han sido siempre teniendo en cuenta el sistema de creencias que la rodea, porque de otra forma dichas observaciones no podrían haber ejercido el efecto buscado cotidianamente desde un marco de contención médica, psicológica y espiritual. Estos aspectos, han estado presentes y colaboraron también en la recuperación de la salud de la paciente, ya que es de vital importancia el abordaje integral al trabajar en oncología.

El caso elegido ha surgido para conocer los efectos psicológicos y las implicancias por las que atraviesa una mujer ante un diagnóstico de cáncer de mama. Por esta razón, este trabajo ha tratado de indagar su comportamiento a lo largo de las entrevistas, del trabajo en los grupos y como han incidido en su vida las diferentes líneas de abordaje en su tratamiento.

### 1.1- Objetivos

### 1.2.1.-Objetivo General

Analizar el estado psicológico, emocional de una paciente a la que le diagnostican un cáncer de mama y el tratamiento psicológico recibido en la clínica oncológica.

### 1.2.2 Objetivos Específicos

- 1) Determinar los efectos psicológicos que causa el conocimiento de la enfermedad en la paciente.
- 2) Describir los objetivos y la modalidad terapéutica psicológica del caso
- 3) Describir y analizar si las técnicas de prevención y manejo del estrés aplicado al caso brindan los recursos necesarios para afrontar la enfermedad.

## 3- Marco Teórico

### 3.1- Conceptualización del Cáncer

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el cáncer es un proceso de crecimiento y diseminación incontrolados de células. Las células están reguladas por mecanismos de control que dirigen su proceso de división indicando cuándo deben permanecer en reposo o cuando empezar a dividirse, cuando estos mecanismos se alteran y se dividen en forma incontrolada con el paso del tiempo suelen dar lugar a un tumor.

El tumor puede ser benigno (no es peligroso para la salud) o maligno (es potencialmente peligroso). Los tumores benignos no son considerados cancerosos, sus células tienen una apariencia casi normal, crecen lentamente y no invaden tejidos próximos ni se propagan hacia otras partes del cuerpo. Los tumores malignos son cancerosos. De no ser controladas, las células malignas pueden propagarse más allá del tumor original hacia otras partes del cuerpo.

El término cáncer de mama hace referencia a un tumor maligno que se ha desarrollado a partir de células mamarias y los estadios del cáncer de mama hacen referencia a lo lejos que se han propagado las células cancerígenas más allá del tumor original.

El cáncer de mama siempre se origina por una anomalía genética (un error del material genético). No obstante solo un 5-10% de los casos son producto de una anomalía heredada de la madre o del padre. En cambio, el 85-90% de los casos de cáncer de mama tienen su origen en anomalías genéticas vinculadas al proceso de envejecimiento y desgaste natural de la vida.

Existen pasos que toda persona puede seguir para mantener su cuerpo lo más sano posible, como seguir una dieta balanceada, mantener un peso saludable, no fumar y realizar periódicamente estudios de prevención como una mamografía y ecografía mamaria ya que se calcula que 8 de cada 10 mujeres pueden contraer la enfermedad.

#### 2.1.2 Cáncer de mama

Focalizando en el cáncer de mama, Rojas May (2006), refiere que la multifactorialidad del cáncer cobra especial significación debido a que la mama es un órgano con una representación cultural, psicológica, sexual y afectiva muy compleja.

Debido a ello el tratamiento y secuelas del cáncer de mama van a ser percibidos y vividos por la paciente de una manera singularmente delicada. En los casos de mastectomía, la alteración de la simetría corporal es entendida en la mayoría de los pacientes como una deformidad, cuya interpretación a veces es incomprendida tanto con el entorno social, afectivo de la paciente como también del equipo médico. Esta deformidad física puede interferir con la continuidad o el establecimiento de relaciones íntimas especialmente en mujeres jóvenes o en aquellas que existía previamente algún tipo de conflictividad premórbida (Die Trill, 2003 citado en Rojas May, 2003)

Según los médicos oncólogos, el cáncer de mama es considerada actualmente como una enfermedad multifactorial o compleja, en la que intervienen factores tanto externos como internos en constante interacción que producen un entorno único sobre el cual la enfermedad se desarrolla. En la actualidad el diagnóstico de cáncer significa un fuerte

impacto para las personas que reciben la noticia así como para su entorno familiar. El impacto emocional no solo depende del pronóstico del médico sino que se basa en el sistema de creencias previas que la paciente posea (Núñez,2013).

El ser humano se relaciona con el mundo a través del cuerpo, de su mente de su espiritualidad interactuando con la realidad y cuando se refiere más precisamente a la reacción de una mujer ante el diagnóstico de una enfermedad como el cáncer, aparece además el dolor que es en esencia un fenómeno biológico también con una importancia social, cultural y psicológica (Sonia Fuentes& Tomás Blasco,2010).También aparece el miedo que será la constante durante toda la enfermedad lo que generará una situación de estrés. Los miedos que se repiten en todos los pacientes son: a la dependencia, alteraciones en la imagen corporal, dolor, no poder llevar a cabo las actividades cotidianas, alteraciones en sus relaciones en general y en particular con su familia y a las recaídas.

El diagnóstico de cáncer suele ocasionar reacciones negativas y donde la expectativa de vida será atravesada por el dolor, pudiendo constituirse así una sintomatología ansiosa y depresiva, disforia, anhedonia, trastornos del sueño, cambios en el apetito, fatiga, lentitud o agitación psicomotora, baja autoestima, culpa dificultad para concentrarse, dificultad para tomar decisiones e ideación suicida (Mehnert&Koch,2008 ; como citó en Garduño, Riveros& Sanchez-Sosa,2010)

En sentido psicológico se lo describe al cáncer de mama como de naturaleza insidiosa porque agrede a un órgano íntimamente asociado con la autoestima, la sexualidad y la femineidad (Lumbreras & Blasco ,2008; Biglia et al,2010 citado en Sonia Fuentes& Tomás Blasco,2010)

### 2.1.3Psicooncología

Holland(1993),es quien en los años 70 trabajó sobre los aspectos psicológicos, psiquiátricos, sociales y conductuales asociados a la morbilidad y mortalidad del cáncer. Su trabajo ha sido fundamental en el desarrollo de lo que hoy se conoce como Psicooncología, disciplina que nace de la fusión entre la oncología y psicología.

Sus estudios se basaron en un comienzo fundamentalmente en preguntarse cuáles eran las ideas y sentimientos de aquellos pacientes que han sido diagnosticados recientemente de

cáncer y averiguar también cuáles serían las actitudes negativas ligadas a la enfermedad mental y los problemas psicológicos que se presentan en una enfermedad médica (Holland,2003).

Por esta razón, Holland (2003) considera que deberá prevalecer en psicooncología, la atención a la respuesta emocional del paciente, familiares y de todas las personas encargadas del cuidado del paciente a lo largo del proceso de la enfermedad y detectar e intervenir en aquellos factores psicológicos de comportamiento y aspectos sociales que puedan influir en la mortalidad, supervivencia y morbilidad y calidad de vida de estos pacientes.

La psicooncología es una especialidad que se origina en respuesta al distrés emocional que presentan los pacientes que cursan esta enfermedad así como la familia y el equipo médico interdisciplinario en un tratamiento, teniendo en cuenta que la mejor atención no es solo curar o tratar la parte física, sino el cuidado emocional psicológico del paciente, aspecto que en ocasiones es olvidado en una enfermedad como el cáncer. El distrés actualmente reconocido como una entidad preclínica se encuentra presente en una cantidad significativa de pacientes condicionando el riesgo para los diversos tratamientos psicológicos (Rojas May, 2006) El diagnóstico de cáncer actúa como un impacto que puede desestructurar al paciente si éste no consigue elaborar una respuesta de afrontamiento adecuada a la situación de que le permita continuar con el proceso y curso de la enfermedad. El objetivo fundamental de dar a conocer al paciente su estado, se basa en que la información sobre el cáncer contribuya al proceso terapéutico y a la mejora de la calidad de vida de los pacientes (García Conde, 2008)

Tomando en cuenta lo expuesto es de suma importancia contar con un protocolo de intervención psicooncológica que permita predecir, intervenir, manejar y resolver los distintos problemas psicosociales a los que puedan enfrentarse las pacientes (Nuñez,2013).

La finalidad de la psicooncología es trabajar las emociones que aparecen favoreciendo una comunicación abierta y clara, adaptando la atención psicológica al estado mental y físico de la persona ayudando a afrontar la situación que están viviendo para evitar

el sufrimiento y lograr una adaptación y control del dolor y a manejar la incertidumbre que producen los tratamientos. (Font & Rodríguez, 2007).

### 2.1.3. Características de tratamientos

Los tratamientos para el cáncer, como la cirugía, quimioterapia, radioterapia e inmunoterapia resultan ser agresivos y no es posible impedir el daño al paciente, mientras el médico piensa en términos de curación, el paciente piensa en términos de su enfermedad, sus tratamientos o ambos. (García Conde, 2008). Sería oportuno posibilitar de acuerdo a lo antes mencionado, un cambio de estilo en la comunicación del equipo médico en el momento que se da una información. Este cambio es sustancial para la paciente ya que el procesamiento de esta información será diferente, teniendo en cuenta su historia personal, por ejemplo si ha sufrido anteriormente, sucesos vitales estresantes, ya que los nuevos ante la dificultad para poder ser asumidos habrán de dificultar dicho procesamiento produciendo un bloqueo en la expresión los mismos. (Fuentes & Blasco, 2010) Es frecuente que el paciente reaccione negando la información que sus médicos le proporcionan respecto al diagnóstico y busca otras opiniones con el objetivo de confirmar que la información sea una equivocación del médico primario. El hecho de informar el diagnóstico y del pronóstico del cáncer ha generado discusiones entre los oncólogos. El paciente tiene derecho a saber la verdad pero también derecho a no saberla si no lo desea, considerándose que el paciente mejor informado es aquel que sabe lo que quiere saber (García Conde, 2008) Tomando en cuenta lo mencionado anteriormente un protocolo de intervención psicooncológica resultará imprescindible que permita poder intervenir, manejar y resolver el impacto emocional y los diferentes problemas psicosociales y predecir también en aquellos a los que la paciente pueda enfrentarse.

## 2.2. Los campos de acción de la Psicooncología

Los campos de acción de la Psicooncología se detallan a continuación: Fase de diagnóstico, de tratamiento, de pronóstico, así como también se trabaja con la familia en las fases de recidiva de la enfermedad y final de la vida (Rojas May, 2006).

La fase diagnóstica, se refiere a las reacciones tanto fisiológicas como comportamentales que genera en el paciente el haber sido informado de que tiene cáncer.

La respuesta inicial al recibir las noticias suele consistir, tras un primer momento de bloqueo, en intensas respuestas emocionales inmediatas que incluyen tristeza, enojo, ansiedad, sentimientos de indefensión y depresión. Son frecuentes las alteraciones del sueño y del apetito, así como las dificultades de concentración y atención. La mayoría de los pacientes experimentan una ruptura temporal en su capacidad para funcionar en la vida cotidiana (Rojas May, 2006).

En la fase pronóstica, el temor más grande que enfrenta el paciente luego de enterarse de su diagnóstico es: qué pasará con su vida, cuánto tiempo tiene de vida o cómo se desarrollará la enfermedad (Rojas May, 2006).

Luego en la continuidad en el tratamiento; los tratamientos para el cáncer en algunos casos pueden ser dolorosos, molestos y llenos de efectos secundarios, por ello el apoyo psicológico y el alivio de los malestares emocionales ayudan al paciente a adherirse a ellos (Rojas May, 2006).

