

UNIVERSIDAD DE PALERMO

Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales

Carrera de Psicología

Trabajo Final Integrador

Título: “El rol del Psicólogo en el área de Oncología”

Alumna: Ballejo González, Lara Gisela

Tutor: Garber, Claudia

Buenos Aires, Diciembre 2018

Índice

1. Introducción	3
2. Objetivos	3
2.1 Objetivo General	3
2.2 Objetivos específicos	3
3. Marco teórico	4
3.1 Cáncer	4
3.2 Psicooncología	6
3.2.1 Fases de intervención psicooncológica	7
3.3 Terapia individual en pacientes oncológicos	10
3.3.1 Características de la terapia cognitivo conductual en Psicooncología	11
3.4 Intervención grupal en psicooncología	12
3.4.1 Mindfulness	14
3.4.2 Relajación	16
3.4.3 Visualización	17
3.5 Hospitalización	19
3.5.1 Psicoprofilaxis quirúrgica	20
3.5.2 Psicoeducación	22
4. Metodología	23
4.1 Tipo de estudio	23
4.2 Participantes	23
4.3 Instrumentos	24
4.4 Procedimiento	24
5. Desarrollo	25
5.1 Introducción	25
5.2 Describir la importancia del psicólogo realizando terapia individual en pacientes oncológicos	26
5.3 Describir diferentes dispositivos de intervención grupal que utiliza un Psicólogo en Oncología	29
5.4 Describir cómo trabaja el psicólogo oncológico y su actividad en internación	34

6. Conclusiones	41
7. Referencias bibliográficas	45

1. Introducción

El presente trabajo se llevó a cabo en el marco de la Práctica y Habilitación Profesional de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de Palermo. Dicha práctica profesional fue realizada en un instituto privado ubicado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires que se dedica a la prevención, el diagnóstico y el tratamiento integral de pacientes con cáncer. Dicha institución cuenta entre sus diferentes servicios con el área de psicooncología, enfocada a la asistencia de los pacientes oncológicos de manera individual y grupal, en talleres con diversos recursos terapéuticos complementarios, como así también a la realización de investigaciones. Esta institución posee un equipo de trabajo que cuenta con siete psicólogos especializados en psicooncología y tres psiquiatras, que trabajan desde el enfoque cognitivo conductual. Este espacio 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 estrés emocional.

La práctica en esta institución ofreció la posibilidad de participar de un taller de mindfulness que se realiza una vez por semana, taller de relajación y visualización, los cuales se realizan cada 15 días, a su vez presenciar entrevistas y seguimientos de pacientes que se encuentran en internación, colaborar en búsquedas bibliográficas para una campaña de comunicación del paciente oncológico que se lleva a cabo actualmente.

2. Objetivos

2.1 General

- Describir el rol del psicólogo en el área de psicooncología en una institución privada de la ciudad de Buenos Aires.

2.2 Específicos

- Describir la importancia del psicólogo realizando terapia individual en pacientes oncológicos.

- Describir diferentes dispositivos de intervención grupal que utiliza un psicólogo en oncología.
- Describir cómo trabaja el psicólogo oncológico y su actividad en internación.

3. Marco teórico

3.1 Cáncer

Según el Instituto Nacional del Cáncer de Argentina (INC, 2015), el término *cáncer* designa a un amplio grupo de enfermedades que comienzan en las células, componentes básicos del organismo. Normalmente, las células crecen y se dividen para producir otras, que resultan indispensables para mantener sano el organismo. Algunas veces este proceso ordenado se descontrola. Nuevas células se siguen formando cuando el cuerpo no las necesita y otras viejas no mueren cuando deberían morir, formando una masa de tejido que se denomina tumor. Los tumores pueden ser benignos o malignos. Los tumores benignos no son cancerosos ya que las células de este tipo de tumores no se diseminan a otras partes del cuerpo, crecen en el lugar, generalmente se pueden extirpar y en la mayoría de los casos no reaparecen. Sin embargo, en los tumores malignos o cancerosos las células tienen anomalías, se dividen sin orden y sin control, a veces invaden y destruyen el tejido a su alrededor, entran en el torrente sanguíneo o en el sistema linfático y pueden extenderse a otros órganos.

El cáncer es una de las principales causas de muerte en todo el mundo. Los cinco tipos de cáncer que causan un mayor número anual de fallecimientos son: pulmonar, hepático, colorrectal, gástrico y mamario (OMS, 2011). Argentina posee una tasa de incidencia de 217 casos por 100.000 habitantes, cifra que la posiciona dentro de los países con incidencia de cáncer media-alta, ubicándola a su vez en el séptimo lugar en todo América, de acuerdo a las estimaciones realizadas por la IARC (International Agency for Research on Cancer, 2012). Corresponde a más de 115.000 casos nuevos de cáncer en ambos sexos por año, con porcentajes similares tanto en hombres como en mujeres. Sin embargo, se destacan diferentes tipos según el sexo: en mujeres el cáncer de mama es el de

mayor magnitud en cuanto a ocurrencia, y en hombres la mayor incidencia está dada por el cáncer de próstata (INC, 2015).

Es importante destacar que los tumores malignos podrían ser evitados, si las personas adoptaran formas de vidas saludables, evitando los factores de riesgo propios de cada tipo de cáncer, como ser, el consumo de tabaco, alcohol, drogas, fármacos, como así también evitando el sedentarismo, la obesidad, la exposición a sustancias tóxicas o radioactivas. Por lo tanto, se podría decir que la promoción y educación de la salud conforman un papel muy importante en la prevención del cáncer (Cruzado, 2010).

Los tratamientos médicos oncológicos son diversos y se aplican de acuerdo al diagnóstico, estadio, histología e invasión celular del tumor, así como al estado general del paciente (Olivares Crespo, 2004). Los principales tratamientos llevados a cabo son:

- La Cirugía que consiste en la extirpación del tumor sólido o tejidos de la zona afectada procurando producir el menor deterioro posible.
- La quimioterapia es el empleo de fármacos para eliminar las células neoplásicas, se puede utilizar un fármaco o una combinación de ellos, la quimioterapia puede ser adyuvante (se aplica después de una cirugía como prevención frente a posibles incidencias de la enfermedad), neoadyuvante (buscando reducir el tamaño del tumor para luego intentar con otro tratamiento como cirugía), o de carácter paliativa.
- La radioterapia, por su parte, consiste en la utilización de radiaciones que permiten destruir las células tumorales, la misma puede ser externa o interna.
- La hormonoterapia se utiliza para aquellos tumores que dependen de hormonas para su crecimiento, impidiendo que las células cancerígenas utilicen la hormona que necesitan para crecer.
- La inmunoterapia o terapia biológica consiste la estimulación del sistema inmune para lograr una respuesta que permita el aumento de las defensas ante el tumor.

Cada uno de estos tratamientos conlleva múltiples efectos secundarios, dependiendo de diversos factores como la localización, tamaño del tumor y el estado general del paciente (Cruzado, 2010). Asimismo, la enfermedad y sus tratamientos pueden generar secuelas

temporales o permanentes en el organismo y psiquismo de la persona afectada (Díaz Facio Lince, 2010).

3.2 Psicooncología

Durante los años '70 la Dra. Holland fue considerada como la fundadora de la psicooncología, definió los aspectos psicológicos y psiquiátricos, sociales y de comportamiento del cáncer. En 1977 creó la primera unidad de psicooncología del mundo, y luego el primer comité de psicooncología como parte de ensayos clínicos subvencionados por el National Cancer Institute de EE.UU. En 1984 fundó la Sociedad Internacional de Psicooncología (IPOS) con el ánimo de crear una red de conexiones a nivel internacional con los interesados en el tema (Die Trie, 2004). Sus estudios se basaron en un comienzo en indagar sobre cuáles eran las ideas y sentimientos de aquellas personas que han sido diagnosticados recientemente de cáncer, y conocer cuáles serían las actitudes negativas ligadas a la enfermedad mental y los problemas psicológicos que se presentan en una enfermedad médica (Holland, 2003).

El cáncer conlleva una importante repercusión emocional y una creciente incidencia en el mundo, lo que ha permitido el desarrollo de esta especialidad en Psicología, denominada psicooncología, que se dedica al estudio e investigación de los aspectos psicosociales de las personas enfermas de cáncer, orientada, sobre todo, a mejorar la calidad de la vida del paciente oncológico (Vidal & Benito, 2006).

La psicooncología tiene como función el trabajo en la prevención, promoción y educación para la salud, las mismas tiene como objetivo que el paciente entienda y practique comportamientos saludables como estilo de vida que previenen el inicio de la enfermedad (Cruzado, 2010), así como también es fundamental que el paciente conozca su estado, recibiendo la información adecuada, que permita la toma de decisiones para la contribución en el proceso terapéutico, pudiendo así elaborar respuestas de afrontamiento adecuadas que permitan continuar con un correcto proceso y curso de la enfermedad (García Conde, 2008). Además, se debe trabajar con las emociones, situaciones estresantes que aparecen, tanto las de pacientes como los del grupo sanitario, permitiendo así una mejor comunicación e interacción entre ambos, ayudando al paciente a afrontar la situación

que se encuentra viviendo, buscando evitar el sufrimiento y manejar la incertidumbre que esto conlleva (Cruzado, 2010; Font & Rodríguez, 2007).

En relación a 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). Hay otra serie de factores que abruman al paciente, ya que también puede presentarse un conjunto de emociones como tristeza por pérdidas, despedidas y separaciones, miedo al deterioro y al dolor físico, miedo a la soledad y al abandono, a la pérdida del sentido de vida, a la falta de control, a lo desconocido, al rechazo, a ser una carga para los otros y, finalmente, a la muerte. Para manejar estas reacciones, son de gran importancia los estilos de afrontamiento con los que cuenta el paciente, su patrón de personalidad, las habilidades previas de afrontamiento de situaciones difíciles, como los recursos con los que cuenta, la red de apoyo con familiares y amigos y los lazos creados con el personal de salud a cargo (Arranz Carrillo & Bayes, 1990).

3.2.1 Fases de intervención psicooncológica

El cáncer es una enfermedad crónica que cultural e históricamente se relaciona con dolor y muerte. Debido a la complejidad de la enfermedad y su impacto a nivel emocional. Lleva un período de tiempo que la persona asimile, acepte el diagnóstico y se someta al tratamiento sugerido por el médico (Robert, Álvarez & Valdivieso, 2013).

La mayor parte de los pacientes diagnosticados independientemente del estadio de la patología, vive un proceso psicológico denominado *duelo oncológico*. Éste consiste en un conjunto de etapas, no necesariamente secuenciales, por lo que los pacientes pasan durante los meses que siguen al diagnóstico de su enfermedad. Cabe señalar que es un mecanismo de reconstitución psíquico fundamental, que le permite a la paciente estructurar una respuesta a los desafíos orgánicos, cognitivos, sociales y emocionales a los cuales se ve enfrentada a partir ese momento (Rojas May, 2006).

El llamado duelo oncológico es un proceso normal, sano, adaptativo y necesario, que se caracteriza por un primer período donde puede aparecer una sensación o estado de aturdimiento y negación, momentos que se caracterizan por mucho miedo, temor e

incertidumbre y labilidad emocional, lo cual se puede manifestar en pena, tristeza y en cambios a nivel emocional. Esto puede ir acompañado de ansiedad, angustia, sensación de indefensión y desesperanza. La persona puede sentir rabia, ira y enojo, además de la sensación de estar solo. Finalmente, hay un momento en el que idealmente, el paciente asume y acepta la enfermedad (Robert et al. 2013).

Tomando en cuenta lo expuesto, resulta imprescindible esclarecer las fases de intervención psicooncológica que permita predecir, manejar y resolver los distintos problemas psicosociales a los que puedan enfrentarse los pacientes. Las diferentes fases son: diagnóstico, tratamiento, libre de enfermedad, supervivencia, recesiva y final de la vida (Rojas May, 2006).

Comenzando por la fase de diagnóstico donde la intervención del psicooncólogo consiste en detectar las necesidades emocionales, psicológicas, sociales y espirituales que pueda estar presentando el paciente y su familia, con el objetivo de orientarlos. Debe ofrecer apoyo emocional al enfermo y a su familia, facilitar la percepción de control sobre la enfermedad, es decir, ayudarles a que perciban que, aun contando con ese diagnóstico, hay cosas que se pueden poner en marcha para hacerle frente al cáncer (Scharf, 2005). A su vez facilitar que el paciente y su familia se adhieran correctamente a los protocolos médicos, tengan la información adecuada a través de materiales educativos y por lo tanto se puedan diagnosticar a tiempo eventuales problemas psicológicos-psiquiátricos (Rojas May, 2006).

En la segunda fase, denominada fase de tratamiento, la calidad de vida de los pacientes se puede ver comprometida ya que las diversas intervenciones médicas conllevan efectos secundarios dependiendo del tipo de cáncer, las características del paciente y la evolución de la enfermedad. Algunos de los efectos que pueden desencadenar los distintos tratamientos son: alteraciones en la imagen corporal, disfunciones sexuales, fobia a los aparatos o instrumentos que suministran los tratamientos, malestar físico, dolor, ansiedad, angustia, entre otros. Debido a estos y otros efectos, puede generarse una dificultad para adherirse al tratamiento, lo cual da como resultado el abandono del mismo. Por lo tanto, la intervención del psicooncólogo en esta fase radica principalmente en fomentar estilos de afrontamiento, que permitan ayudar al paciente y su familia frente a diversas cuestiones que

se darán durante los tratamientos como ser, ansiedad, miedo, temores frente a cirugías como también por malestares físicos o posibles ingresos hospitalarios (Scharf, 2005).

Luego se encuentra la fase libre de enfermedad, etapa en la cual suelen realizarse muchos controles médicos, que pueden ser vistos como posibles amenazas de volver a presentar la enfermedad. Por lo que se incrementan los niveles de angustia, tanto del paciente como de los familiares. La intervención del psicooncólogo en esta fase se basa en facilitar la expresión de miedos y preocupaciones, tanto del paciente como de sus familiares. Para ello es importante establecer empatía y una buena comunicación, abordar cualquier tipo de alteraciones emocionales proporcionando estrategias para promover e incentivar la realización de diversos planes y actividades (Scharf, 2005). También se deben establecer protocolos de información claros que ayuden en el manejo adecuado de la información, donde puedan distinguir entre el temor al cáncer y alguna sintomatología sospechosa que debe ser chequeada oportunamente (Rojas May, 2006).

Continuando por la fase de supervivencia, en esta etapa los objetivos terapéuticos se centran en facilitar la adaptación a las secuelas físicas, psicológicas y sociales que la enfermedad ha podido generar, buscando la reincorporación a la vida cotidiana del paciente, a sus actividades y los intereses que le resulten significativos (Rojas May, 2006).

Durante la fase de recidiva el paciente puede experimentar un estado más intenso que el sucedido durante la fase de diagnóstico, debido al regreso de la enfermedad, se pueden presentar estados de ansiedad, angustia extrema, depresión tanto en el paciente como en todo el círculo familiar (Scharf, 2005). La intervención del psicólogo en este periodo consiste en la prevención y tratamiento de psicopatologías, facilitación de la adaptación al nuevo estado de la enfermedad, reforzando la relación médico-paciente (Rojas May, 2006).

Finalmente, se encuentra la fase final de la vida, etapa en la cual se aborda al paciente mediante tratamiento paliativo, es decir, el objetivo de la terapia cambia de “curar” a “cuidar”. Con la llegada de este cambio las reacciones emocionales, tanto en el enfermo como en los familiares, suelen ser muy intensas. La negación, rabia, depresión, aislamiento, agresividad y miedo a la muerte son algunas de las muchas emociones que suelen aflorar en esta fase. La intervención del psicooncólogo se basa en ofrecer una mejor calidad de vida al paciente y a los familiares. Para ello es necesario detectar y atender las dificultades

psicológicas y sociales que puedan presentar. También ayuda a controlar el dolor y los síntomas físicos, ofrecer apoyo emocional y potenciar estrategias de afrontamiento, como la toma de decisiones y el control. De igual forma, es importante abordar y reconducir las necesidades espirituales que puedan presentarse. En esta fase surge la tarea de acompañar al paciente en el proceso de morir y a su familia en la elaboración del duelo, con el objetivo de prevenir un duelo traumático (Scharf, 2005).

3.3 Terapia individual en Psicooncología

Dentro de la terapia individual en psicooncología es imprescindible comenzar por el encuadre, donde el tratamiento es cara a cara, y por lo general con una frecuencia de una vez por semana. Dicha frecuencia puede verse modificada ya que los pacientes pueden encontrarse en fase de tratamiento, en la cual la hospitalización y los efectos secundarios, marcan un papel central y se ven limitados en cuanto al tiempo disponible. En otros casos, generalmente excepcionales, dependiendo de la situación y la fase en la que se encuentre la persona, se pueden tener dos sesiones por semana. Es importante señalar en la actualidad el uso del contacto telefónico, lo que permite al paciente o familiares comunicar en el caso de no asistir a consultas porque no se encuentra bien, si ingresa al hospital y necesita estar acompañado por el psicooncólogo, en el caso de hechos donde se produce el deceso del paciente, pudiendo acudir al hospital para ver a los familiares o cuidadores principales con los que previamente se ha tenido comunicación. Con lo antes mencionado se puede apreciar que el modo de vinculación con el paciente, es único con cada uno, diseñado desde el compromiso de cada caso en particular (Fernández & Flores, 2011).

La asistencia del psicólogo al paciente se realiza en diferentes ámbitos y en todas las fases: zona de hospitalización, hospital de día, consultorio externo y atención domiciliaria. De esta manera el paciente puede contar con el apoyo desde su primer ingreso a la institución. En cuanto a la actividad asistencial es menester describir que se recibe al paciente y a sus familiares más próximos si así lo desea, con una cita acordada previamente. Los pacientes ingresan a la consulta por distintas vías, aconsejados o enviados por el médico oncólogo o por el equipo de enfermería oncológica, por haber sido acompañados previamente en el centro de salud o en el hospital de día donde realizaban o

realizan sus tratamientos o por demanda del mismo paciente o algún acompañante. Los problemas con los que acuden a consulta son diversos, los más frecuentes que se destacan son el impacto emocional que provoca el diagnóstico, ideas erróneas sobre el cáncer y sus tratamientos (Saenz & Modollel, 2004).

Existen pilares básicos en la intervención con pacientes oncológicos que son la escucha, la contención emocional y la devolución (Fernández & Flores, 2011). Dichas intervenciones han mostrado su eficacia para la preparación a los tratamientos médicos, es aconsejable aplicar frente a estados de ansiedad o antecedentes de comorbilidad psiquiátrica, incluso frente a acontecimientos vitales estresantes. La ansiedad es uno de los aspectos de la calidad de vida que más ha de mejorar mediante las intervenciones individuales. Por otra parte, hay que tener en cuenta que en algunos casos durante la fase de tratamiento puede resultar dificultosa la atención psicológica ya que los síntomas físicos son prioridad en la atención del paciente, pero una vez finalizado el tratamiento médico, el paciente puede aprovechar mejor la ayuda psicológica. Los efectos beneficiosos de las terapias suelen prolongarse una vez finalizadas (Font & Rodríguez, 2007).

3.3.1 Características de la terapia cognitivo conductual en Psicooncología

El modelo cognitivo propone que todas las perturbaciones psicológicas tienen en común una distorsión del pensamiento, que influye en el estado de ánimo y en la conducta de los pacientes, por lo tanto, al modificar el pensamiento se produce una mejoría en el ánimo y en los comportamientos. Esta terapia es aplicada en todo el mundo, ya sea como tratamiento único o junto con otros, para el abordaje de múltiples trastornos, variando en edades y aunque se centra exclusivamente en la terapia individual, ha sido modificada para su aplicación en grupos (Beck, 2000).

Seligson y Reynoso (2006) describen a la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) como una forma de tratamiento que se respalda en evidencia experimental y que se orienta hacia el problema. Es generalmente de corta duración y procura que las personas realicen cambios y alcancen metas específicas, favoreciendo a las personas en que puedan aprender nuevas formas de actuar, nuevas formas de pensamiento y de expresar sentimientos.

Cuando la persona tiene una enfermedad oncológica se busca un cambio en la manera de interpretar y entender la enfermedad, este cambio de pensamiento va dirigido hacia el positivismo y la esperanza, siempre y cuando el mismo el mismo se encuentre invadido por pensamientos, creencias, ideas o conceptos deformados, irracionales o inapropiados acerca de su enfermedad y su verdadera situación (Fernández, 2004).

Los terapeutas que trabajan utilizando la TCC, se enfocan normalmente en el estado actual más que en el pasado, prestan mucha atención a la visión y la percepción del paciente respecto de su vida más que a los rasgos de personalidad. También intentan entrenar a los pacientes para que tengan más control, ayudándolos a cambiar esos estilos de vida que han sido problemáticos y sustituirlos por otros que sean más adaptativos (Seligson & Reynoso, 2006). Durante el tratamiento se busca proporcionar al paciente un ambiente de apoyo, facilitar el manejo del duelo en las 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 & Goldberg, 2009).