En relación a los cuidados paliativos; la Organización Mundial de la Salud los define como: un abordaje destinado a mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familiares, que afrontan los problemas asociados a una enfermedad amenazadora para la vida, a través de la prevención y paliación del sufrimiento, por medio de la identificación precoz, la evaluación y tratamiento cuidadosos de todas las problemáticas que afectan al enfermo, sean éstas de tipo somático, emocional, ético, social o de otro tipo. Esta dimensión de cuidados, enfatiza las necesidades especiales hacia el control de síntomas tanto físicos como emocionales (Labrador, & Bara, 2004 cito en Gómez. B; 2008).

Con respecto al manejo del dolor, éste es el síntoma más temido por los pacientes con cáncer. El dolor no es exclusivo de la fase terminal y produce un significativo deterioro del enfermo, llevándolo a respuestas psicológicas como ira, irritabilidad, agresividad, entre otras. Por último en el acompañamiento al paciente terminal; el trabajo del psicooncólogo es crucial en esta etapa, ya que profesionalmente se encuentra capacitado para abordar las diferentes consecuencias psicológicas que enfrenta el paciente con la finalidad de canalizar

los sentimientos del paciente y sus familiares así como guiar al mismo a tomar decisiones sobre sus asuntos personales ante la pérdida de la salud actual, miedo a la muerte, preocupación por los seres queridos, efectos de los tratamientos, sobrevivencia y temor a la recidiva. (Labrador & Bara, 2004 cito en Gómez, B, 2008).

Por esta razón, López Rosetti (2013), agrega que entre los beneficios de la terapia psicooncológica se pueden mencionar una mejor comprensión y adhesión a los tratamientos médicos, otra expectativa en los resultados durante los tratamientos, niveles más bajos de malestar emocional (distrés) y el trabajo del agotamiento profesional en los equipos oncológicos conocido como *burn-out*.

Por ende la Psicooncología es una especialidad que además de promover la escucha activa, el entendimiento, la orientación, facilita la información y finalmente provee el acompañamiento al paciente en las alteraciones que surgen a partir del diagnóstico del cáncer durante el proceso del tratamiento oncológico, así es que teniendo en cuenta la labor del psicooncólogo, mucho dependerá también de la sensibilidad, apertura y credibilidad del oncólogo para un trabajo en equipo, en beneficio de los pacientes con cáncer (Holland, 2003).

Se ha demostrado que en la medida que los pacientes reciban una atención integral: incluyendo fundamentalmente los aspectos psicológico-emocionales permite una mejor adhesión a los tratamientos oncológicos, mejor calidad de vida en cada uno de los estadios clínicos de la enfermedad durante el tratamiento médico (Fuentes & Blasco, 2010).

### 2.3. Estilos de Afrontamiento

Mucci (2004) refiere que la personalidad de quien consulta es predictora de aspectos que pueden terminar resultando o no un obstáculo en una situación de crisis, por ejemplo ante una cirugía en un diagnóstico de cáncer, puede derivar en algún trastorno emocional teniendo en cuenta su modalidad de afrontamiento ante una situación ansiógena.

Es posible categorizar dos estilos: el evitativo y el vigilante. El primero, niega aspectos amenazantes relacionados con la situación y posee una actitud de dudar o no realizar algo de manera segura así como tampoco hablar de sus pensamientos. Por el

contrario quien muestra un estilo de afrontamiento vigilante, se expresa de forma abierta y en la búsqueda de información expresando además diferentes formas ante la incertidumbre diagnóstica que implican defensas ante la ansiedad y la angustia. (Cohen&Lazarus 1973, como se citó en Mucci, 2004).

Remarca (Urie Bronfenbrenner 1979, citado en Mucci, 2004), que en diversas situaciones el poder garantizar una asistencia integral, exige un marco referencial que muestre y demuestre que las personas y el medio interactúan en una compleja red encontrándose relacionados directa o indirectamente. Así es como se plantea que la eficacia en el poder manejar comportamientos tanto individuales como psicosociales pueden reducir o aliviar el riesgo a la tensión que genera una enfermedad médica como en este caso y así promover su recuperación. ( Lenfant 1998 cito, en Mucci 2004).

#### 2.1.4. Psicología de la Salud

Los aportes de la psicología de la salud han facilitado la investigación de factores psicológicos considerados predisponentes a las enfermedades crónicas, así como de aquellos vinculados a la evolución y tratamiento de esta patología (Hernández & cols. 2006 citado en García Viniegras & González Blanco 2007).

Las personas con este tipo de enfermedades enfrentan diferentes desafíos tanto en las características físicas como en los alcances para la vida, los abordajes médicos y la consideración social que reciben (Leventhal et al. 2004 cito, en Gómez 2011).

El malestar incide en la capacidad de hacer frente a cada situación dando lugar a una sensación de pérdida de control sobre la propia vida. Para comprender el padecimiento de cada persona es fundamental tener en cuenta el significado personal de los síntomas y que un sentimiento de incertidumbre se instala casi inevitablemente impactando en el autoestima de las personas que atraviesan estas situaciones (Gómez ,2011).

#### 2.4- Trastornos emocionales

A continuación se desarrollan los sufrimientos o trastornos que aquejan frecuentemente a la mujer con cáncer de mama y que son el miedo, la ansiedad, la angustia y la depresión.

El miedo es diferente a la ansiedad y ésta diferente a la angustia. Son emociones adaptativas que tienen un objetivo fundamentalmente que es la supervivencia del sujeto para adaptarse a la vida. La diferencia es que el miedo es una emoción que provoca una reacción sobre un hecho objetivable al sujeto, es una vivencia racional por lo tanto tendrá una conducta adaptativa, cuando se le agrega temor y si sobre ésta pesa una carga afectiva se transforma en terror como suele suceder en el tipo de enfermedad del caso que se analiza (Sadock&Sadock, 2009).

La ansiedad, según SadockySadock,(2009), es una vivencia emocional adaptativa pero difusa, puede o no estar el objeto o la situación. El sujeto a diferencia del miedo desarrolla desasosiego, incertidumbre y ésto hace sonar el sistema de alarma, el *arousal*, descarga neurovegetativa de noradrenalina se pone en acción.

Es así como el distrés a diferencia del eutrés se torna patológico ya que en el sujeto hay hipervigilancia. Cuando se mantienen elevados los niveles de estrés, durante un período grande de tiempo, comienzan a aparecer comportamientos inadecuados es así como la ansiedad sin ser patológica al principio puede acabar siéndolo debido a la suma de tensiones que producen una hiperactivación del sistema simpático-adrenérgico (Sadock, 2009).

Bulacio(2011),explica que si algo cambia en el entorno de un sujeto, esto funciona como alerta aumentando el nivel de ansiedad; pero si al contrario se mantiene ese comportamiento constante si se rigidiza ,actúa en forma disfuncional para quien la padece.

El cuerpo se vuelve más sensible a estímulos que aún careciendo en condiciones normales la capacidad de alterar la respuesta metabólica, en una situación de hipersensibilidad, acaban generando una respuesta excesiva (López Rosetti, 2013).

Es importante mencionar que la característica de la ansiedad como una vivencia es más psicológica, más intelectual y se localiza en la zona respiratoria, como un síntoma psíquico es un presentimiento de la nada, dando apertura a nuevas posibilidades, la conducta en especial es esténica es decir de sobresalto de inquietud, estar en guardia y la forma de presentación es de crisis y ataques(Kaplan y Sadock, 2009).

Sadock y Sadock(2009), señalan que la angustia se presenta en general y en particular ante esta patología ya que no se origina frente a un suceso sino que es un sentimiento de sufrimiento para quien la padece, es un mecanismo de defensa y al complejizarse en dosis altas, produce síntomas. Cuando se combinan la ansiedad y la angustia es más complicado ya que cuando alguien siente temor se angustia y la ansiedad produce inestabilidad.

Con relación a la característica de la angustia se puede decir que está más cargada de sensaciones somáticas, de síntomas físicos y que se localiza en la parte precordial y en la zona gástrica. Como síntoma psíquico es la vivencia de rotura del Yo. La conducta que presenta un sujeto es asténica, es decir de inmovilización, inhibición, se encuentra paralizado y la forma en que se presenta es en episodios o estados (Sadock& Sadock2009).

Pasando a considerar la depresión, ésta se la define como un trastorno del estado de ánimo que puede manifestarse de distintas formas y presentar diferentes grados de intensidad .Básicamente su diagnóstico depende de la existencia durante un tiempo prolongado de síntomas que son los que producen malestar psicológico (Beck, 1970; León (2003).

Hay dos tipos: la endógena -como consecuencia de procesos bioquímicos- y otra la exógena -en donde situaciones negativas de la vida de una persona ante el diagnóstico de una enfermedad como el cáncer puede generar una modificación en el estado de ánimo-. Es importante aclarar que no debería existir una correlación directa y significativa de quien padece una enfermedad también padecerá este trastorno, ya que esto dependerá de su estructura de personalidad y del apoyo que reciba de su entorno (Sadock&Sadock, 2009).

Según Muñoz y Holland (2003), la depresión es difícil de diagnosticar en oncología debido a que se presentan una variedad de síntomas como fatiga, debilidad, pérdida de la libido, pérdida de interés o concentración y de motivación. La mayoría de los casos corresponden a depresión reactiva. Entre los predictores de depresión se encuentran el pobre apoyo social, duelo reciente, fatiga extrema, enfermedad avanzada, comorbilidad, uso de esteroides y quimioterapia, así como falla metabólica o nutricional.

Los fármacos que se utilizan son los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina(flouetina, paroxetina, sertralina)debido a su eficacia y su bajo perfil de efectos

colaterales y los antidepresivos tricíclicos (amitriptilina, imipramina, nortriptilina) a dosis inicial de 10 a 25 mg de imipramina. El efecto antidepresivo aparece de dos a tres semanas después de iniciar el manejo. Todo tratamiento antidepresivo debe durar al menos seis meses y disminuirse paulatinamente una vez que se ha documentado claramente la resolución del cuadro depresivo.

El duelo que presupone el diagnóstico presuntivo de cáncer por ejemplo en una mastectomía es de dimensión psicodinámica no solo por la importancia objetiva y o subjetiva que ella tenga sino por el valor socio cultural que se le atribuya. Cáncer-sufrimiento—muerte desde el imaginario colectivo, reforzando así aspectos negativos de la enfermedad, teniendo en cuenta que los valores estéticos prevalecen y la dificultad para mostrar los cambios en la imagen corporal serán potenciadas (Mucci, 2004).

#### 2.4.5. Terapia Cognitiva

El objetivo fundamental de una terapia cognitiva será la de favorecer la utilización de los recursos personales en general y en particular para este tipo de pacientes con una enfermedad crónica.. Las estructuras cognitivas forman parte de esquemas racionales y emocionales siendo éstos dinámicos y formándose de acuerdo a las necesidades (Bulacio, 2009).

Según la Terapia Cognitiva de Beck (1976), la morbilidad psicológica relacionada con cáncer está determinada no solo por sus consecuencias reales sino por otros dos factores: 1) el significado personal de la enfermedad es decir ,como percibe el paciente al cáncer y las implicaciones que esto tiene y, 2) por las estrategias de afrontamiento del enfermo que se refiere a lo que el paciente piensa y hace para reducir la amenaza, encontrándose éstos a su vez influidos por el soporte emocional que le proporcionan su familia, amigos y desde el área de salud los médicos, enfermeras que cuidan del enfermo(Gross,1998).

Este modelo teórico tiene un sentido clínico ya que todo médico sensible al impacto que genera un diagnóstico puede observar grandes diferencias en el ajuste psicológico entre las mujeres con cáncer de mama que tienen el mismo estadio y reciben igual tratamiento.

Es evidente que las diferencias dependen de la percepción y respuesta individual que la mujer tiene del cáncer. Dicho de otra manera, los pensamientos de los pacientes determinan en una gran medida su respuesta emocional (Núñez,2013).

Ante la percepción por parte del paciente, de la problemática de la enfermedad, las variables más importantes hacia la vía de la resolución de las creencias, será más allá de la racional sobre todo por la vía emocional por lo dicho el trabajo del terapeuta, será fundamental a la hora de intervenir cada vez que aparezca una premisa disfuncional debido a que tanto el reconocimiento, la atribución, la valoración y compromiso, implica más tiempo y más esfuerzo ante esta enfermedad (Fuente & Blasco,2010).

Es por esta razón que los trastornos psicológicos deben incluir la posibilidad de identificar y cambiar los pensamientos automáticos negativos. Es así que la terapia cognitiva conductual se centra en el significado personal del cáncer para un paciente determinado y sus estrategias de afrontamiento (Bulacio,2006).

En general la terapia cognitivo-conductual busca modificar las cogniciones y conductas que complican los problemas de salud a través de técnicas basadas en la investigación científica (Trull&Phares, 2003 cito en Garduño.,Riveros,&. Sánchez Sosa,(2010).

De este modo busca corregir patrones de pensamiento y creencias irracionales, enseñar técnicas de comunicación eficaces, reducir el efecto del estrés con afrontamiento eficaz y a autorregular reacciones emocionales negativas que agregan sufrimiento(Moorey&Greer,1989cito en Garduño., et., al. 2010).

Se utilizan técnicas en manejo de la ansiedad, la inoculación del estrés y otras técnicas de autocontrol que se desarrollarán más adelante. Particularmente se han usado en los pacientes con cáncer para promover un ambiente de apoyo, facilitar el manejo del duelo en múltiples pérdidas, incrementar los recursos de afrontamiento y las habilidades de solución de problemas, promover la percepción de dominio y autocontrol y anticipar las prioridades del futuro (Seitz,Besier y Goldberg,2009 cito en Garduño, et. al, 2010).

Importante será tener en cuenta la calidad de vida del paciente ya que ésta entraña la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de su cultura y sistema de valores, en relación con sus metas, expectativas, estándares e intereses. En psicología

incluye la funcionalidad y el bienestar cuando la salud es una variable que afecta a componentes vitales como trabajo, ocio, autonomía, relaciones sociales, etc.

(Howren, Christensen, Karnell & Funk, 2010 citados en Garduño, C et al, 2010).

Es así como las terapias cognitivas conductuales permiten la expresión de sentimientos, hay estudios en los cuales los pacientes con cáncer de mama han demostrado que la supresión de sentimientos en especial la ira está asociada a una respuesta de afrontamiento inadecuada, que se la asocia al desamparo que sienten. Al explicar que la ira es una respuesta normal y comprensible ayuda a que los pacientes puedan reconocerla y logren manifestarla en la terapia (Rojas May, 2010).

De este modo deben trabajarse los pensamientos negativos refiere López Rosetti (2013), denominados también intrusivos que se interponen y provocan errores en el tipo de razonamiento. La tarea del psicólogo será la de enseñar al paciente a identificarlos y cambiarlos para disminuir el monto de ansiedad. Con el intento de superar este tipo de pensamientos y el estrés emocional que acompaña a cada una de las situaciones se utilizan varias técnicas del manejo del estrés como la relajación y la visualización y las técnicas de prevención del estrés que son la asertividad y la resolución de problemas y en las actividades grupales consideradas beneficiosas porque reciben información sobre diversos aspectos de la enfermedad, los tratamientos, las reacciones esperables esto dentro del aspecto educativo.

Además se tratan temas relacionados con el cuidado personal, emocional, autoestima, imagen corporal, brindando herramientas psicológicas útiles para lidiar con los sentimientos penosos, los tratamientos y los que la curación despiertan desde un plano psicoterapéutico, con la presencia de médicos y profesionales de la salud y desde el aspecto vincular el intercambio con otros pacientes aumenta la sensación de amparo. (Font & Rodríguez 2007).

#### 2.4.6 Abordaje focalizado multidimensional

En la clínica cotidiana de los últimos tiempos se ha tratado de consolidar un movimiento de integración en psicoterapias, entendiendo que cada sistema terapéutico en particular proporciona muchas veces respuestas parciales a la demanda de los pacientes. Es así como el modelo integrativo, deja atrás falsas dicotomías que reiteradas veces plantean los sistemas tradicionales cuando hay que asistir a un paciente ante una serie de problemas complejos, supone adoptar una actitud abierta y no dogmática que permita de ese modo poder dar respuestas que resulten flexibles y creativas (Mucci, 2004)

El modelo multidimensional proporciona de este modo, un sustento ante los diferentes determinantes que operan en toda relación humana, trabajando por un lado sobre las diferentes dimensiones del problema y operando con un doble abordaje lo más flexible posible ante los múltiples niveles significativos, que se suscitan tanto en el paciente como ante los recursos con los que dispone un terapeuta y que éstos puedan articularse en un aquí y ahora para de este modo lograr mayores niveles de eficacia (Mucci,2004).

Como refiere Fernández. Álvarez (1992) los distintos enfoques pueden combinarse no por yuxtaposición en un mismo nivel teórico y técnico sino integrarse a un nivel superior, éste modelo necesita ser abierto, evitando conceptualizaciones absolutas que es justamente lo que intenta descartar es decir formulaciones reduccionistas.

Acerca de este modelo integrativo, Mucci(2004) agrega que éste permite adecuar estrategias, tácticas y técnicas según las características y posibilidades del paciente utilizando distintos niveles de intervención y que estos no pierdan de vista al ser humano como un ser biopsicosocial, dando así validez a un organismo que funciona dinámicamente como un todo más su relación con el contexto.

El enfoque multidimensional permite integrar conceptos y recursos teóricos técnicos basados en paradigmas psicoanalíticos, cognitivo, sistémico y comportamental.

También es aplicable a este modelo multidimensional, el modelo ecológico donde se argumenta que la ecología del desarrollo humano se ubica en un punto de convergencia entre las ciencias biológicas, psicológicas y sociales que influyen sobre la evolución del individuo en la sociedad(Bronfenbrenner,1979 cito en Mucci, 2004, p.89).

Mucci (2004) analiza el modelo focalizado multidimensional agregando además que éste permite ampliar la visión de la perspectiva en la modalidad terapéutica de trabajo con enfermos quirúrgicos. El duelo que presupone el diagnóstico presuntivo de cáncer por

ejemplo en una mastectomía es de dimensión psicodinámica no solo por la importancia objetiva y o subjetiva que ella tenga sino por el valor socio cultural que se le atribuya. Cáncer-sufrimiento—muerte desde el imaginario colectivo, reforzando así aspectos negativos de la enfermedad, teniendo en cuenta que los valores estéticos prevalecen y la dificultad para mostrar los cambios en la imagen corporal serán potenciadas (p.90).

Al establecerse una modalidad de terapia focalizada y multidimensional será importante desarrollar empatía en los distintos niveles de intervención al respecto se describe que es esa alianza tan particular y como se produce y desarrolla.

#### 2.4.7. Alianza Terapéutica

Teniendo en cuenta el recorrido histórico del tema Freud(1912), en “Sobre la dinámica de la transferencia” explica el fenómeno de la transferencia como un primer movimiento de resistencia y luego la repetición desplazada del sentimiento, como una transferencia positiva con una actitud de interés y comprensiva por parte del analista.

Se empieza a diferenciar transferencia de alianza aludiendo ésta última a los aspectos menos neuróticos de la relación (Bordin, 1979).

La alianza terapéutica es un concepto perteneciente a casi todas las escuelas psicoterapéuticas diferenciándose de una lectura transferencial del vínculo. El núcleo de la psicoterapia es la alianza terapéutica, dependiendo de la recíproca resonancia y afirmación de las relaciones humanas a través de procedimientos como inducción al rol y manejo del contexto terapéutico (Bulacio,2011).

##### 2.4.7.1.Empatía

Dentro del marco de la empatía lo primordial es conocer a la persona y cómo construye el mapa de la realidad. Si bien existen numerosas definiciones acerca de lo que significa la palabra empatía, no hay duda que se trata de la capacidad humana de escuchar atentamente lo que el paciente dice y observar lo que dice sin palabras, con los gestos, los tonos de voz, los silencios. Es la competencia de quien pueda sentir la emoción que el paciente está sintiendo, de “ponerse en los zapatos del otro” la frase de Rogers, pero

requiere de un paso más que es la distancia, es decir salir del estado afectivo para reflexionar y entender las vivencias del paciente que es fundamental para que el paciente se de cuenta que es escuchado y comprendido y por ende valorado. (Vidal Benito, 2011)

Empatizar con el pesar y el sufrimiento del paciente es imprescindible para que el paciente se sienta comprendido. Casullo,(2006)también analiza las capacidades para establecer vínculos personales y cuando se centra como en este caso en la empatía, concluye que ésta es una respuesta afectiva frente a las necesidades de otra persona, supone comprensión y aprehensión del estado afectivo ajeno.

Es importante señalar lo imprescindible que es mantener una relación terapéutica empática con una participación activa y manteniendo la distancia fundamental ya que es necesario crear un clima para que la persona pueda expresarse libremente (Rosetti, 2013).

## 2.5. Esquema de Supervivencia

Según Die Trill (2003), las respuestas a los estilos de afrontamiento de los pacientes, suponen cinco momentos en el transcurso de la enfermedad y denominados esquema de supervivencia:

- 1) Espíritu de lucha: supone la aceptación total del diagnóstico, utilizar la palabra “cáncer”, estar decidido a luchar por la enfermedad, intentar obtener la mayor cantidad posible de información al respecto así como una actitud de desafío.
- 2) Desesperanza: atemorizado por el conocimiento del diagnóstico, no puede pensar en otra cosa, aparecen miedos, actitudes pesimistas.
- 3) Actitud ansiosa: reacciona ante el diagnóstico, con una marcada ansiedad, toda información que busca acerca de la enfermedad es interpretada de manera pesimista, se preocupa por cualquier molestia o dolor que pueda aparecer otorgándole un significado de recurrencia de enfermedad.
- 4) Aceptación: no busca más información, acepta el diagnóstico con una actitud fatalista.
- 5) Negación: se niega a aceptar el diagnóstico, evita utilizar la palabra “cáncer” o existen casos donde admite el diagnóstico pero minimiza la seriedad del mismo.

### 2.5.1. Psicoeducación

La psicoeducación es un proceso que permite a los profesionales brindar a los pacientes la posibilidad de desarrollar y fortalecer capacidades en los diferentes momentos del tratamiento de un modo más adaptativo, la meta de la psicoeducación es lograr un aprendizaje generando nuevas alternativas de afrontamiento. Deberán trabajarse los pensamientos negativos, denominados también intrusivos que se interponen y provocan errores en el tipo de razonamiento, la tarea del psicólogo será la de enseñar al paciente a identificarlos y cambiarlos para disminuir el monto de ansiedad (Font & Rodríguez 2007).