Para conseguir dicha finalidad se emplean diferentes técnicas, las denominas puramente cognitivas que se caracterizan por el entrenamiento en detección de creencias irracionales, se le pide al sujeto que anote sus creencias negativas respecto a la enfermedad y que indique su intensidad. Las técnicas de persuasión verbal consisten en un debate entre paciente y terapeuta, con el que se requiere determinar la validez o no de las creencias que el paciente tiene respecto al cáncer. También se utiliza el entrenamiento en autoinstrucciones (repetir una serie de frases que hagan referencia al objetivo a conseguir con el fin de reforzar su creencia) y la distracción cognitiva (consiste en invitar al uso de tareas distractoras que frenen la fijación de creencias invadiendo los pensamientos del paciente). A su vez se plantean técnicas conductuales que consisten en entrenamiento en habilidades sociales y asertividad orientadas a la superación de determinados problemas como el miedo, la sensación de aislamiento, el sentimiento de soledad o dificultades de comunicación. Otras técnicas son la programación de actividades y finalmente el entrenamiento en resolución de problemas (resolver las dificultades que se presenten en los pacientes a lo largo del enfrentamiento con la enfermedad) (Fernández, 2004).

3.4 Intervención grupal en Psicooncología

Existen múltiples grupos de contención al enfermo, algunos son denominados grupos de autoayuda conducidas por personas afectadas y otros son los denominados grupos psicoterapéuticos que, a diferencia de los anteriores, son coordinados por profesionales de la salud. En el primer caso se intenta evitar todo tipo de orden jerárquico, ocupando todos los participantes un lugar de igualdad, los objetivos son más espontáneos y el apoyo es fundamentalmente emocional. En el segundo caso, los objetivos del grupo son más concretos, buscando que los temas, la participación y los tiempos sean divididos en todos los participantes por igual, en ellos pueden participar tanto el enfermo como los familiares de los mismos, se pueden realizar con pacientes hospitalizados o ambulatorios (Die Trie, 2004; Font & Rodríguez, 2007)

Los grupos se conforman por personas de diferentes edades, sexo indistinto, motivo de consultas, tiempo y tipos de terapias previas variadas. Son de carácter abierto, la frecuencia dependerá del grupo, los pacientes la realizan mientras continúan con la terapia individual semanal (Fernández, 2004).

Los terapeutas ocupan diversas técnicas psicoeducativas y psicoterapéuticas impartiendo prácticas e información que permiten evaluar la situación del grupo respecto a la enfermedad para lograr así su enfrentamiento (Die Trie, 2004). La terapia grupal no sirve simplemente para dar información o educar en salud a una cantidad de pacientes al mismo tiempo, sino que conllevan experiencias compartidas, aprendizaje vicario, sentir una identificación con personas que padecen o padecieron la enfermedad, un apoyo mutuo entre participantes, conocer las intervenciones realizadas en otros, así como también los resultados que estos obtuvieron (Font & Rodríguez, 2007). Por otro parte, ayuda a reducir la angustia, a aumentar la capacidad de afrontamiento, calidad de vida y mejora las habilidades de solución de problemas. Todo esto, por la empatía generada al padecer y 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 & Sandu, 2013).

En los talleres de grupo, se explican los objetivos terapéuticos, estableciendo 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 (Brewin, 1996).

La terapia grupal es recomendada durante el tratamiento activo en el cual las circunstancias físicas y psicológicas lo permiten, así como también en todas fases de la enfermedad, incluyendo cuando se encuentra avanzada o continuando cuando se ha finalizado el tratamiento ya que reconocen los efectos beneficios que ha provocado de ellos (Die Trill, 2004; Fernández, 2004)

Al finalizar se observan efectos positivos en la mejora de la depresión, el miedo y la calidad de vida en general de los pacientes, el afrontamiento, en planos emotivos expresivos, también el apoyo social, el incremento de la esperanza ante el testimonio de vida y lucha de otros, la comunicación dentro y fuera del grupo, trabajar objetivos comunes específicos como ser la ansiedad, sexualidad, miedo a las recaídas, o aumentar la participación social y comunitaria utilizando la mayor cantidad de recursos de apoyo (Font & Rodríguez, 2007).

3.4.1 Mindfulness

El origen del *mindfulness* es el budismo, donde los principales objetivos de las enseñanzas de Buda fueron, y continúan siendo, la erradicación o cese del sufrimiento humano. La palabra *mindfulness* es un término inglés que no tiene una única traducción en castellano, no obstante, la más utilizada es atención plena o conciencia plena (Mañas, 2009).

Para Kabat-Zinn (2003), que fue quien introdujo el término *mindfulness* en occidente, es la conciencia que emerge a través de llevar la propia atención intencional a las experiencias que están sucediendo en el momento presente, aceptando las mismas sin juzgar. La técnica, ha penetrado de manera sostenida la cultura occidental durante el curso del siglo XX, y su adaptación con fines terapéuticos ha encontrado un terreno fértil en la psicología de la salud y en la terapia cognitiva (Miro, 2006).

El funcionamiento mental normal implica siempre un grado de atención y de conciencia. La conciencia plena se refiere a una mejora de ambos aspectos, a una claridad de la experiencia y del funcionamiento actual que contrasta con los estados de menor

conciencia, menos despiertos, del funcionamiento habitual que puede ser crónico en la mayoría de las personas (Brown & Ryan, 2003).

El mindfulness se está presentando como una alternativa terapéutica, una nueva técnica o método clínico, e incluso un estilo de vida, la cual puede ser practicado de múltiples y diferentes maneras y su aplicación no es exclusiva para el paciente, sino que también lo es para el propio terapeuta (Mañas, 2009).

La meditación o mindfulness abarca desde la práctica más ortodoxa o tradicional pasando por practicarse como un componente terapéutico clave dentro de un programa de intervención, hasta la realización de uno o varios ejercicios aislados dentro del curso de una terapia (Mañas, 2009). Se entiende como una práctica disponible a cualquier persona que sirve para aliviar el sufrimiento y mejorar la convivencia, por medio del dominio de los estados aflictivos ya sea ansiedad, depresión, desánimo, ira y del desarrollo de cualidades positivas, tales como la atención y el darse cuenta, la sabiduría, la compasión y la ecuanimidad (Miró, 2006).

Los elementos esenciales del mindfulness son: Centrarse en el momento presente; apertura a la experiencia y a los hechos; aceptación radical sin hacer ningún tipo de valoración; elección de las experiencias; y renunciar al control directo de los pensamientos, emociones experimentándose tal y como se producen (Vallejo, 2006).

La práctica normalmente comienza con la concentración, ya que la mente continuamente está invadida por pensamientos, emociones, recuerdos, sensaciones corporales, se debe buscar aquietarlas, para lograr esto, la mente debe estar centrada en un solo punto, en un estímulo, denominado objeto de meditación, de forma constante sin recibir interrupciones. El objeto de meditación más utilizado es la respiración (Mañas, 2009). La persona debe adoptar una postura cómoda ya sea tumbados o sentados, si desea estar sentado debe mantener la columna recta y los hombros caídos, cerrar o entrecerrar los ojos, fijar la atención en el estómago, sentir como él mismo sube y baja mediante la inhalación y exhalación, cada vez que la mente se aleje se debe devolverla a la respiración sin importar lo involucrado, sin juicios valorativos, recriminatorios, condenatorios, hacia nosotros y hacia nuestras experiencias (Kabat Zinn, 2003).

Mindfulness es una habilidad, por lo tanto, debe ser aprendida y entrenada. Con una práctica continua sería posible mantener esta atención puesta en la respiración durante más

tiempo y a su vez darnos cuenta más rápido de que la atención ha sido desviada. Desde el momento en que la persona empieza con la práctica, se comienzan a producir cambios y experiencias significativas (Mañas, 2009).

En los últimos años ha ido aumentando el interés por el estudio y la aplicación del mindfulness en pacientes oncológicos, siendo el más estudiado el programa de reducción de estrés de la Universidad de Massachusetts, el primer estudio publicado en el año 2000, demostró su efectividad en la reducción de alteraciones de ánimo y disminución del estrés (Palao, Rodríguez, Priede, Maeso & Arranz, 2011). Luego durante varias publicaciones científicas sobre su eficacia, han ido aumentando notablemente sus beneficios, ya que se han encontrado reducción en los niveles de depresión, ansiedad, miedo a la recurrencia y menor dolor físico, así como también mayor energía, mejor calidad de sueño, funcionamiento físico, sobre todo aumento en la sensación de bienestar y la calidad de vida de los pacientes (Lengacher, Johnson-Mallard, Post-White, Moscoso, Jacobsen, Klein & Goodman, 2009).

3.4.2 Relajación

Las técnicas de relajación suelen ser empleadas para el control de las activaciones fisiológicas excesivas, teniendo como objetivo reducir la ansiedad, la tensión muscular e inclusive aliviar el dolor físico. Dicha técnica permite desviar la atención de estas experiencias que producen malestar, concentrándose en la sensación de relajación (Orgilés, Méndez & Espada, 2009).

La relajación se puede realizar utilizando diversas técnicas, las más empleadas en cáncer son:

- Respiración profunda: consiste en un método sencillo que se basa en la respiración abdominal permitiendo liberar tensiones (Fernández, 2004), son utilizadas desde hace miles de años como técnicas de relajación, como característica principal busca brindar sedación, se puede realizar sentado o acostado (Gómez & Marzucco, 2009), a su vez reduce la tensión muscular, relaja el diafragma y oxigena el cuerpo, ayudando a disminuir el dolor y lograr un autocontrol, durante la quimioterapia ayuda a disminuir las náuseas y la ansiedad (Algar & García, 2016).

- Relajación muscular progresiva: puede ser aplicado a todas las edades, siempre constatando que la persona posea las habilidades básicas para el aprendizaje de la relajación, como ser permanecer quietos, imitar movimientos sencillos, seguir instrucciones, también se deben tener en cuenta las condiciones ambientales, como ropa cómoda, ausencia de estímulos que puedan provocar distracción, una temperatura adecuada. En primer lugar, se debe reconocer los músculos rígidos y tensos, para enfocar la atención en esa zona buscando su relajación, logrando percibir una sensación más agradable (Orgilés, Méndez & Espada, 2009). Varios estudios han demostrado su efectividad en la disminución de la ansiedad, depresión y el dolor (García-Jiménez 2015 como se citó en Algar & García, 2016). El máximo efecto se ha visto cuando se practica antes de empezar la quimioterapia (Luebbert, Dahme & Hasenbring, 2001 como se citó en Algar & García, 2016)

- Otras técnicas como la hipnosis, imaginación guiada, intervenciones basadas en el uso de tecnología asistida, musicoterapia, también han demostrado sus efectos positivos en el control de síntomas somáticos como el dolor y la ansiedad en los enfermos de cáncer y a su vez facilita la participación de los pacientes en los procedimientos médicos (Algar & García, 2016).