Con el intento de superar este tipo de pensamientos y el estrés emocional que acompaña a cada una de las situaciones se utilizan varias técnicas del manejo del estrés como la relajación y la visualización y las técnicas de prevención del estrés que son la asertividad y la resolución de problemas y en las actividades grupales consideradas beneficiosas porque reciben información sobre diversos aspectos de la enfermedad, los tratamientos, las reacciones esperables esto dentro del aspecto educativo. (Hilderley y Holt, (2003) cito en Font & Rodríguez, 2007).

Situar las diversas situaciones y poder garantizar una asistencia integral, exige como refiere Urie Bronfenbrenner(1979) de un marco referencial que muestre y demuestre que las personas y el medio interactúan en un compleja red que se encuentran relacionados directa o indirectamente. Así es como, Lenfant (1998) plantea que la eficacia en cómo se aprecian comportamientos tanto individuales como psicosociales pueden reducir o aliviar el riesgo a enfermar aliviar la tensión que genera una enfermedad médica como en este caso y promover la recuperación.

#### 2.5.1.1 Terapia Grupal

La terapia de grupo ayuda a reducir la angustia, a aumentar la capacidad de afrontamiento, calidad de vida y mejora las habilidades de solución de problemas, por la empatía generada al enfrentar la misma enfermedad con otras personas y desde la

transferencia favorece la circulación de las miradas, las cercanías y hasta la ubicación en círculo de los que allí participan (Cozaru, Papari y Sandu, 2013).

El efecto terapéutico se basa en la presunción que otra persona que está o ha pasado por la misma enfermedad podrá establecer lazos más plenos ya que han podido superarlos.

La dinámica de esta terapia es eficaz pues se crean condiciones para conectarse desde otro lugar. Este tipo de terapia fraternalista busca un soporte solidario de restitución de dignidad personal y o de la identidad trastocada. Proveen redes de sostén perdidas generalmente en el ámbito familiar. Y transferenciales, miradas recíprocas, nombres, cercanías, ubicación en círculo etc. (Cozaru, Papari & Sandu, 2013).

Fernández, (2001) dice que el trabajo en los grupos suele ser terapéuticamente eficaz ya que el mérito reside sobre la importancia de la socialización del paciente en su readaptación a la sociedad.

Así como, los abordajes psicoterapéuticos individuales, resultan de suma utilidad, más aún los tratamientos en talleres grupales aportan ventajas significativas, el trabajo multidisciplinario en grupo aporta los beneficios de la interacción en el mundo de los otros, el intercambio de experiencias y la optimización de los recursos individuales (Rosetti, 2013).

El cáncer de mama es una compleja y traumatizante enfermedad y como se ha mencionado a lo largo de este trabajo requiere de una asistencia que modifique ese estado y el de los grupos de soporte como los llaman (Cozaru et al., 2014) un lugar de intercambio de miedos, vergüenzas, las que son compartidas con otras personas en similares condiciones quienes realmente entienden por lo que están atravesando.

La pregunta a realizar sería, por qué se produce este efecto grupo en tanto ha descubierto que el tratamiento de los pacientes era más eficaz cuando eran agrupados que aisladamente, es muy probable que se produzcan enlaces para desencadenar procesos identificatorios y transferenciales. Soportes solidarios, factores emocionales movilizados posiblemente a través de transferencias reforzadas hacia el terapeuta, los integrantes, y hacia la institución (Fernández, 2001).

Muchas investigaciones demuestran lo auspicioso que son estos encuentros con los sobrevivientes en la lucha contra la enfermedad, un lugar donde el poder pedir ayuda al igual que el resto y compartir las mismas expectativas, tener el soporte emocional, la

información específica y la socialización, poderse identificar con las propias necesidades emocionales, el sentido de la emergencia, remuevan prejuicios, como aprender a tener una calidad de vida, como comunicar lo que les pasa, como reintegrarse a la vida social, reducen sus miedos, como descubren sus potenciales recursos para realizar los cambios que se le presentan en este momento en sus vidas.(Cozaru et al., 2014).

En los talleres de grupo, se explican los objetivos terapéuticos, establecimiento desde conductas de apoyo y tratamiento médico, modificación de pensamientos generadores de sufrimiento e incompatibles con su tratamiento, hasta la adquisición de habilidades para mitigar reacciones emocionales negativas, sin olvidar que los procedimientos para detectar y modificar creencias distorsionadas o disfuncionales se basan en las técnicas de cambio de valoraciones de la paciente (Brewin, 1996 cito en Garduño et., al. 2010).

Así es como refieren Phillips et., al (2008) en las reuniones grupales se ayuda a los pacientes a afrontar la ausencia de información vital para la toma de decisiones y comprensión, la aceptación del tratamiento médico y las preocupaciones interpersonales y existenciales proporcionándole al paciente información sobre la enfermedad, su tratamiento y el papel de las variables psicológicas en el afrontamiento, reducción de la ansiedad, hasta lograr favorecerla satisfacción del paciente con la atención recibida y adhesión a las indicaciones médicas.

Cuando un paciente verbaliza una idea disfuncional, el terapeuta cuestiona a través de un ejercicio de preguntas y respuestas guiándola a desarrollar que tan irracional o racional era la creencia y como interferiría con su tratamiento médico y por consiguiente con su bienestar. (Font & Rodríguez 2007).

En los talleres grupales, se trabaja con técnicas específicas que se detallan a continuación:

Técnicas específicas para la adquisición de habilidades.

La primera es el *Coping* o Afrontamiento: (mecanismos consciente de defensa, proyección, introyección, represión, negación, intelectualización, racionalización).

Lazarus y Folkman(1985),definen las estrategias de afrontamiento como el conjunto de esfuerzos, conductas o pensamientos tendientes a manejar, tolerar reducir o minimizar las demandas y conflictos sean éstos internos o externos.”

Estas estrategias pueden ser clasificadas de distintas maneras y será importante hacer énfasis que un elemento importante para combatir el estrés es la llamada red social, éstos son familia, amigos o relaciones quienes sean continentes de las necesidades de una paciente en esta situación de enfermedad, es decir cualquier grupo humano del que se participe de acuerdo a la capacidad de comunicación y extraversion se podrá encontrar el apoyo necesario en momentos de dificultades y problemas.(López Rosetti, 2013).

Estilos de *coping*.

- a) Búsqueda de apoyo social (estima, valoración y cuidado)
- b) Enfrentamiento activo del problema (soluciones interactivas)
- c) Evitar la fuente generadora de estrés (evitación)

#### 2.5.4. Asertividad

Se la define como habilidad o el comportamiento que ayuda expresar claramente, los pensamientos, deseos, sentimientos y necesidades. (Bulacio,2009).

La asertividad posibilita tener confianza en uno mismo y una alta autoestima, es una capacidad que puede ser aumentada o estimulada cuando resulta insuficiente, para poder así enfrentar hechos potencialmente estresantes (Bulacio, 2009).

La mayor parte de nuestra comunicación con los demás pasa por vías no verbales, éste es el lenguaje del cuerpo, el cuerpo habla aunque no se haya emitido palabra. Se trataría como lograr que en una paciente que trata su dolencia, se cumpla un doble objetivo, hacer que se sienta segura la persona en sí y que esa seguridad pueda ser percibida por las demás personas.(Font,& Rodríguez,.2007).

La mirada es otra forma de lenguaje no verbal de gran importancia, en la medida que la persona pueda en este caso sostener la mirada, mirar directamente a un interlocutor, el lenguaje corporal podrá ser mejorado y si éste se logra se incorporará a la conducta en forma automática (López Rosetti, 2013).

Con relación a la asertividad verbal donde de la palabra es el elemento de una comunicación asertiva, deben tenerse en cuenta diferentes aspectos como, las palabras utilizadas, la forma de expresarlas y el tono de voz. Se podrá acompañar las palabras con un lenguaje corporal concordante y que exprese lo que quiera comunicarse para así poder manifestar un pensamiento y su sentimiento sin sentir que molesta o que genera rechazo, como puede observarse al complementarse los dos tipos de asertividad al lograr mejorar cada una de ellas se logrará un progreso en el nivel de comunicación, algo que origina mayor eficacia para controlar el estrés (López Rosetti, 2013).

Cabe mencionar que todo lo expresado hasta aquí deberá ser acompañado por procedimientos para disminuir reacciones psico-fisiológicas de ansiedad, siendo éstos, el entrenamiento en respiración abdominal, respiración diafragmática profunda y relajación muscular. A continuación se describen cada una de las técnicas enunciadas.

#### 2.5.4.1 Técnicas de Respiración Abdominal

Las distintas prácticas respiratorias son utilizadas desde hace miles de años como técnicas de relajación, como característica principal es que su consecuencia es el brindar sedación. Es el caso de la técnica de respiración abdominal que se puede realizar sentado o acostado), la cual tiene cuatro fases respiratorias fundamentalmente para expandir el abdomen. (Gómez&Marzucco, 2009; Sadock& Sadock,2007)

Se utiliza en forma sistemática entre 2 a 3 veces por día y la consigna en general es realizarla cada vez que se perciba síntomas de estrés .Es tan simple y tan eficaz para producir relajación. Es una herramienta que produce serenidad porque también estimula el sistema nervioso parasimpático y es así como brinda sedación y equilibrio psicofísico.

#### 2.5.4.2. Técnicas de Relajación

Previamente a la relajación propiamente dicha se aconseja ejecutar primero ejercicios de preparación y respiración. En el caso de la respiración abdominal como se ha

mencionado anteriormente es necesario ya que se utiliza como herramienta para serenar al paciente.

Gómez y Marzucco, (2009), consideran que se aprenden las técnicas de relajación con facilidad cuando la persona se encuentra calma. En el caso de una paciente oncológica como este caso llevará más tiempo y ayudará a que no sobreexija. Será importante el ambiente donde se realicen este tipo de ejercicios que sea un ambiente confortable, con bajo nivel de ruido, con música suave de fondo con sonidos de la naturaleza o *new age*.

Se realizan primero ejercicio de preparación para la relajación que faciliten la percepción del cuerpo, enseña a vaciar la mente de todo pensamiento y a liberar las tensiones a los músculos, articulaciones y eludir estímulos externos.

Los ejercicios para prepararse para la relajación podrán realizarse acostado flexionando las rodillas acercándolas hasta el pecho, balanceándose suavemente ,realizar un estiramiento completo de las piernas y brazos, en el caso de los ejercicios de respiración siempre los adecuados serán los que permitan la percepción del cuerpo, la atención en este caso se centra en la respiración.( López Rosetti, 2013).

Existen muchas técnicas de relajación, como la relajación consciente, técnicas para salir del estado de relajación, técnica de relajación progresiva de Jacobson, técnicas de relajación para realizar sentado, hay variedad de técnicas pero tendrá que ser utilizada sin perder de vista lo que puntualmente un paciente oncológico que atraviesa por tratamientos, dolencias pueda realizar, la utilización será en relación a lo antes expuesto.Su eficacia, como el resto de las herramientas lleva, tiempo, regularidad y constancia (López Rosetti 2013).

#### 2.5.4.3. Visualización

La mente trabaja con imágenes, los estresores pueden ser imaginarios o reales como es el caso de una enfermedad, pero para la mente ambos son reales.

La visualización permite balancear las funciones del los hemisferios izquierdo (analítico-racional) y el derecho (libre y creativo). La visualización es eficaz como técnica antiestrés porque una mente puede ser considerada un hecho, ya que una imagen puede

producir estrés o hacerlo desaparecer y de esta manera alcanzar beneficios físicos y psíquicos (López Rosetti, 2013).