Gómez y Marzucco (2009), consideran que se aprenden las técnicas de relajación con facilidad cuando la persona se encuentra calma. En el caso de un paciente oncológico llevará más tiempo y ayudará a que no se sobre exija. Será importante el ambiente donde se realicen este tipo de ejercicios, ya que tiene que ser un ambiente confortable y con bajo nivel de ruido.

3.4.3 Visualización

La Real academia Española de la Lengua, define *visualización* como acción y efecto de visualizar, es decir, formar en la mente una imagen visual de un concepto o imaginar con rasgos visibles algo que no se tiene a la vista, por lo tanto, siendo la visualización un proceso de pensamiento que involucra el uso de todos los sentidos, visión, audición, gusto, olfato y tacto (Valiente, 2006).

Fue a partir de los años 60, cuando se produce un decidido retorno a la investigación psicológica de las imágenes y de sus aplicaciones terapéuticas, siendo a fines de los años 70 su utilización en el ámbito de la oncología de la mano del oncólogo Carl Simonton, quien consideraba que la visualización son las imágenes producidas desde la imaginación, conscientes e inconscientes (Valiente, 2006).

La técnica consiste en la utilización de imágenes mentales que representan aquello que deseamos conseguir, en nuestra meta u objetivo, basándose en la idea que mediante la repetición continua se logrará su adquisición (Fernández, 2004), particularmente las técnicas empleadas para combatir la enfermedad consisten en proporcionar al paciente indicaciones en las cuales debe imaginar células sanas combatiendo a las células cancerosas (Die Trill, 2013).

Simonton considera que para que sea eficaz la modificación del curso del cáncer, las imágenes que utilicen los pacientes en sus sesiones, deben contar con las siguientes características:

- Las células cancerosas deben aparecer débiles.
- El tratamiento médico debe ser visto como fuerte.
- Las células sanas no tienen dificultad en reparar con rapidez cualquier posible daño.
- Los glóbulos blancos sobrepasan en número a las células cancerosas.
- Los glóbulos blancos deben mostrarse en todos momentos fuertes y agresivos.
- Las células cancerosas muertas son expulsadas del organismo de forma normal y natural, sin esfuerzo.
- Al término de la visualización, el paciente debe imaginarse a sí mismo lleno de salud y libre del cáncer.
- El paciente debe verse a sí mismo consiguiendo los objetivos que se ha propuesto en la vida, lo cual confirmará en el hecho de que posee poderosas razones para vivir (Simonton, MatthewsSimonton & Creighton, 1978 como se citó en Fernández, 2004).

Cabe destacar que la visualización utilizada en conjunto con técnicas de relajación provoca múltiples efectos positivos en el tratamiento de los pacientes, ya que actúan en los

efectos secundarios como náuseas, vómitos, desgano, también en efectos nocivos como ser el dolor, y en los casos donde el paciente no muestre signos de cáncer, puede utilizar la visualización para crear imágenes donde se encuentre sano, libre de enfermedad (Fernández, 2004).

Estas técnicas conllevan una responsabilidad por parte del psicólogo ya que en el caso de que el tratamiento médico no esté funcionando, hay pacientes que pueden llegar a sentirse frustrados o culpables, creyendo que no realizaron bien la técnica o que no hayan podido ejercer el control sobre el cáncer que desean ejercer. Por lo tanto, es importante explicar toda limitación, acompañar al paciente constantemente para que el mismo no idealice, ni cree expectativas erróneas acerca de la técnica (Die Trill, 2013). Independientemente de su complejidad en la aplicación, los resultados de las investigaciones sobre el efecto de la visualización en el tratamiento de los enfermos de cáncer indica que ésta, acompañada de otras psicoterapias, debería ser utilizada como una herramienta más en el tratamiento de los pacientes, sumándose a la cirugía, quimioterapia y radioterapia, ya que aporta importantes beneficios a la salud mental y a la calidad de vida de los enfermos (Valiente, 2006).

3.5 Hospitalización

El proceso en el cual la persona es internada se considera como un estresor en sí misma, teniendo en consecuencia repercusiones negativas como ser las alteraciones emocionales y comportamientos que llegan a ser disruptivos incluso a largo plazo. Cabe aclarar que las secuelas varían en cada persona, de acuerdo a la edad, a vivencias anteriores a la internación, a los determinantes de la personalidad y, principalmente, al desarrollo de habilidades para afrontar situaciones conflictivas (Escribà Agüir & Bernabé Muñoz, 2002).

La llegada de la psicología al hospital recorre un proceso histórico complejo, debido a la necesidad de delimitar su el campo de acción ya que hasta su llegada era propio de la medicina, pero dicha inserción permite asistir, mediar y favorecer a la humanización del paciente, permitiendo el trabajo interdisciplinario. Existen beneficios de utilizar una modalidad interdisciplinaria y limitaciones al no hacerlo. Es útil para dar una respuesta satisfactoria a los objetivos generales y específicos en psicología y salud, por lo tanto, es

imprescindible convocar a distintas disciplinas para trabajar unidas y de forma recíproca ya que, dada la cantidad de fenómenos que atraviesan el proceso salud-enfermedad, una sola perspectiva no alcanza (Mucci & Benaim, 2005).

Cuando el paciente con cáncer se encuentra hospitalizado, presenta necesidades psicoemocionales que deben ser atendidas en la unidad de oncología, por dicho motivo se busca mediante un modelo funcional que el psicólogo especialista en oncología realice un trabajo de forma interdisciplinaria en el cual debe poseer un contacto directo y continuo con todo aquel que se encuentre asistiendo al paciente, colaborando con cirujanos, médicos oncólogos, radioterapeuta, inmunólogo, genetista, enfermeros y todo aquel que participe su cuidado, en total contacto con el historial médico, participando en sesiones clínicas y en comités. En el piso de internación se atiende a los pacientes todos los días en visitas conjuntas de profesionales. La primera visita es un contacto del paciente con la figura del psicólogo, donde tanto ellos, el médico o algún familiar pueden solicitar entrevista, siempre y cuando lo deseen. Los asuntos por los que más solicitan son el cansancio por el tratamiento, insomnio, ansiedad, angustia, temor a la muerte (Sanz & Modollel, 2004)

Las psicoterapias hospitalarias son breves, orientadas principalmente a solucionar las posibles crisis que el paciente tenga en el momento, adaptándose a sus necesidades, siempre teniendo en cuenta aspectos de la historia del paciente, su presente y su pasado, ya que las mismas influyen en la aceptación y adaptación del tratamiento médico. La eficacia de las mismas dependerá en partes a la continuidad de la terapia durante el curso de la enfermedad, se centra principalmente en la enfermedad y sus implicancias, funciona como un complemento en el tratamiento, se pueden aplicar si la persona no desea consumir psicofármacos o en el caso que las mismas sean prescritas por el médico psiquiatra ya que no producen efectos secundarios, ni infiere en el tratamiento (Die Trill, 2013).

3.5.1 Psicoprofilaxis quirúrgica

Consiste en una técnica utilizada en la terapia que busca preparar al paciente y su familia para enfrentarse a una situación quirúrgica, buscando alcanzar una menor cantidad de secuelas psicológicas y físicas. Este abordaje es de carácter preventivo, con una duración breve y objetivos acotados. Toda cirugía produce estrés, ansiedad y son situaciones

potencialmente traumáticas que provocan desajustes emocionales en los pacientes, ya que se enfrentarán a situaciones desconocidas, en las que, si bien son necesarias para la posible curación, reconstrucción o evitar males mayores, también implican riesgos. Es necesario que el paciente cuente con información adecuada para tener recursos de afrontamiento ante la situación, vinculada previa como posteriormente a la operación, cómo y dónde será la recuperación de la misma, con internación, ambulatoria o en unidad de terapia intensiva. Un tema muy importante a esclarecer es la anestesia total ya que genera temor frente a situaciones como despertarse durante la cirugía, incluso a no despertar haciendo referencia a la muerte. El terapeuta por su parte deberá tener en claro dicha información previamente obtenida de los profesionales, cirujano y anestesista ya que el cumplimiento paso a paso de lo que se anticipó al paciente disminuye notablemente la ansiedad (Miranda, 2017).

La cirugía ha llegado a ser uno de los tratamientos más utilizados para una gran variedad de patologías oncológicas, para muchos pacientes la misma salva sus vidas, reducen posibles dolores incapacitantes y por lo tanto buscan conseguir una mayor calidad de vida (Olivares Crespo, 2004).

Un tipo de cirugía es la denominada no conservadora, es aquella que implica la pérdida de una parte del cuerpo que lleva al paciente aceptar una vida de limitaciones, ya que producen cambios en su funcionalidad como también en la parte estética. Sin embargo, este tipo de cirugías comprende beneficios, disminuye riesgos en relación con la enfermedad de base lo cual le da la posibilidad de obtener la curación. En estos casos existen un cierto tiempo para la preparación del paciente y de sus familiares, que son necesarios para una elaboración emocional comprendiendo que será amputado, el mismo será variable ya que dependerá de la edad, capacidad de comprensión, tipo de enfermedad, su experiencia durante tratamientos previos, hospitalizaciones e intervenciones anteriores (Miranda, 2017). Por todo ello, es importante que el terapeuta provea información de diferentes alternativas que permitan paliar en lo posible los sentimientos relacionados a su imagen corporal, como son el uso de distintas prótesis existentes, facilitando el acceso a dichas prótesis y la explicación adecuada en el momento de su utilización, así como también medios de asesoramiento acerca de ortopedias o lencerías en caso de mastectomías (Cruzado, 2010).

Finalmente, reconociendo lo complejo de recibir y dar la información en la etapa de psicoprofilaxis, se considera que el psicólogo debe desempeñar un rol activo dentro del equipo interdisciplinario que tratan al paciente oncológico, buscando empatizar, contener, esclarecer y permitir la expresión de emociones de los pacientes y sus acompañantes (Miranda, 2017).

3.5.2 Psicoeducación

En sus comienzos se plantean dos posturas diferentes respecto a la psicoeducación, la primera de ellas se utiliza como función informativa, ayudando a los familiares del paciente a comprender los procesos y técnicas que serán llevados a cabo durante el tratamiento. Para otros implica un carácter educativo, donde el profesional cuenta con información científica actual para responder al entorno del paciente acerca del origen, evolución, técnicas, inclusive consejería para afrontar la enfermedad (Bäumel, Froböse, Kraemer, Rentrop & Pitschel-Walz, 2006).

La psicoeducación como modalidad terapéutica fue avanzando debido a su gran demanda y se empezaron a plantear la atención a los propios pacientes, en los diferentes tipos de abordajes ya sea individual, grupal, en pareja, en familia, además de la necesidad de combinar familiares, afectados y profesionales de la salud, permitiendo así una relación triangular en el tratamiento (Bulacio, 2006).