Como cualquier habilidad aclara López Rosetti (2013), hay quienes la ejercen con mayor facilidad, pero todos pueden practicarla para generar imágenes y las sensaciones que da la visualización, la formulación de imágenes, dependen fundamentalmente de tres condiciones, la capacidad para generarlas, la propia experiencia y la constancia. La capacidad y las sensaciones no serán igual en todas las personas se tratará de buscar intencionalmente en la visualización la formulación de imágenes placenteras que den curso a los efectos psicofísicos deseados. Al referirse a la experiencia se trata de poder rescatar de la memoria lugares y condiciones agradables que permitan imaginarlos más vívidamente, quien pueda recordar con mayor nivel de detalles una escena, por ejemplo un momento de tranquilidad frente al mar, los colores, el sol, el ruido de las olas, la sensación de la arena en los pies, el olor a la sal por ejemplo, tendría mayor posibilidad de practicar una técnica de relajación.

Para concluir, se puede inferir que la visualización ayuda a eliminar pensamientos negativos, el nerviosismo, la ansiedad, los temores, la disminución de la autoestima, en la lucha de las enfermedades, ya que la serenidad y tranquilidad mental que crea se trasladan luego al cuerpo.

#### 2.5.4.4. La Resolución de Problemas

Lo que trata es ayudar al paciente a resolver situaciones típicas de la enfermedad o del tratamiento, planificar las actividades, decidir si comunicarlas a otros o no y cómo hacerlo, muchas veces este tipo de problemas preexisten a la enfermedad y se verán exacerbados. También ayuda a prevenir reacciones de estrés tardías, trastornos de adaptación, trastornos pos estrés postraumático (Gómez 2011).

Fue así que establecer habilidades y conductas específicas siguieron la línea de solución de problemas de Safren et al (2001) y Nezu y Maydiou-Olivares (2004). Los terapeutas revisan en detalle con la paciente una lista de conductas con adhesión terapéuticas y posibles problemas y soluciones titulada “Pasos Vitales”

(Safren, Otto & Worth, 1999). Esto es para cada problema identificado se analiza con la paciente la viabilidad de las soluciones posibles y se la motiva para ponerlos en práctica.

Las principales acciones de adhesión incluyen: presentarse a la consulta, preguntas al personal médico, administración de la medicación, tolerancia a los efectos colaterales, higiene personal etc., definiéndose la adhesión al tratamiento, como el grado de seguimiento por parte del paciente de una serie de instrucciones médicas que incluyen, además de un tratamiento farmacológico. Por otra parte, una deficiente adhesión al tratamiento, tanto en lo referido a sus medidas generales como al tratamiento farmacológico, conlleva un empeoramiento de los síntomas y a menudo, la necesidad de hospitalización. (Martín Alfonso, 2003).

### 3-Metodología

#### 3.1 Tipo de Estudio y Diseño:

El presente trabajo es un diseño no experimental, con un estudio descriptivo basado en un análisis de un caso.

#### 3.2- Participante:

Mujer de 45 años, argentina con diagnóstico de cáncer de mama, que es atendida en un clínica oncológica de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Su grupo familiar está compuesto por su esposo y dos hijas de 19 y 17 años, viven en el gran Buenos Aires. Es profesora de inglés y trabaja actualmente en una escuela secundaria.

Hace 10 años es atendida por primera vez, al hallar la ginecóloga que la atendía un bulto en su mama derecha, confirmado luego mediante mamografía y análisis que se trataba de un tumor maligno. A partir de ese momento hasta la actualidad realiza sus consultas cada cuatro meses.

La paciente ha pasado por diferentes tratamientos, una cirugía y el seguimiento constante a través de estudios por imágenes y marcadores tumorales.

### 3.2. Instrumento

- Entrevistas semi-estructuradas a la psicóloga jefa del equipo de psicooncología de la clínica y a las psicólogas que trabajan dentro del servicio. Se puntualiza además acerca del trabajo interdisciplinario con profesionales médicos dentro de la institución. Estas entrevistas realizadas son para poder organizar las tareas que se desarrollarán dentro de las diferentes áreas, consultorio, internación, hospital de día y reuniones interdisciplinarias.
- Observación participante dentro de los comités de genética y comités de mama.
- Observación no participante y registro de las consultas en internación.
- Observación no participante y registro en las actividades grupales.
- Historia clínica de la paciente que motiva el análisis del caso.

### 3.3. Procedimiento

La información se obtuvo a través del análisis de las observaciones realizadas, de las entrevistas semi-estructuradas a su médico oncólogo así como también de la historia clínica de la paciente. También en Hospital de Día lugar donde la paciente recibió tratamientos de quimioterapia. Se utilizaron los datos obtenidos tanto en el comité de genética donde se interactuó con el profesional oncólogo sobre la situación de la paciente así como se trabajó sobre la primera consulta de la paciente en este servicio, que realizara en dos oportunidades.

Para analizar los efectos psicológicos que causa la enfermedad se realizaron, cuatro entrevistas a la paciente, cuya duración fue de aproximadamente una hora cada una de ellas.

Se utilizaron los registros de las actividades realizadas durante todos los días de lunes a viernes, cuya duración fue de 45' y/o una hora dependiendo de la actividad y dentro de éstas se encuentran las reuniones grupales que se realizaron los días miércoles y donde participaba la paciente.

Se le ha permitido participar a quien realizara la pasantía, de comités de mama espacio donde se reúnen médicos (oncólogos, ginecólogos, especialistas en imágenes y psicólogos) donde se analizan y acerca de casos especiales. También se ha tenido participación de las reuniones que realizan semanalmente el grupo de psicólogas en su

servicio, así como ha podido presenciar las consultas que realizaran pacientes a sus médicos oncólogos y/o ginecólogos. Ha podido realizar además la visita a los pacientes en internación junto a una psiquiatra y una psicóloga.

También se ha asistido a comités de genética para conocer que estudios son los que se les solicitan, las explicaciones a las pacientes acerca de la promoción y prevención de este tipo de análisis y se ha concurrido a una charla acerca de una investigación prospectiva que llevan a cabo sobre la ansiedad que presentan este tipo de pacientes.

Además, se ha participado de comités generales donde todos los profesionales de cada una de las especialidades que atienden en este instituto médico, llevan estudios con casos especiales para acceder así a una mirada multidisciplinaria para decidir el tratamiento a seguir o si deberán realizar otro tipo de estudios o incluso si la única salida sea la cirugía primero antes de comenzar con un tratamiento específico. Las diferentes intervenciones propiciaron el interés en el desarrollo del análisis de este caso.

#### 4.- Desarrollo

##### 4.1.- Antecedentes

La paciente con diagnóstico de cáncer de mama, en el que se ha focalizado el presente trabajo, Ana como se la llamará, nombre ficticio para resguardar su identidad, es una mujer de 45 años, argentina, nació en la Provincia de Córdoba, donde viven sus padres, hermanos y sobrinos.

Está casada hace 20 años, con quien fuera compañero de la secundaria. Es profesora de inglés y trabaja actualmente en una escuela secundaria. Su grupo familiar está compuesto por su esposo que es arquitecto y dos hijas de 19 años, estudiante de derecho y la otra de 17 años terminando la secundaria.

Vive en el gran Buenos Aires, más precisamente en el partido de Moreno, dice que con el tiempo ha cosechado muchos amigos. En especial, continúa, hay dos amigas del alma que no la abandonan nunca y que la distancia no ha impedido el apoyo de su familia siempre, agrega, alguno de ellos en especial su hermana y su mamá han estado aquí

acompañándola cuando debió realizar las quimioterapias y prosigue que no quiere olvidar el apoyo incondicional de su esposo.

#### 4.1.1. Motivo de consulta

Ana se acerca a la clínica donde se ha realizado la práctica, para tener una consulta con un oncólogo luego de la consulta con su ginecóloga, quien le ha descubierto un bulto en su mama derecha y quien le aconsejara realizar otro tipo de consulta con un especialista.

Refiere no tener antecedentes familiares con la misma patología.

Recuerda que el diagnóstico fue a fines el mes de marzo del año 2007 y a los pocos días ya le habían realizado una biopsia que confirmara que ese nódulo era un tumor maligno y que debían realizarle una mastectomía. En el mes de abril, le realizan la cirugía y recuerda que al mes comenzaba con su primer tratamiento de quimioterapia

Ana, comenta su médico oncólogo, llegó a la consulta con el miedo y la incertidumbre como casi todas las pacientes. Luego de la cirugía, al mes comenzó con un tratamiento de quimioterapia y luego al año de su diagnóstico debió enfrentarse a una metástasis única en hueso. Su enfermedad está estable al cabo de estos años, con buen pronóstico.

En la actualidad realiza un tratamiento de hormonoterapia con pastillas solamente y controles cada cuatro meses. Desde el primer día recuerda su médico que le dijo que no se iba a entregar a la enfermedad y que iba a realizar todo lo que yo indicara, que iba a hacer todo. Esa actitud se mantiene hasta la actualidad. Agrega además que luego del impacto por la noticia de su diagnóstico concentran sus preocupaciones en el pronóstico y aquí comienza el real problema para una paciente. la incertidumbre, y ésta deberá ser abordada con una estrategia diferente a los anteriores.

#### 4.2. Efectos psicológicos que causa la enfermedad en la paciente.

De acuerdo con el primer objetivo propuesto, Ana, aclara su médico de cabecera, como otras pacientes de acuerdo a las etapas por las que estén atravesando pasan por diferentes estados anímicos, pueden experimentar ansiedad, miedo, tristeza, depresión,

pérdida de control, desamparo, desesperación, enojo y culpa. Una vez terminado el tratamiento los pacientes se encuentran vulnerables y con dificultades para adaptarse a las limitaciones en la casa y su trabajo.

Es así como ella se negaba a una reconstrucción mamaria, recuerda su médico, en el momento de la mastectomía, que en esta época agrega, se pueden realizar en el mismo acto quirúrgico si el tumor está localizado. Ha resistido someterse a la misma, pues no quería entrar al quirófano, decía. Es comprensible con el tiempo seguramente lo iba a realizar como lo hizo, no hay que presionar a la paciente, cada cual tiene sus tiempos y hay que respetarlos.

Importante será tener en cuenta la calidad de vida del paciente ya que ésta entraña la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de su cultura y sistema de valores, en relación con sus metas, expectativas, estándares e intereses. En psicología incluye la funcionalidad y el bienestar, cuando la salud es una variable que afecta a componentes vitales como trabajo, ocio, autonomía, relaciones sociales, etc.(Howren, 2010 cito en Garduño et., al. 2010)

Al ver a Ana más confiada y en un momento de estabilidad le propone el equipo que la asiste, la importancia que tiene el realizarle a sus hijas los estudios genéticos denominados BRAC 1 y BRAC 2, a la hora de prevenir enfermedad en ellas. También apareció la preocupación por su hermana quien también realizará este estudio.

Pasó bastante tiempo hasta que decidió realizarlo, no es algo que se asuma rápidamente y además los resultados demoran bastante, razón por la cual fue advertido su marido, para que la ayude un poco más a Ana que este aún más cerca porque es un momento genera otra vez de mucha angustia.

En ese momento, quien escribe este trabajo, le pregunta al doctor si él había derivado a Ana al servicio de psicooncología, contestó que no. Ella se ha negado y agrega, si una paciente no está de acuerdo en empezar una terapia no insisto de que pase el tiempo y en

el caso que se la observe continúa diciendo el doctor, desbordada como sucedió, le sugirió que debía consultar con el servicio de psicooncología.

A partir del impacto del diagnóstico, Ana refiere que sentía mucha angustia, no entendía lo que le pasaba, lloraba mucho y se aferró a su familia en especial a sus hijas, las veía tan felices, pensando que cuando se enteraran de lo que le pasaba, por su culpa, iban a vivir con tristeza.

No le alcanzaba el tiempo para hablar con su esposo y ver cómo enfrentaría a las chicas. Recuerda que fue otro momento de tanto sufrimiento porque veía el daño que le ocasionaría a ellos.” Lloramos todos mucho y por largo rato “agregó. Les explicó a sus hijas que eran bastante chicas, con un lenguaje más simple que la iban a operar y que tenía cáncer.

En los primeros momentos la ansiedad, la incertidumbre no le permitía encontrarse cómoda en ningún lugar. No podía entender como a ella que se hacía siempre controles le tuvieron que sacar la mama, se enojaba con todo y con todos hasta con los médicos, estaba triste, dormía muy poco, se despertaba desesperada pensando que se moría.

Le propusieron, luego de la mastectomía que podría realizarse una cirugía reparadora a la que ella se negó, no se decidía.

Continuó con tratamientos de quimioterapia con menores efectos adversos, ya que los nuevos estudios iban resultando mejor.

Así es como aparece el miedo que será la constante durante toda la enfermedad lo que generará una situación de estrés, los miedos que se repiten en todos los pacientes son: a la dependencia, alteraciones en la imagen corporal, dolor, no poder llevar a cabo las actividades cotidianas, alteraciones en sus relaciones en general y en particular con su familia, a las recaídas, a la muerte.

Su cuerpo había cambiado, dice Ana, había engordado como consecuencia de la quimioterapia, su médico le comentaba que era consecuencia también de una ingesta ansiosa. Había perdido el cabello y usaba peluca, razón por la cual estuvo bastante tiempo sin regresar al trabajo pues no se reconocía.

Proporcionar el apoyo así como la empatía que favorezca el cambio en la expresión de las preocupaciones de Ana sería el primer paso a dar en la consulta con la psicóloga, razón por la cual como refiere Soriano, (1997 cito en García Viniegras y González Blanco 2007)., sigue siendo considerada y en este caso por ella como una enfermedad tabú asociada, al dolor, miedo y muerte.

“Estaba en shock”, continúa, Ana. Cada control que debía hacerse no soportaba la sola idea de que pudiera tener nuevamente enfermedad, a pesar de estar siempre con personas que la rodeaban con mucho amor y mucha paciencia, ella recuerda que en ese primer momento del tratamiento de la enfermedad, cada cosa que le decían sentía que había compasión para con ella y no lo podía soportar, se sentía desbordada, deprimida.

Aunque trataba de compartir el mayor tiempo con sus hijas, quienes le proporcionaban la calma que ella no podía encontrar en su vida social decía que volvía una y otra vez a alterarse a consecuencia del descontrol y del temor que le causa el solo pensar que sus hijas podrían contraer la enfermedad.

“Fue muy duro” recuerda, las alteraciones por la medicación, algunos síntomas que al principio afectaban la memoria y obviamente lo estético, era empezar una nueva vida con una nueva imagen, el sentirse deforme bajó su autoestima, concluye.

Bulacio, (2011), sostiene que través de las consultas ya conociendo el motivo de consulta, se considera importante poder identificar tanto los factores médicos, sociales personales del paciente que pueden facilitar los factores que pueden ayudar o interferir en su adaptación con la familia.

Cuando se acercó al servicio de psicooncología, le decía a quien le hizo la entrevista, que no creía mucho en la psicología, tal vez al ser de la provincia agregaba, tenía muy arraigado el prejuicio, que trataban a los que estaban locos o más desequilibrados, con el tiempo pudo darse cuenta que ella necesitaba otro tipo de ayuda diferente y que la iban a ayudar, lo comprendió más tarde. Me aclara además que ella realizaba tratamiento farmacológico con clonazepan, antes de comenzar con la psicoterapia.

Recuerda que comenzó la terapia solo hace 3 años ya que consideraba que con los fármacos era suficiente, pero la ansiedad que le producía cada estudio que debía realizar, el encuentro con quienes la cuidaban se hacía cada vez más tortuoso e incontrolable. Una marcada irritabilidad y hasta agresividad se apoderaba nuevamente de ella, con el solo hecho de pensar en los estudios genéticos a realizar tanto a ellas como a su hermana. Recuerda que al principio tomar esa decisión le llevó mucho tiempo pensó hacerlo pero primero quiso que la psicóloga le ayude a como comunicarles a sus hijas que es por la necesidad de protegerlas, sentía miedo a que sufran, agrega.

#### 4.3. Objetivos y modalidades terapéuticas psicológicas del caso.

El segundo objetivo ha estado centrado en las diferentes modalidades de abordaje a la paciente y a través de qué herramientas sustentan sus metas. Se ha podido acceder a una entrevista con la psicooncóloga que atiende a Ana y refiere que la modalidad terapéutica ha estado enmarcada en un principio por la marcada ansiedad y la desconfianza. En su opinión dice que esto seguramente obedece a varias razones entre ellas que Ana comenzará en un espacio desconocido y lleno de prejuicios y que su médico al final ante la negación de ella, la enviara por derivación a su consultorio, lo podría sentir como una fantasía de abandono.

Agrega que aunque la necesidad de ayuda era evidente se muestra desconfiada de comenzar su tratamiento psicológico.

Después de ese primer contacto pactaron iniciar la psicoterapia dos veces por semana para clarificar aspectos de su evolución y contener su ansiedad para luego ir abordando las dificultades de afrontamiento.

Refiere que persistió la ansiedad en muchas sesiones así como la queja, no poder tolerar el sufrimiento que le produce ella a su familia. Muestra hacia la terapia ciertas resistencias así como trasgrede a veces el encuadre, presenta una gran ambivalencia.

Agrega que a raíz de su ansiedad, Ana es demandante, existe una transferencia positiva llamada también transferencia adhesiva, las intervenciones para con ella han sido

todo el tiempo contenedoras y con la necesidad de reconstruir información errónea que la angustia.

A medida que avanzan las sesiones disminuye la angustia y la ansiedad, aumenta en Ana la capacidad de introspección y puede poner en palabras conflictos y temores.

Al cabo de 10 sesiones aproximadamente, dirá Ana que le hace sentir bien la terapia y la medicación. Aparecen ahora sentimientos intensos de culpa hacia la enfermedad preguntándose “si me hubieran detectado a tiempo el bultito en la mama, no la habría perdido”

Lo elaborado a lo largo del presente trabajo, se extrae claramente de la psicoterapia con Ana, la amenaza que produce como una constante para su vida esta enfermedad por momentos soledad, abandono, desamparo.

Es así como en la segunda etapa de su terapia Ana, los objetivos serían restituir la confianza y pasar de los pensamientos automáticos modificándolos por otros más flexibles.

Aparece insistentemente, la preocupación por las hijas, si se padecerán la enfermedad. El tener que realizar a ellas unos estudios genéticos la desorientan otra vez y se hunde en profunda tristeza, tiene miedo a una recaída. Aparecen conflictos sexuales, con la relación de pareja, aquí los problemas se centran casi exclusivamente en la comunicación.

Se le ofrece un espacio terapéutico como un lugar abierto a tener una entrevista con su marido lo que le produce a Ana alivio y a la que éste accediera. El marido se muestra con una actitud muy complaciente en todo lo que a apoyo se refiere, pero cuando se trata de abordar el tema de las relaciones de pareja, toma distancia agregando la psicóloga, que hay casos donde hay maridos que no mantienen relaciones por miedo al contagio, siendo una zona velada, que aparece con recurrencia. En palabras de Baider y Kaplan De Nour (1988) el proceso de ajuste no le afecta solo a la mujer sino también al hombre están “intrínsecamente enlazados en el proceso de afrontamiento” ya que la pareja animando, sugiriendo a la enferma a realizar actividades que le proporcionen un sentimiento de logro y placer ayudaría a restablecer la confianza perdida.

La psicooncóloga agrega que con el correr del tiempo existe una comunicación en la relación terapéutica, donde Ana ha podido expresar su rabia, su queja, su dolor. Existe una identificación proyectiva continúa su terapeuta ,ya que se encuentra Ana contenida aunque por momentos aparece la ambivalencia a través de los mecanismos tanto de evitación como de negación cuando expresa: “Hoy estoy muy apurada para hablar de eso, habla vos mejor”, “ La verdad a veces pienso no se a que vengo”.

En un diálogo con la psicóloga quien realiza la pasantía le realiza una pregunta, cómo afrontar a una paciente como podría ser Ana, ante el miedo a la muerte y me enuncia ciertas premisas, como ella las denominara que se describen a continuación:

Comenta la psicooncóloga que cuando a una paciente, como en este caso, no acepta la sola idea de la palabra muerte, no se debe confrontar con ella.

Respetar lo que el paciente quiere saber o no. Aceptar la intensidad de las emociones, respetar la esperanza al futuro. Ayudar a la realización de temas pendientes. Centrarse en los logros conseguidos a lo largo de la vida, sentimiento del valor personal y de sentido vital así como fomentar la comunicación de la paciente con su entorno, esas son las premisas en las que se sostiene la terapia con este tipo de pacientes.

Razón por la cual, en parte, sienten tranquilidad y alegría con respecto al equipo terapéutico, y por otra, tiene inquietud ante la incertidumbre y desamparo por no estar en vigilancia estrecha de los médicos tratantes apareciendo la demanda y así la necesidad según el caso de un proceso de contención emocional.

Luego, se continúa hablando sobre el tratamiento de Ana y dice que se le informa, que ha llegado el momento de añadir al trabajo de terapia individual y que empezaría semanalmente otra sesión más, de terapia en grupos. Le explica que es para afianzar su confianza y que la ayudará para salir de ese sufrimiento y transformarlo.

Por otra parte, agrega la psicooncóloga, no debe olvidarse que el cáncer de mama ha traído como interferencia en Ana lo que supone un quiebre en la identidad femenina como es la mama, un símbolo de femineidad y maternidad y que el contacto con otras

mujeres que hayan pasado y que estén atravesando en este momento esta enfermedad como ella, será una experiencia de la que saldrá favorecida.

Será éste el momento de recordar que hay esquemas innatos, nucleares son aquellos que forman la Identidad, hay una organización jerárquica entre los intermedios y los periféricos y estos pueden ser funcionales o disfuncionales según la flexibilidad del sujeto. Y por esta razón es importante la flexibilidad del terapeuta en la aplicación de diferentes recursos, la actitud flexible será un modelo de aprendizaje vicario para el paciente. Por lo dicho la aplicación de diferentes técnicas adaptarlas a la situación tan particular en una paciente con esta patología requerirá de un valor psicoeducativo, de creatividad en el aporte de técnicas para aliviar los síntomas de estrés y una constante actividad esclarecedora. Es decir que el paciente acepte que esta situación por la que atraviesa es parte de la vida y que es posible hacerle frente (Bulacio,2011).

#### 4. 4. Descripción y análisis de técnicas de prevención y manejo del estrés

Se verá en el transcurso de este tercer objetivo como se ha señalado a lo largo de este trabajo, si las actividades grupales son beneficiosas para los pacientes desde el aspecto educativo, pues reciben información sobre diversos aspectos de la enfermedad, los tratamientos y las reacciones esperables. Desde el aspecto psicoterapéutico aportan además las herramientas psicológicas útiles para lidiar con los sentimientos penosos que la enfermedad, los tratamientos y también la curación despiertan. Y algo fundamental es el aspecto vincular, el intercambio con otros pacientes aumenta la sensación de amparo, en un ambiente de cuidado general. (Nezu,Palmatier&Nezu , 2004 cito en Garduño, et., al 2010).