Según Colom (2011), existe una distinción en los modelos mencionados, ya que el primero al ser de carácter informativo, se prioriza esto por encima de otros elementos, teniendo una eficacia limitada, suelen ser breves. Sin embargo, la segunda es de larga duración, permitiéndole trabajar aspectos en la detección e intervenciones precoces, regular hábitos, cambiar estilos de vida, modificar falsos prejuicios respecto a la enfermedad. Por lo tanto, se debe partir de la necesidad de proporcionarle al paciente herramientas que le permitan ser proactivos en la comprensión y tratamiento de su enfermedad, sustituyendo la culpa por la responsabilidad, la indefensión por la proactividad.

Por lo tanto, las intervenciones psicoeducativas se basan en la educación y en proporcionarle al paciente diferentes maneras de afrontar su enfermedad y los tratamientos

que la misma conlleva, dónde obtener ayuda y que tipo de ayudas, mediante el aprendizaje y práctica de las estrategias de afrontamiento que sirven para cambiar comportamientos, pensamientos, incluso para reducir el estrés, basándose en entrenamientos cognitivos conductual (Montiel & Guerra, 2016).

Las intervenciones psicoterapéuticas permiten actuar dependiendo de la situación y necesidad de cada paciente. En la intervención en grupo se facilita que las pacientes compartan experiencias y se movilizan procesos de aprendizaje vicario (Font & Rodríguez, 2007).

Se han observado múltiples beneficios psicológicos en los enfermos de cáncer en cuanto a la autoestima, en cómo aceptar las alteraciones en la imagen corporal que puede provocar la enfermedad, ya sea temporal o permanente. También permiten al paciente crear un optimismo acerca del futuro y favorecen a la esperanza (Montiel & Guerra, 2016), a su vez estudios demostraron efectos positivos en cuanto al estrés y la controlabilidad que proporciona el recibir información exacta, permitiéndoles a los pacientes una representación más concreta de la enfermedad, facilitando su paso por la misma, con un menor desgaste psicológico y contribuyendo a una mayor recuperación en los niveles físico, psicológico y social (Font & Rodríguez, 2007).

Metodología

4.1 Tipo de estudio

Estudio descriptivo.

4.2 Participantes

Se trabajó con la jefa del Área de psicooncología, la cual ejerce hace muchos años como psicóloga en dicha institución, además de la especialización en psicooncología también realizó una especialización en mindfulness con pacientes oncológicos.

Otra participante fue la psicóloga especialista en psicooncología perteneciente al servicio, encargada del área de internación y, además, de la realización de terapia individual en consultorio.

La tercera participante fue una psicooncóloga encargada del taller de relajación y visualización, se desempeña, a su vez, como psicóloga en el consultorio de la institución.

Además, se tienen en cuenta como participantes a los pacientes que asisten a los talleres mencionados, así como también a los pacientes hospitalizados.

4.3 Instrumentos

Los datos fueron recolectados a través de entrevistas semi-estructuradas a la jefa del equipo de psicooncología quien es la instructora del taller de Mindfulness, a las psicólogas pertenecientes al servicio, a la licenciada encargada del área de internación y a la licenciada encargada del taller de relajación. Estas entrevistas semi-estructuradas fueron diseñadas a fin de explorar las opiniones de los entrevistados sobre el rol del psicólogo en la internación hospitalaria, en los grupos y de manera individual en los consultorios, las técnicas más utilizadas, las interconsultas y asesorías realizadas por los psicólogos con los otros miembros del servicio. Este tipo de entrevista facilitó al entrevistado a comunicar su punto de vista acerca de determinados aspectos precisos del tema en cuestión, dejándolo en libertad de intervenir, ampliar o abordarlo en el orden que le parezca conveniente.

Por otro lado, se utilizó la observación no participante en el área de internación y en los diferentes talleres. Las observaciones de este trabajo fueron tanto a los miembros del servicio como a la interacción del psicólogo con los pacientes, se centró también en tomar registro de los roles de los psicólogos, las técnicas y estrategias que utilizarán y las interacciones entre sí y con otros profesionales no psicólogos.

Otro de los instrumentos utilizados fueron las notas de campo, tomando apuntes de lo más relevante de la pasantía, desde las reacciones ante determinadas tareas o expresiones corporales hasta las experiencias habladas por ellos mismos.

Se tomaron en cuenta como instrumento las historias clínicas de los pacientes internados, permitiendo así una mejor observación en base al estado en que se encuentra la

persona internada en cuanto a la enfermedad y el motivo por el cual fue solicitada la ayuda psicooncológica.

4.4 Procedimiento

Se asistió al taller de mindfulness, con un total de 4 horas semanales y a los talleres de relajación y visualización una vez cada 15 días durante 5 meses. En el mismo se realizaron observaciones pertinentes tanto al psicólogo como a los participantes, logrando así, la formulación de preguntas que fueron realizadas durante la entrevista al profesional encargado de los diferentes talleres haciendo un especial hincapié en el rol del psicólogo en el servicio de oncología, técnicas que utiliza en cada taller, estrategias. Las entrevistas tuvieron una duración aproximada de 45 minutos.

También se asistió durante 5 meses, con una frecuencia de dos veces a la semana y un promedio de 5 horas diarias, a las diferentes consultas realizadas en el área de internación como observadora no participante, realizando un seguimiento de los pacientes, accediendo a historias clínicas de los mismos, se tomó una entrevista semiestructurada a la psicóloga encargada con una duración de 45 minutos. Se procuró indagar en las funciones y competencias, las técnicas, estrategias y las interacciones del psicólogo en la sala de internación.

5. Desarrollo

5.1 Introducción

Los pacientes que ingresan a la institución, son atendidos por distintos profesionales con años de experiencia en el rubro de oncología. Ingresan allí con un diagnóstico casi certero de cáncer que puede variar dependiendo de cada paciente.

Para comenzar a describir cómo trabaja el psicólogo en oncología dentro de la institución, resulta imprescindible destacar que el lugar en el cual se realizó dicha práctica es un instituto oncológico monovalente, es decir que todas las especialidades están orientadas al trabajo de paciente con cáncer. Dentro de las distintas áreas de atención

cuentan con el servicio de psicooncología donde cada caso llega por distintas vías, pacientes que solicitan consulta, médicos que sugirieron complementar el tratamiento con terapias psicológicas, aconsejados por enfermeros, sugerencias de otros pacientes e incluso por el pedido de familiares. Cada caso posee una estrategia de abordaje, dependiendo de la fase de enfermedad en la que se encuentre el paciente.

El equipo de trabajo está conformado por 10 profesionales cada uno encargado del trabajo en consultorio individual, en algún taller como ser mindfulness, relajación, visualización que permite trabajar grupalmente, así como también realizando visitas en internación en el caso de ser requerido. Se busca principalmente el trabajo interdisciplinar con todos los profesionales pertenecientes a la institución, priorizando siempre la calidad de vida del paciente oncológico.

5.2 Describir la importancia del Psicólogo realizando terapia individual en pacientes oncológicos.

Este objetivo se responde en función de las entrevistas realizadas a profesionales de psicología, especializados en el área de oncología dentro del marco de la práctica profesional, el mismo comprende 2 ejes fundamentales de intervención individual, siendo el primero de ellos, la psicoterapia oncológica en consultorio con el paciente, y en segundo lugar el trabajo en consultorio con la familia del mismo.

Los pilares básicos de la intervención del psicooncólogo nombrados por Fernández y Flores (2011) consisten en escuchar, contener emocionalmente y dar una devolución al paciente. En consonancia con ello, la psicooncóloga plantea que: *“el rol del psicooncólogo es acompañar al paciente en el proceso de enfermedad desde el diagnóstico hasta los controles y, en otros casos, hasta el final de vida. Es importante ya que se le brinda no solo al paciente sino también a la familia el soporte y apoyo emocional donde pueden llevar sus dudas, miedos, angustia, siempre mediante una escucha activa y empática”*.

En función al primer eje mencionado, se debe considerar que las intervenciones se realizan dependiendo del momento en que el paciente desee comenzar un tratamiento

psicoterapéutico, siendo las causas más frecuentes, el impacto emocional e ideas erróneas del cáncer o de sus tratamientos (Saenz & Modollel, 2004). Acerca de esto, la psicooncóloga manifiesta que en la institución *“se interviene acerca del manejo de información que el paciente posee, fomentar la buena comunicación y trabajar en las herramientas que tiene para poder llevar a cabo las alteraciones emocionales, afrontar las preocupaciones o dudas respecto al diagnóstico como a los tratamientos que debe realizar, la adaptación a las consecuencias que traen los mismos y facilitar el regreso a su vida cotidiana”*

Los pacientes acuden a consulta por diversos motivos (Sáenz & Modollel, 2004). Con respecto a esto la psicóloga en la entrevista afirma *“acuden luego de un tiempo de conocer su diagnóstico o cuando comienzan tratamientos de quimioterapia, sobre todo, o radioterapia. Los pacientes suelen estar muy temerosos al comienzo debido a la incertidumbre”* dejando expuesto lo enunciado por los autores, en cuanto al impacto emocional que los tratamientos y la enfermedad provocan en el paciente.

Ahora bien, se ha mencionado previamente en el presente trabajo, que el cáncer en cuanto a su incidencia difiere en hombres y en mujeres, siendo en esta última la más recurrente, el cáncer de mama (INC, 2015), conforme con esto, se pudo observar y fue expuesto por la psicóloga que *“en su mayoría los pacientes que asisten a consultorio tienen cáncer de mama”*. Es importante resaltar lo que se menciona ya que los motivos de consulta suelen ser más específicos *“muchas veces el temor, la angustia y la ansiedad vienen por la caída del pelo, por mastectomías, el malestar general y en caso de tener hijos chicos, como contarles”* siendo el psicooncólogo quien debe proporcionar al paciente un ambiente de apoyo, donde el mismo puede incrementar sus recursos de afrontamiento, habilidades para resolver problemas y anticipar sus prioridades para el futuro (Seitz, Besier & Goldberg, 2009).

Se les pregunta a las distintas profesionales cada cuánto acuden los pacientes a consultorio. La primera entrevistada relata que *“generalmente se trabaja con una sesión a la semana dado que los pacientes están muy requeridos por distintos horarios médicos, deben responder a distintas consultas, tratamiento, estudios, así que no disponen de mucho tiempo como para poder asistir a psicoterapia, además como trabajamos de modo puntual y muchas veces también algunas tareas con una sesión semanal generalmente son*

suficiente, luego de transcurrido un tiempo podemos pasar una frecuencia de 15 días”. La segunda psicóloga enuncia que “los pacientes van a consultorio de una a dos veces por semana siendo esta última muy poco frecuente. También hay muchos pacientes que son del interior y con ellos se trabaja cada vez que vienen a la institución a continuar con su tratamiento o realizar algún control”. Ambos casos se relacionan con lo que Fernández y Flores (2011) declaran acerca de la vinculación con el paciente, siendo el mismo propuesto de manera única y particular a través del compromiso.

Respecto a la pregunta realizada a una de las licenciadas sobre la forma en la que se trabaja con los pacientes en la institución, la misma responde: “Nosotros trabajamos con un enfoque en el cual integramos muchas de las corrientes actuales en psicología, si bien venimos de una formación psicoanalítica, buscamos incorporar diversos conceptos y sobre todo buscamos el trabajo mediante la terapia cognitiva conductual, ya que hacemos psicoterapia psicooncológica focalizada, trabajamos mucho psicoeducación, utilizamos técnicas cognitivas, también conductuales y algunas de tercera generación”. Asimismo, otra de las licenciadas plantea que “en consultorio se busca trabajar fundamentalmente el aquí y ahora, para eso utilizamos la terapia cognitivo conductual”. En ambos casos se vincula con lo expuesto por Seligson y Reynoso (2006), considerando el TCC como un tratamiento que se orienta hacia el problema, focalizándose en el estado actual del paciente, más que en el pasado. Siendo fundamental destacar que puede ser administrada en un breve período de tiempo, factor muy importante en oncología.

La psicooncóloga expone que son múltiples los objetivos del TCC en el paciente oncológico, principalmente “reducir la ansiedad, la depresión y otros síntomas psicológicos, favorecer un espíritu positivo de lucha, promover en los pacientes un sentido de control personal sobre sus vidas y una participación activa en el tratamiento del cáncer y desarrollar estrategias de afrontamiento efectivas para tratar los problemas relacionados a la enfermedad” de manera similar lo describen Fernández (2004) y Seitz et al., (2009). Siendo fundamental lo descrito por Beck (2000) quien considera que al modificar el pensamiento se produce un cambio en el comportamiento y en el ánimo de la persona.

Haciendo énfasis en el segundo eje, cabe destacar, que, si bien la actividad asistencial suele estar orientada al paciente, si éste lo desea puede dirigirse a sus familiares

(Sanz & Modollel, 2004), en este sentido la licenciada enfatiza *“trabajamos muchas veces en psicoterapia familiar o entrevistas puntuales con la familia en la cual queda incluido el paciente, otras veces el mismo paciente o por indicación nuestra realizamos entrevistas familiares sin que él esté presente. También realizamos psicoterapia de algunos de los miembros de la familia, esto lo vemos mucho con entrevistas a los hijos y con aquellos pacientes que infelizmente fallecen hacemos también en algunas oportunidades un trabajo con familiares”*

En general se procura que las personas realicen cambios y alcancen metas específicas, favoreciendo a que puedan aprender nuevas formas de actuar, nuevas formas de pensamiento y de expresar sentimientos (Fernández, 2017), en concordancia con esto la psicooncóloga manifiesta *“mayormente se busca trabajar en aspectos puntuales como ser la sobrecarga emocional que el paciente conlleva o que la familia hace recaer sobre él, con exigencias o pretendiendo que rápidamente salga del estado de tristeza y de decaimiento, muchas veces también aprovechamos esas entrevistas para trabajar temas relacionados a duelos anticipatorios y claudicación familiar”*. Se busca lograr un cambio que va dirigido hacia el positivismo y la esperanza, siempre y cuando existan pensamientos, creencias, conceptos deformados, irracionales o inapropiados acerca de su enfermedad y su verdadera situación (Fernández, 2017).

En consonancia con lo expuesto en ambos ejes cabe destacar como menciona la psicooncóloga que tanto su rol como el de todos los psicólogos que desempeñan su labor en el servicio tiene como fin *“ayudar al paciente a mantener la calma en momentos difíciles, afrontar el miedo, la incertidumbre, ansiedad y el estrés que esta enfermedad conlleva”* siendo estos efectos beneficiosos de las terapias prolongadas una vez finalizadas, favoreciendo la calidad de vida de los pacientes (Font & Rodríguez, 2007).

5.3 Describir diferentes dispositivos de intervención grupal que utiliza un Psicólogo en Oncología.

La terapia grupal dentro de la institución está propuesta en tres talleres, mindfulness, relajación y visualización, lo que permite responder este objetivo acudiendo a entrevistas, comentarios de los profesionales y observaciones.

Mediante estos talleres se pudo observar que los pacientes encuentran el espacio para poder compartir posibles efectos de la enfermedad, resultados de los tratamientos, como mejorar o evitar los efectos secundarios que esta conlleva e incluso angustias o temores por posibles exámenes médicos, de manera similar estos beneficios fueron descritos por Cozaru et al. (2013), Font y Rodríguez (2007).

Si bien como lo plantea Brewin (1996) cada taller posee un objetivo distinto y por lo tanto resultados diferentes, la psicóloga hace mención que *“las tareas grupales se encuentran centradas en una tarea específica, esto ayuda a compartir experiencias, pero siempre focalizadas más en la tarea en común que en una simple modalidad catártica. Por lo tanto, el objetivo de dichos talleres es compartir y aprender alguna técnica con un fin terapéutico”*.

Los pacientes acuden a los talleres grupales mediante sugerencias de los médicos tratantes, oncólogos, enfermeras e incluso por comentarios de otros pacientes. Acuden solos o acompañados por familiares, los cuales participan alguna que otra vez en los talleres. Dichos grupos se encuentran conformado por pacientes hospitalizados, los cuales con autorización previa del médico se presentan para poder participar, también pacientes ambulatorios, algunos están en tratamiento médico y otros, se encuentran en la fase libre de enfermedad, realizándose controles periódicos. Las edades y el sexo de los pacientes varían al igual que la enfermedad oncológica que padecen o padecieron, tal como lo postulan Fernández (2004); Die Trie (2004); Font y Rodríguez (2007). Si bien existen múltiples técnicas que son beneficiosas para las personas con cáncer la psicooncóloga menciona *“focalizamos nuestra tarea en aquellas técnicas que cuentan con aval de la literatura científica reciente, y de las cuales contamos con los recursos humanos, con capacitación y entrenamiento adecuado para lograr una implementación exitosa, teniendo como propósito, incrementar la percepción de autocontrol, reducir el malestar psicológico y mejorar la calidad de vida de los pacientes”*

Font y Rodríguez (2007) plantean que los grupos conllevan múltiples efectos positivos en la calidad de vida los pacientes. Para constatar durante la entrevista, se le

preguntó a la psicooncóloga si consideraba que los talleres favorecen a los pacientes, a lo que contestó: *“los talleres se llevan a cabo hace muchos años porque el mismo produce muchos efectos positivos en los pacientes como ser mejorar la adhesión a los tratamientos y favorecer el desarrollo de las conductas resilientes mejorando así muchos aspectos en la vida de los pacientes”*.

Sin embargo, se pudo observar durante la práctica profesional que cada taller logra diversos efectos en los pacientes, siendo mencionado por la psicóloga que la práctica de mindfulness *“ayuda a mantener la calma en momentos difíciles, afrontar miedo, la incertidumbre, ansiedad y el estrés que esta enfermedad conlleva, además de considerarla contagiosa ya que ayuda a todo el ambiente familiar a funcionar mejor”* vinculando estos beneficios a los mencionados por Miró (2006); Lengacher et al. (2009) y Palao et al. (2011).

El taller mindfulness tiene una frecuencia de una vez a la semana, con un promedio de seis personas. Cuenta con un fin terapéutico, marcado desde un principio por la psicooncóloga a cargo, si bien el fin en este caso es lograr efectos positivos con respecto a la enfermedad de cáncer, Mañas (2009) hace mención que la misma se está presentando como una modalidad terapéutica, método clínico, e incluso un estilo de vida.

La psicóloga, previo a cada práctica, realiza una pequeña introducción que le permite al paciente conocer qué es mindfulness y qué no es, de dónde proviene, y sobre todo que el paciente logre comprender que los resultados se logran con una práctica continua, enfocada no únicamente en el taller sino en la vida diaria de la persona. Durante la entrevista la licenciada explica *“considero que al principio cuesta porque no estamos acostumbrados a parar por un momento, detenernos en el momento presente, en el aquí y ahora, pero esto es posible y una vez aprendida la técnica, los pacientes la pueden realizar solos, durante alguna quimioterapia, rayoterapia, mientras van desde su casa al instituto e incluso en algo tan simple como en el desayuno. Se busca que el paciente deje de estar constantemente alrededor de todas las preocupaciones, todos los miedos y todas las dudas que le genera el proceso de enfermedad”* tal y como lo señala Mañas (2009) mindfulness es una habilidad, por lo tanto, debe ser aprendida y entrenada.

Como se mencionó previamente en el marco teórico, mindfulness corresponde a conciencia plena, centrarse en el momento presente, llevar la propia atención intencional a

las experiencias que están sucediendo en el momento presente (Vallejo, 2006; Kabat-Zinn, 2003). Se observó en la práctica que la psicooncóloga funciona de guía permitiéndole a la persona focalizarse, esto significa que la profesional verbaliza el recorrido mental del propio cuerpo que los pacientes van realizando, colaborando así para volver la atención cuando esta se comience a dispersar.

En los encuentros se presentaron diferentes modos de meditación, comenzando por centrarse en la respiración, siendo según Mañas (2009) el más utilizado, ya que permite alcanzar la concentración. Luego se presentaron objetos, como ser una pasa de uva, una nuez, pidiéndole a la persona que concentre toda su atención en ella, que reconozca su textura, su sabor, que la coma muy suavemente, sienta como la misma va desarmándose en la boca. Otras veces los objetos de meditación fueron piedras, gemas, en la cual se les solicitaba a los participantes que la manipulen, sientan sus texturas, que sensación provocada la misma, si producían calor, frío, si les traía algún recuerdo. Mientras se iban presentando estos objetos la profesional verbaliza *“todo pensamiento, sensación, sentimiento lo debemos dejar pasar, sin hacer ningún tipo de juicio, crítica, sin colocar ningún valor, experimentando todo tal y como sucede, lentamente cuando esto vaya pasando volvemos siempre a nuestro objeto de meditación”*

Al finalizar cada encuentro la licenciada coloca una frase propuesta por el Dr. Jon kabat-Zinn a modo de reflexión a sus pacientes *“No puedes frenar las olas, pero puedes aprender a surfear”*.

Otro de los talleres realizados es el de relajación llevándose a cabo cada 15 días, en el cual asisten aproximadamente cinco personas conformando un grupo bastante constante en cuanto a la presencia. Es guiado por una profesional quien plantea que *“la práctica de la relajación es beneficiosa para todo tipo de personas, sin importar su ocupación, género o edad, focalizando en los aspectos personales y humanos de nuestros pacientes los talleres están destinados tanto a los pacientes como a sus familiares, amigos y allegados, con una actitud de apertura hacia la comunidad”*.