Ana concurrió al principio al grupo de apoyo para pacientes que estaban realizando quimioterapia, allí abordan temas específicos de los tratamientos en quimioterapia, como optimizar los recursos, manejar los síntomas que se presentan y el estrés que ocasionan.

Aquí utilizaron las técnicas de respiración al principio combinado con ejercicios de relajación, hasta llegar a la visualización, que ayudan a incrementar el autocontrol y mejorar la calidad de vida enseñándoles a reducir el malestar psicológico. De este modo se logran utilizar nuevas estrategias de afrontamiento, congruentes con la historia personal.

El grupo al que ha asistido la paciente es pequeño de 10 pacientes, con una coordinadora y una observadora. Según lo manifestado por ellas, Ana tuvo buena predisposición para con la tarea desde un principio, esta actitud ha sido reforzada seguramente por lo realizado anteriormente, en las técnicas de manejo del estrés con las que realiza ahora, que son las técnicas de prevención del estrés, como son la asertividad y la resolución de problemas.

En este tipo de grupo que comparte con otras pacientes se abordan temas específicos de reinserción familiar, laboral y social. Algo que destacaba la psicóloga, es la importancia del número limitado de sesiones, ayudando a no crear dependencia grupal o generar la sensación de pertenencia e identificación con la enfermedad es así como se han comenzado a implementar en la clínica, diferentes talleres como por ejemplo al concurre Ana que es el de arte, algo así como pintura terapia. Considerando que la creatividad, es condición natural de todo ser humano, no es exclusividad de los artistas. Todos pueden pintar, refiere el equipo de psicólogas que allí trabajan.

Al concluir con las primeras sesiones de grupo se puede ingresar a este tipo de taller donde la expresión artística es motivadora, vehiculiza el conocimiento interpersonal y da la posibilidad de crear vínculos dando posibilidad de compartir, elegir y apostar a nuevas alternativas de superación, como dice Ana proponerse es atreverse, y lo aclara porque ella realizará en poco tiempo una muestra de sus pinturas.

Lo hasta aquí desarrollado, tanto en los grupos como en el taller de pintura terapia, han generado en Ana, como dicen Mancovsky et al. (2009) un posible tejido de contención y sostén que permite desplegar factores resilientes.

Por otra parte, los psicólogos interesados con el enfoque de la psicología positiva analizan el cómo y el por qué, aún frente a situaciones de máximo estrés, los sujetos pueden desarrollar fortalezas, emociones positivas, proyectos de vida. Y se interrogan dice Casullo (2006), acerca de qué factores y procesos intervienen en las personas que sufren enfermedades graves como en este caso considere que la vida merece ser vivida, razón por la cual utiliza la noción de capital psíquico que serían aquellos aspectos ligados al

aprendizaje para generar fortalezas personales y es la denominada resiliencia, la capacidad para superar dificultades intentando lograr una adaptación positiva.

Y lo destacable, es que a su vez este enfoque genera dos mensajes importantes: que tanto la adversidad, no conduce por sí misma a la disfunción y que incluso una reacción disfuncional inicial, puede mejorar con el tiempo y originar factores protectores (Henderson&Milstein,2003 cito en García Viniegras& González Blanco 2007).

Así es como, la experiencia grupal ha permitido desplegar el potencial creador que se fortalece en el entramado de la red social. Es a través de ese sostén que se piensa la transformación del dolor psíquico en la asistencia al paciente oncológico. El dolor compartido con el padecimiento del semejante es lo que posibilita como sucede en el caso de Ana de la necesidad de gestar nuevos proyectos en común así como la creación de nuevos territorios existenciales que den cuenta de la transformación subjetiva, de la metamorfosis del dolor (Mancovsky, et. ,al 2009).

Recuerda Ana que no podía tolerar su mutilación hasta que llegó el momento que aceptó someterse a otra cirugía en este caso reparadora. Según Ulnik,( 2004), el esquema corporal es una gestalt que se construye a partir de la articulación de los estímulos sensorperceptivos, es decir las palabras que provienen del encuentro con el Otro y las imágenes visuales de sí mismo y del semejante ,pero si no se produce esa articulación o se desajusta como sucede ante una enfermedad lo que redundo es un problema de identidad.

De este modo concluye Ulnik (2004), el lenguaje cabalga a partir de la imagen del otro y esto se relaciona con el cuerpo, entre mundo interno y mundo externo se forma el esquema corporal.

## 5. Conclusiones

Podría suponerse que la atención dentro de la pasantía además de la observación del proceso de Ana, se ha visto atravesada por la condición de futura psicóloga y tanto de su rol como el status dentro de una organización.

El trabajo multidisciplinario del equipo médico, logra los objetivos propuestos según se ha podido registrar a través de las observaciones, entrevistas en especial dentro del

área de psicooncología. La tarea que se han propuesto, en el caso de Ana como en otras pacientes, se trabaja con compromiso tanto en las terapias individuales como en el trabajo de coordinación con los grupos, aunque aquí se ha podido observar que la institución no provee del espacio necesario algunas veces para realizar los talleres. Aunque no se trate de descuidar al paciente tal vez no exista la visibilidad que merecen las psicólogas que allí trabajan.

A raíz del trabajo se ha podido observar ,que una persona enferma puede evitar preocupar a las personas de su entorno y por esta razón entra muchas otras el papel del psicólogo, es fundamental poder servir de puente entre el mundo interno y externo de un sujeto y llevarlo a cabo con mucha responsabilidad e idoneidad en esta institución, como por ejemplo ante la dificultad de una paciente como Ana, que logre el poder de asimilar y afrontar un diagnóstico, el miedo al tratamiento y a los efectos secundarios, y multiplicarlo por muchos más ,es un gran esfuerzo y lo importante como se ha visto como lo intentan y cuantas otras lo logran.

La pasantía ha resultado enriquecedora porque ha permitido tanto la conexión como facilitar los instrumentos para lograr el presente trabajo dentro de cada una de las áreas en las que se ha participado así es como si se analiza lo realizado hasta aquí el mayor logro es haber podido realizar las entrevistas a la paciente del caso descrito, la comunicación fluida que allí se generó, producto seguramente de estar ésta en tratamiento con estabilidad en su enfermedad hace algún tiempo, ha favorecido obtener un material invaluable para realizar el TFI.

Desde el lugar de futura psicóloga cuando ante la situación puntual de una paciente podría existir una implicación, proceso de identificación muy común, producto de la edad de ese paciente, sexo, historia personal entre otras cosa y se lo posiciona a uno allí, lo que habría que evitar sería la sobre implicación que actuaría como obstáculo, al no poder tomar la distancia óptima necesaria para ayudar al otro. Así como se cree haber evitado direccionar las respuestas en las entrevistas realizadas, ha existido el sentir poder acompañar a otro semejante que siente dolor y que sufre.

Aparece un emergente cuando dicen utilizar sólo el enfoque cognitivo conductual, para controlar los sentimientos de desamparo y promover un sentimiento de control personal que se ha comprobado que este programa terapéutico es aceptable para la paciente y fácil de llevar a cabo. Pero resulta desde el organigrama lo tienen preestablecido pero no es el único. Ya que cuando se han manifestado explícitamente las psicólogas entrecruzan en su discurso a diario, como ha podido comprobarse en la terapia individual y grupal, que se han utilizado diferentes términos para describir una situación de la paciente utilizando distintos enfoques como psicoanálisis, gestalt, sistémico, positiva, etc.

Lo estudiado hasta aquí y los conocimientos que aporta el programa de la carrera de psicología de la Universidad de Palermo acerca de cómo las diferentes ramas permiten las diferentes miradas ante un paciente, es muy importante ya que si bien se focalizará en una en particular, por compatibilizar con la teoría o bien porque brinda cierta seguridad manejarse desde una única teoría sin considerar otras, puede surgir un caso como el aquí analizado.

Por lo expuesto anteriormente, se podría tener en cuenta que ante los pacientes oncológicos donde todo es aquí y ahora y donde la utilización de una terapia cognitiva conductual es imprescindible, no debería olvidarse que una persona cuando enferma responde a un ser bio-psicosocial y espiritual siendo importante un abordaje integral en la recuperación de la salud. Muchas veces se analizan los casos clínicos desde diferentes enfoques en la Universidad, aportando de ese modo mucha riqueza en el pensamiento para no limitar con sesgos nuestra capacidad de análisis y como se ha explicitado en este trabajo la utilización del enfoque de terapias integradoras sería muy importante.

Es de destacar la intervención del psicólogo dentro del espacio de la consulta clínica es aún resistida por los médicos derivando al paciente al área de psicooncología, cuando desde su espacio no pueden propiciar la ayuda que estos pacientes necesitan. No considerando la actividad psicoterapéutica tan importante como el comienzo de la aplicación de una droga para el tratamiento específico, esto queda de manifiesto por ejemplo cuando el médico de Ana expresara la no necesidad de derivarla allí porque aún no estaba desbordada, es decir cuando no sabrían que más hacer y se sienten tal vez

interpelados en su accionar, es el momento oportuno para que con menos tiempo y mucha más angustia deba empezarse con un tratamiento psicológico.

Como refiere Fernández Álvarez (1998), la labor de los psicólogos en el trabajo multidisciplinario e interdisciplinario se suma al intento de ruptura de la concepción de la medicina tradicional, en la que el sujeto es fragmentado desde su especialidad desde cada discurso desde cada territorio. Para lograr los objetivos generales y específicos de la psicología en el campo de la salud es imprescindible convocar a distintas disciplinas ya por la complejidad de los fenómenos que atraviesen el proceso salud -enfermedad una sola perspectiva no basta, como esto si apareciera latente en el discurso y en el trabajo de los psicólogos de este instituto médico. Se deberá ir encontrando puntos de enlace posibles en cada caso e ir aplicando las herramientas propias, conceptuales con un lenguaje común que permita dialogar y lograr el tratamiento en común. Para que el rol del especialista en salud mental no quede acotado a la clínica psicológica, se extienda a la promoción y prevención de la salud en general y que pueda trascender lo psicopatológico.

Según lo expresado por Mucci y Benaim,(2006):

“La inserción del psicólogo en las organizaciones hospitalarias también recorre un proceso histórico jalonado por acercamientos y alejamientos, acuerdos, polémicas encierros y aperturas, quienes trabajan allí logran vivenciar ese devenir y desestimar tiempo para marcar su territorio e instituir su accionar”.

### 5.1. Pronóstico de la paciente

Se considera que Ana ha alcanzado una transformación en su vida cotidiana, a partir del diagnóstico de cáncer y ante el comportamiento disruptivo del comienzo. Se ha podido registrar que además de la efectividad del tratamiento oncológico y de lo contenida como decía sentirse con su médico, tanto la terapia cognitiva individual como su inserción en el trabajo grupal, tanto las técnicas para prevención como para el manejo del estrés han posibilitado transformar el dolor en un vivencia despojada de angustia.

La inserción de Ana en uno de los talleres, denominado pintura terapia, es donde se considera a la creatividad como una condición natural de todo ser humano y no una exclusividad de los grupos de artistas. Todos pueden pintar, refiere el equipo de psicólogas que allí trabajan, considerando que el trabajo artístico se realiza a partir de emergentes y la función principal es que los pacientes como en este caso Ana, exprese sus emociones, sus sentimientos, sus temores, sus esperanzas, su historia. En suma podría agregarse que el arte sería como algo que está más allá de las palabras, siendo un medio y no un fin en sí mismo.