Cabe destacar lo mencionado por la licenciada en cuanto a que *“son muchas las técnicas de relajación que se pueden utilizar con el paciente oncológico, ya que la enfermedad y sus tratamientos pueden ser estresantes para las personas y sus cuidadores, dichas técnicas pueden ayudar a calmar su mente”* Orgilés et al. (2009) sostienen en este

sentido en cuanto a desviar la atención de aquello que produce malestar, evocando en la sensación de relajación. La profesional expresa que *“la técnica ayuda a reducir síntomas como ser náuseas, vómito, ansiedad, depresión, previos y posteriores a cada tratamiento”* concordando con García Jimenez (2015); Luebbert et al. (2001) como se citaron en Algar & García (2016).

Una de dichas técnicas utilizadas es la de respiración profunda, que se puede hacer en cualquier lugar y en cualquier momento. El paciente puede encontrarse acostado, sentado, en un ambiente silencioso, sin interrupciones, tal como lo exponen Gómez y Marzucco (2009). La psicóloga guía al paciente a cumplir con los siguientes pasos, los cuales se repiten dos o tres veces:

- *“Tome una respiración profunda de su diafragma. Mantenga la respiración durante varios segundos, hasta donde usted pueda aguantarla y luego exhale lentamente”*.

La psicooncóloga hace mención a que *“la respiración profunda es una técnica muy sencilla, que permite a los pacientes disminuir el nivel de tensión y ansiedad”*, pudiéndose a su vez observar en la práctica a los pacientes verbalizar entre ellos que logran disminuir dolores en el cuerpo. De esta manera se verifica lo que detalla Algar y García (2016) en cuanto a los beneficios que se obtiene con esta técnica.

Otra técnica utilizada es la relajación muscular progresiva, son guiadas por la psicóloga, pero se realizan con la idea que el paciente pueda aprender y practicar cuando lo desee. A modo de ejemplo, se expone una de las intervenciones observadas:

- Comienza por tensionar y relajar los dedos de un pie.
- Inhala mientras tensionas brevemente los músculos y exhala cuando liberas la tensión.
- Progresivamente, trabaja de esta forma en dirección ascendente en una pierna, tensionando y relajando cada uno de los músculos.
- Repite el proceso en la otra pierna.
- Continúa en dirección ascendente con el resto del cuerpo, tensionando y relajando cada grupo muscular: abdomen, torso, pecho, dedos de las manos, brazos, hombros, cuello y rostro.
- Cada vez que liberas intencionalmente la tensión en cada una de las áreas, puedes experimentar una sensación de alivio.

Cabe resaltar que como mencionan Orgiles et al. (2009), la persona después de un tiempo de conocer la técnica debe reconocer los músculos tensos para poder enfocar la atención en esa zona.

La técnica de visualización es también conocida por el nombre de imaginación guiada, ya que como relata la licenciada *“se utiliza el poder de la imaginación para ayudar a reducir el estrés, manejar los problemas, reducir los efectos secundarios asociados al cáncer o a su tratamiento, estimular el sistema inmune y promover la salud”*, vinculándose con lo que Valiente (2008) expone sobre la utilización de la técnica como una herramienta más en el tratamiento de los pacientes, acompañada de otras psicoterapias.

La licenciada menciona que es importante antes de comenzar a implementar la técnica, explicar a los pacientes que *“si bien se han demostrado efectos positivos, esto no quiere decir que la misma cure el cáncer, ni mucho menos que con la mente uno logra que el tumor desaparezca”* pudiéndose verificar lo expuesto por Die Trill (2013), quien considera esto como una responsabilidad por parte del psicólogo, teniendo el mismo que acompañar al paciente en todo el proceso, explicando las limitación para que no cree expectativas erróneas acerca de la técnica.

A modo de ejemplo para comprender en qué se basa dicha técnica, se hace mención a lo observado en cuanto a la visualización de tensiones corporales:

- Busca una posición cómoda, con los brazos a los lados del cuerpo, y las piernas siendo una prolongación del vientre.
- Cuando quieras cierra los ojos.
- Entra en contacto con un foco de tensión que haya en tu cuerpo.
- Imagínate que forma tiene.
- Si lo deseas asócialo con una imagen.
- Puede que sea un nudo, o unas tenazas o cualquier otra forma que tú desees.
- Una vez que hayas identificado la tensión, auméntala. Siente cómo aumenta la tensión.
- Si quieres, imagina ahora que puedes soltar o aflojar ese nudo o esa herramienta.
- Deja que llegue la sensación de bienestar.
- Instálate en esa sensación de bienestar.

- Deja que te arrastre muy profundamente a tu interior.
- Tómate unos instantes para disfrutar y apreciar las agradables sensaciones del cuerpo libre de tensiones.

Si bien dicha técnica en los pacientes con cáncer tiene un objetivo específico y es que puedan visualizarse sanos y libres de enfermedad, el mismo puede variar (Fernández, 2004).

5.3 Describir cómo trabaja el Psicólogo Oncológico y su actividad en internación.

El presente objetivo se responde en base a entrevistas realizadas a profesionales encargadas de la actividad en internación y observaciones no participantes realizadas durante el marco de la práctica profesional. Dicho objetivo comprende 4 puntos fundamentales. En primer lugar y como base de todo el trabajo del psicooncólogo se hace mención a una postura interdisciplinaria, favoreciendo al paciente y también al personal de salud tratante. Esta postura interdisciplinaria da lugar a explicar como segundo punto, lo que significa la internación y los efectos psicoemocionales que esto conlleva para el paciente. En tercer lugar, se analizarán las intervenciones psicoeducativas desarrolladas por el psicooncólogo durante la hospitalización; y finalmente, se hace mención a la psicoprofilaxis quirúrgica.

El trabajo del psicooncólogo en internación es fundamentalmente interdisciplinario lo que permite la comunicación con los oncólogos clínicos, médicos clínicos, especialistas como ser neumónólogos, cirujanos, dermatólogos, kinesiólogos, nutricionistas, equipo de cuidados paliativos, enfermeros e incluso médico de dolor de ser necesario. Resultando esto fundamental, ya que como plantean Mucci y Benaim (2005); Sanz y Modollel (2004) una única perspectiva no sería suficiente en el proceso salud-enfermedad. Es importante destacar lo planteado por la psicóloga *“el psicooncólogo no da información de diagnósticos, ni malas noticias, ese es el trabajo del médico y por lo tanto el rol de nosotros es acompañar, ayudar en caso de tener dudas y brindarles el espacio para poder esclarecerlas”* de esta manera se da cuenta del trabajo mediante el modelo funcional que permite atender a todas las necesidades psicoemocionales que posea el paciente al ser hospitalizado (Sanz & Modollel, 2004).

Por otra parte, cabe mencionar que el rol del psicólogo en internación es amplio, que no solamente atiende al paciente, sino también a sus familiares. Y a su vez se encuentran disponibles para tratar inquietudes que le surjan al personal médico, enfermeras, refiriéndose a esto la jefa del servicio de psicooncología relata *“si bien el primer beneficiado es el paciente ya que es atendido de forma integrada y coherente, también los profesionales intervinientes se ven altamente beneficiados porque pueden compartir sus propias ansiedades, frustraciones, logrando el alivio que muchas veces es complicado en temas tan fuertes como es la oncología”* tal como menciona Scharf (2005) esto es una forma de prevenir el síndrome de burnout, fomentando y potenciando la calidad de vida de todas las personas que acompañan al paciente en este proceso.

A su vez ha podido observar y fue manifestado por la psicóloga que se busca realizar talleres de reflexión sobre la tarea de los médicos, enfermeros y empleados siendo este último, el sector más vulnerable, ya que muchas veces los pacientes o familiares imponen o manifiestan sus ansiedad, frustraciones y broncas que pueden provenir de las fallas con las prepagas o sistemas de salud y estas suelen recaer en los empleados, entonces *“ellos también sufren ya sea por estas circunstancias o porque no tienen las herramientas suficiente para poder tomar distancia operativa, muchas veces terminan sobre involucrándose y sufriendo de burnout”*, se busca mediante la psicoeducación que esto no ocurra, logrando beneficios para todo el equipo interviniente, familiares y pacientes permitiendo así la relación triangulada de los mismos en el tratamiento (Bulacio, 2006).

A modo de resumir lo que es el trabajo interdisciplinario, parece importante destacar lo dicho por la psicooncóloga encargada de internación *“considero como pilar de nuestro trabajo diario una frase propuesta por la reconocida enfermera B. Dicks quien plantea el trabajo en equipo es como una pieza musical. No se trata de que todos toquen la misma nota, sino que lo hagan en armonía”*.

Como segundo punto, y tal como exponen Escribà Agüir y Bernabé Muñoz (2002), la internación posee un efecto estresor en sí misma sobre los pacientes. Esto se refleja en la mayor parte de los casos vistos durante la práctica, como ser a modo ejemplo el caso de Violeta, 66 años, diagnóstico cáncer de páncreas, desconocido el diagnóstico por ella, creyendo que es una descompostura intestinal, por esta razón su médico oncólogo solicita psicooncólogo. La paciente manifiesta una preocupación extrema al no poder realizar los

tratamientos por diferentes motivos, fiebre alta, a su vez plantea sentimientos de tristeza y angustia por encontrarse internada.

Por otra parte, Rosa de 80 años de edad, cáncer de pulmón, solicitando el servicio de psicooncología su hermana. Comenta que tiene dificultad para dormir por las noches, por temor a quedarse sin aire y morirse, según la paciente los síntomas corresponden a un estado de pánico. Se pudo observar en la historia clínica que presenta cáncer de pulmón, el oncólogo que la atiende y el familiar que la acompaña manifiesta que es de carácter hereditario y que influye mucho en su conducta ya que su hermano falleció por la misma enfermedad, durante la noche. Las intervenciones con la paciente durante la visita de la psicooncóloga resultó dificultosa debido a que la paciente no podía verbalizar correctamente ya que se agitaba mucho al hacerlo, de todas formas se utilizó técnicas de psicoeducación proporcionándole información exacta, lo que según Font y Rodríguez (2007) permite al paciente una representación más concreta de la enfermedad, facilitando su paso por la misma, con un menor desgaste psicológico y contribuyendo a una mayor recuperación en los niveles físico, psicológico y social.

Los estresores, pueden provocar en las pacientes alteraciones emocionales y de comportamiento, las mismas varían dependiendo de la edad, de sus vivencias, personalidad y sus habilidades de afrontamiento frente a situaciones conflictivas (Escribà Agüir & Bernabé Muñoz, 2002), permitiendo comprobarlo a modo de ejemplo con el caso de Juan, 68 años, diagnóstico cáncer de próstata, realizándose rayoterapia, es derivado por su médico psiquiatra ya que presenta mucha angustia, sensibilidad, constante lágrimas de emoción por lo que conlleva el tratamiento.