Y resulta interesante el análisis que han realizado de sus producciones artísticas donde han podido ser descubiertas sus transformaciones a través del tiempo. En los dibujos y pinturas Ana refleja, las alteraciones en la configuración de los límites del cuerpo y del espacio, confusión Yo-no Yo, interno-externo, continente-contenido al recuperar su autoestima a lo largo de su tratamiento.

De acuerdo a lo afirmado por su psicóloga, el tratamiento cada día que pasa es favorable, se restituyó en Ana la conexión con su vida y por ende con el contexto social.

Tanto la terapia individual como el trabajo grupal fue gradualmente aumentando en sesiones como del mismo modo en resultados ya que aunque le costara la terapia individual siempre ha tenido una actitud propositiva de avanzar y no victimizarse con su dolor, y tener desde el comienzo en los grupos una buena predisposición para con la tarea.

Como se expresara en el presente trabajo, Ana después de tres años ha podido poner en palabras lo que le sucede y es un logro que la fortalece.

## 5.2. Nuevas Líneas de Trabajo

Para lograr los objetivos generales y específicos de la psicología en el campo de la salud es imprescindible convocar a distintas disciplinas ya por la complejidad de los fenómenos que atraviesen el proceso salud -enfermedad una sola perspectiva no basta, como apareciera latente en el discurso de los psicólogos durante la pasantía.

Se ha avanzado seguramente mucho pero aún falta considerar la función del psicólogo como un profesional dentro del equipo de salud, las resistencias suelen ser muchas pero la única manera de posicionarse como profesionales de la salud, será con una formación cada vez más sólida y comprometida con la función a la que se dediquen o sea convocado.

Se podría agregar además como dijera Michael Balint(1986) “para que se pueda apreciar la presencia de fenómenos psicosociales se necesitan conocimientos y disponibilidad para captarlos” (p.22),es así como es de esperar que el profesional de la psicología preferentemente formado en clínica, expanda sus estrategias de intervención y recursos técnicos al campo de las enfermedades médicas privilegiando una visión integral del enfermar.

Es por esta razón y retomando del párrafo anterior acerca de la visión integral del enfermar, habría que implementar el trabajo con los familiares de los pacientes. Se ha podido observar que dentro de la problemática de los pacientes en el instituto donde se ha realizado la pasantía no hay espacio para las familias, solo si se acercan a la consulta junto con un paciente pueden saber sobre la enfermedad pero como poder tramitar su dolor es tarea pendiente. El área de psicooncología está focalizada como ha quedado manifiesto en el presente trabajo, en los aspectos personales y humanos de los pacientes pero no con una actitud abierta a la comunidad, es decir hacia los familiares.

El pedido de ayuda de la familia debería tenerse en cuenta y no restringirlo al discurso personal de algunos de sus miembros que llegan como acompañante. Considerar que los síntomas del enfermo no son el único problema y que no se debería dejar de lado la queja, el dolor y el sufrimiento de los demás integrantes de la familia.

La implementación de un trabajo terapéutico con la familia debería realizarse desde el inicio abordándose paralelamente la enfermedad del paciente y la problemática familiar subyacente. Ya que también un diagnóstico puede presentar crisis y sentimientos ambivalentes en ellos, culpa, miedos, ya que tanto la ansiedad desmedida como la ausencia del grupo familiar entorpece el tratamiento de un paciente.

Se ha podido observar que la primera actitud que adoptan los familiares en la consulta, es la de establecer con los médicos una intensa relación, buscando alianzas que le den seguridad y que le digan qué hacer y cómo. Y muchas veces también hay familias que tienden a imponer a los profesionales sus formas particulares de relacionarse, según sea el tipo de comunicación que se establezca, pudiendo llegar a ser desordenada, desestructurada y distorsionada ante la ansiedad desmedida que traen.

Teniendo en cuenta el emergente de las familias, se debería recordar como así lo han expresado Mucci y Benaim (2006), que en los espacios patrimonio de la medicina, en esa interacción la psicología asiste, media, favorece junto con otras disciplinas a la humanización de la práctica médica. Se constituye así una red de servicios técnicamente integrados con énfasis en todos los niveles de asistencia y prevención. En servicios de salud trabajar con médicos y profesionales afines permite aumentar estrategias de intervención

Como dice Ginette Raimbault,(1995 cito en Alizade 1995), en el psicoanálisis y las fronteras de la medicina, el trabajo cotidiano de los psicólogos junto a los médicos podrán ir descubriendo la falla entre los alcances de la ciencia y el sujeto del sufrimiento y experimentar cómo las posibilidades de placer y sufrimiento, en cada uno de sus pacientes, y en ellos mismos, estarán vinculados a una historia significada de una manera particular y jamás podrían ser generalizables como objeto de saber, ya que para cada sujeto serán su verdad.

## 6. Referencias

- Alizade, A.M.(1995) *Clínica con la muerte*.Buenos Aires:Amorrortu editores.
- Baider,L.A.,Kaplan De-Nour,A.(1988) *Breast cancer –a family affair*.  
Stress and Breast Cancer (pp.155-170).Chichester,Willey:Cooper
- Beck, A.T. (1976) *CognitiveTherapy and theEmotionalDisorders*.New York:  
International Universities Press
- Beck, A.T.,Rush A.J.,Shaw, B.F.; & Emery, G (2005). *Terapia cognitiva de la depresión*.  
(16ºed.). Bilbao: Desclée De Brouwer
- Bordin, E.S, *The generalibility of the psychoanalytic concept of the working alliance*.  
Psychotherapy: Theory, Research and Practice. 1979; 16:252-60
- Bulacio, J.M.(2006) *Factores Inespecíficos de la Psicoterapia*. Buenos Aires: Akadia
- Bulacio, J.M. (2011) *Ansiedad, estrés y práctica clínica (2º ed.)*. Buenos Aires: Akadia
- Casullo, M. ( 2006 ) *El Capital Psíquico, Aportes de la Psicología Positiva*.  
*Revista Psicodebate (6): Universidad de Palermo*
- Cozaru,G., Papari, A., Sandu M, (2014). *The effects of psycho-education and counseling  
for women suffering from breast cancer in support groups*.Procedia-Social and  
Behavior al Sciences 128 -10-15. Elsevier, Recuperado de  
[www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)
- Die Trill, M. (2013) *Intervención Psico-Oncológica en el ámbito hospitalario 2013* Colegio  
Oficial de Psicólogos de Madrid. *Clínica Contemporánea* 4 (2), 119-133. doi:

10.5093/cc 2013 a 10

Fernández, A.M ( 2001 ).*El campo grupal. Notas para una genealogía* .Nueva Visión

Fernández Álvarez, H. (1988). *Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia*.  
Buenos Aires: Paidós

Font, A., Rodríguez,E.(2007). Eficacia de las Intervenciones Psicológicas en Mujeres con  
Cáncer de Mama .*Revista de la Universidad Autónoma de  
Barcelona.Psicooncología* (4)2-3.

Fuentes,S., Blasco, T. (2010). Preocupaciones de las pacientes con cáncer de mama que  
reciben atención psicooncológica. *Psicooncología del Instituto Catalán de  
oncología y Hospital Universitario Trials Pujol.Barcelona*. 7(1), 51-60

Freud, S.(1895,1994).Sobre la dinámica de la transferencia En *S. Freud. Sigmund Freud  
Obras Completas. VolumenXVIII*(pp.157).Buenos Aires:Amorrortu editores

Gaden, C Jensen et. Al (2014)*Communication Study: What to listen for in the consultation  
breast cancer patients' own focus on talking about acceptance-based psychological  
coping predicts decreased psychological distress and depression. Recuperado de  
[www.elsevier.com/locate/pateduou](http://www.elsevier.com/locate/pateduou)*

García Conde, A. (2008). El desarrollo de la investigación en Psicooncología. *Boletín de  
Psicología* (92) Madrid: Ades

Garduño, C., Riveros, A., Gómez Sosa, J. ( 2010). Calidad de Vida y Cáncer de Mama:  
Efectos de una Intervención Cognitivo-Conductual *Revista Latinoamericana de  
Medicina Conductual*. 1 (1) ,69-80

Gómez, B. (2004).Abordaje terapéutico de trastornos psicológicos asociados a  
enfermedades físicas crónicas. En: H. Fernández Álvarez y R, Opazo (Comps)

*Implicancias psicosociales de la enfermedad crónica. Manual Práctico.*  
Barcelona:Paidós

Gómez, B. (2008). Psicoterapia y Cáncer. En Héctor Fernández Alvarez (Comp).  
*Integración y Salud Mental. Bilbao: Desclée de Brouwer.*

Gómez , M.C.&Marzucco, V.D (2009). *No puedo dejar de preocuparme. Estrategias para Identificar y vencer trastornos de ansiedad generalizada. Libro de autoayuda y guía de tratamiento para profesionales de la salud mental.* Buenos Aires: Galerna.

Gross, R. (1998) *Psicología de la mente y la conducta.* México: Manual Moderno

Holland, J (2003) En Psicooncología .Recuperado de

<http://www.medigraphic.com/pdfs/cancer/ca-2000/ca003k.pdf>

Holland, J. Howland, J. (1998). *Handbook of Psychooncology.*J.Holland and J. H.  
Rowland (Eds) .New York: Oxford University

Lazarus, A.; Folkman,S.(1985).Estrés y Procesos Cognitivos. Barcelona: Martínez Roca.

López Rosetti, D. (2014) *Estrés Epidemia del Siglo XXI.*Buenos Aires: Lumen. (5ª ed.).

Mancovsky, K et al.(2009).Experiencia con grupos de pacientes oncológicos. *Revista Argentina de Cancerología* (2).

Martín Alfonso, L.(2003).Aplicaciones de la psicología en el proceso salud enfermedad.  
*Revista Cubana de Salud Pública* 29 (3): 275-281

Mucci ,M.(2004).PsicoprofilaxisQuirúrgica.Una práctica en convergencia interdisciplinaria.  
Buenos Aires: Paidós

Mucci, M., Benaim, D ( 2006). Psicología y Salud .Calidoscopio de Prácticas Diversas.

*Revista Psicodebate (6) Universidad de Palermo*

Muñoz, A., J., Holland, J (2000). Psicooncología: estado actual y perspectivas futuras.

*Revista de Cancerología del Memorial Sloan- Kettering Cancer Center (46) 3, pp.*

196-206

Nuñez, L.M. (2013) Desafíos actuales en la detección y el abordaje del cáncer de mama

hereditario. *Revista Argentina de Cancerología, 41(3), 36-39*

OMS .Organización Mundial de la Salud.2011 Recuperado de

<http://www.who.in/topics/cáncer/es/>

Rojas May, G. (2006). Estrategias de intervención psicológica en pacientes con cáncer de

mama. *Revista Médica de Clínica Las Condes ,17(4), 194 – 97*

Sadock,B.J&Sadock,V.A.(2009).Kaplan &Sadock. *Sinopsis de Psiquiatría (10° ed)*

*USA: Lippincott Williams &Williams.*

Safren,S.,González,J.&Soroudi, N. (2008).*Coping with chronic illness*. New York: Oxford

University

Ulnik, J.( 2004). El psicoanálisis y la piel. (2) 45,215-217 Madrid: Síntesis

Vidal y Benito, M.C (2013) La empatía en la consulta. Un recorrido desde la Filosofía hasta

la Neurociencias. *Revista de la Sociedad Argentina de Cancerología. XLI (1)*