Ahora bien, como menciona Sanz y Modollel, (2004) los pacientes al ser hospitalizados presentan necesidades psicoemocionales que deben ser atendidas, siendo la primera visita un contacto directo entre el paciente y el psicólogo. En los casos previos observados y en la mayoría de los que acuden al servicio constatado, manifiestan nunca haber realizado ningún tipo de terapia e incluso nunca haberlo pensado antes de enfermar.

La psicooncóloga en la entrevista hace mención que *“las razones por las que los pacientes acuden a consulta en su mayoría, están relacionadas con la ansiedad y angustia por la prolongación de la internación”*, tal como lo postula Sanz y Modollel (2004). A su vez enuncia que *“muchos de ellos son del interior del país. En estos casos mayormente la*

angustia se debe a estar lejos de sus familias y sobre todo cuando tienen hijos pequeños”, pudiéndose observar en el caso de Celeste 50 años, quien proviene de la ciudad de Formosa, realizó tratamiento de cáncer de mama años atrás, empieza a sentir dificultades para mover el brazo izquierdo, luego la pierna izquierda hasta sentirse imposibilitada para caminar, llega a urgencias derivada por la oncóloga de su ciudad, encontrando metástasis en la cabeza. Solicita el servicio de psicooncología junto con su hermana, quien comenta que Celeste llora mucho y se siente muy angustiada, por haber dejado sus hijas menores de edad una con el padre de las mismas y otra con sus abuelos, sin comentarles porque se encontraba en Buenos Aires. La paciente plantea que dejó pasar mucho tiempo, que no se preocupó por su salud, ya que estaba en un proceso muy complicado de divorcio, viendo por el futuro de sus hijas, y que ahora se da cuenta que tiene que ponerse como prioridad, a ella y a su recuperación. Se pudo observar que frente a estas situaciones la psicooncóloga posibilitaba un espacio privado de desahogo emocional para expresar sus sentimientos (culpa, rabia, tristeza) reconocerlos y sobre todo aceptarlos.

Las consultas con los psicooncólogos dentro de la institución pueden ser pedidas por los mismos pacientes, médicos, personal de salud o algún acompañante, siempre y cuando el paciente se encuentre de acuerdo con esta consulta (Sanz & Modollel, 2004) plasmándose a modo de ejemplo el caso de Azul, 40 años, oriunda de la ciudad de Formosa, su suegra única acompañante, solicita asistencia psicooncológica porque manifiesta que la nota sin ánimos, angustiada con la situación. Ingresó con un diagnóstico cáncer de ovario a urgencias derivada por una obstrucción en los intestinos, sin poder ingerir ningún tipo de alimento o bebida, teniendo que realizar un drenaje por la nariz que permitió sacarle gran cantidad de líquido en mal estado. La paciente en varias oportunidades comenta lo difícil que es para sus familiares acompañarla, debido a que no pueden dejar su trabajo, ni mucho menos viajar constantemente por el gasto económico que esto conlleva. A modo de intervención la psicóloga permite que la paciente comente y reconozca los sentimientos que la aquejan, luego reflexionar la razón por la que se encuentra en la institución y que es lo que ella puede hacer para cuidarse y encontrarse mejor.

Como lo indica Die Trill (2013), las psicoterapias hospitalarias tienen una duración muy corta, ya que se buscan solucionar los problemas en el momento. Haciendo referencia

a esto la psicooncóloga comenta *“Tanto con los pacientes hospitalizados como los de consultorio se trabaja el aquí y ahora. Es verdad que los primeros suelen tener mayores urgencias por lo tanto se interviene teniendo en cuenta las urgencias de los mismos”*. A su vez se pudo observar cómo ser en los casos previamente mencionados, que los pacientes reciben intervenciones en el momento, ya que muchas veces obtienen el alta, son sometidos a cirugías, mantenidos en aislamiento, hasta incluso casos en los que se encuentran sin ánimos de recibir visitas, imposibilitando un próximo encuentro con el profesional.

Ahora bien, dando lugar al tercer punto de este objetivo, se retomará el caso de la paciente Azul, (quien se encontró internada durante 2 meses, factor que facilitó la presencia del psicooncólogo en diferentes encuentros) se pudo observar la evolución física de la misma, permitiéndole empezar con los tratamientos de quimioterapia. Luego de su primera sesión, la psicooncóloga le pregunta cómo se siente al respecto ella plantea *“Me siento mejor de ánimo, estoy contenta por estar en manos de buenos profesionales, asumo la enfermedad que tengo y solo deseo curarme”*. Luego de lo expuesto por la paciente se trabajó un tema muy importante, consecuencia de los tratamientos de quimioterapia, que es la caída del cabello. La psicooncóloga procede a contarle de las opciones que puede utilizar como ser turbantes, gorros, pelucas. La paciente plantea que lo pensó mucho, pero sin embargo prefiere ir rebajándose el cabello hasta llegar el momento de verse de palada, siendo esto un motivo más para aceptar la enfermedad y lo que la misma conlleva. Lo antes dicho se vincula a lo postulado por Montiel y Guerra (2016) en cuanto a la psicoeducación y los beneficios que la misma provee al paciente.

Por otra parte la jefa del servicio mencionó que *“los profesionales de la institución buscamos trabajar siempre dentro de todas las intervenciones con psicoeducación, el cual le permite al mismo comprender conceptos médicos que a veces resultan complejos o son muy cerrados y que el psicooncólogo busca traducirlos a lenguaje común, así como también entender las implicancias de la información dada por los médicos e incluso ideas erróneas que puedan tener de la enfermedad, colaborando en la toma de decisiones informadas y que tengan en cuenta todas las consecuencias de los diversos tratamientos que son propuestos por los médicos”*. Siendo planteado de manera similar por Colom (2011) quien considera que al paciente hay que brindarle herramientas que le permitan ser proactivo en la comprensión y tratamiento de la enfermedad. Acerca de esto y tomando en

cuenta el ejemplo anterior permite corroborar que la psicoeducación contribuye a una mayor recuperación en los niveles físico, psicológico y social de los pacientes (Font & Rodríguez, 2007).

Finalmente y como último punto a tratar cabe destacar que la cirugía es uno de los tratamientos más utilizados en los pacientes oncológicos, teniendo como fin salvar vidas, reducir dolores, logrando así una mejor calidad de vida (Olivares Crespo, 2004), en base a esto la psicooncóloga menciona que “toda intervención quirúrgica implica un posible riesgo, para cada uno tiene un significado propio, que dependerá de la historia individual y familiar, del momento de la vida en que uno está inmerso, siendo ese tratamiento el más común dentro de los pacientes oncológicos”.

Todo tipo de intervención quirúrgica produce en el paciente sentimientos de estrés, ansiedad y son situaciones potencialmente traumáticas que provocan desajustes emocionales en los pacientes (Miranda, 2017). A modo de ejemplo el caso de Roberto 75 años, tumor en la cabeza, muy a la vista, fue operado varias veces, por lo tanto, le falta parte física en la cara, hinchazón en cuello y cachete debido a tumores que producen secreciones, solicita psicooncólogo por gran angustia, sentimientos de vergüenza a exponerse en público, los cuales el los identifica como producto de lo físico, no queriendo retomar a su ciudad y no permitiendo ningún acompañamiento de familiar durante la internación. Como menciona Miranda (2017) se le realizó al paciente un tipo de cirugía denominada no conservadora que involucra la pérdida de una parte del cuerpo, lo que involucra una vida de limitaciones, cambios en su funcionalidad y en la parte estética del mismo.

Posteriormente, retomando con el caso de Celeste, la psicooncóloga acompañó a la paciente durante el primer proceso de cirugía al que debía ser sometida. La misma se trataba de una operación de la cabeza de larga duración, con anestesia total. Se evaluaron los beneficios, así como también las consecuencias que la misma podría provocar. Acerca de esto Miranda (2017), considera que la psicoprofilaxis quirúrgica, funciona como un abordaje preventivo, breve y con objetivos acotados.

Luego la paciente enuncia finalizando la vista de la psicooncóloga que si bien tenía sentimientos de ansiedad, porque iba a ser una operación riesgosa, hablarlo con la profesional le permitió esclarecer varias dudas e incluso comprender que era necesario para

su recuperación. Haciendo referencia a esto Miranda (2017) plantea que el terapeuta deberá contar con la información certera del proceso ya que su cumplimiento paso a paso provoca una disminución de ansiedad en el paciente.

Finalmente, la paciente sale de la cirugía y en muy poco tiempo comienza con sesiones de kinesiología ayudándole en la movilidad de su cuerpo. Durante este período se observan muchas mejoras, en cada visita que se le realizaba la propia paciente mostraba los avances que iba teniendo. Luego de esto comienza con las sesiones de rayo terapia, sigue presentando angustias, pero las mismas iban disminuyendo cuando iba avanzando con el tratamiento. La paciente recibe el alta hospitalaria para realizar su tratamiento de rayos de manera ambulatoria, la psicooncóloga invita a la paciente a formar parte de la terapia individual en consultorio de manera complementaria con los tratamientos médicos. Demostrándose así lo que sostiene Die Trill (2013) en cuanto a la eficacia de la terapia, quien sostiene que la misma dependerá en partes, a la continuidad de la misma durante el curso de la enfermedad.

6. Conclusiones

Se ha propuesto como objetivo general describir el rol del psicólogo en el área de psicooncología en una institución privada de la ciudad de Buenos Aires. A partir de allí se desprenden los objetivos específicos propuestos que se enfocaron en: 1) describir la importancia del psicólogo realizando terapia individual en pacientes oncológicos; 2) describir diferentes dispositivos de intervención grupal que utiliza un psicólogo en oncología; 3) describir cómo trabaja el psicólogo oncológico y su actividad en internación.

Con esa finalidad se ha acudido al material bibliográfico de relevancia para la materia que permitió asentar las bases de este trabajo, colaboraron en ello las observaciones, entrevistas a psicólogos y relatos surgidos de la práctica profesional, lo que dio a este trabajo la vehemencia fáctica necesaria para poder alcanzar dichos objetivos.

El cáncer que es una de las principales causas de mortalidad en todo el mundo (OMS, 2011). Es una enfermedad crónica que cultural e históricamente se relaciona con el dolor y la muerte, es por ello que resulta de gran importancia conocer el rol del psicólogo frente a esta enfermedad, que conlleva un gran impacto emocional y una creciente

incidencia en el mundo, lo que ha permitido el desarrollo de una especialidad en psicología denominada psicooncología.

Necesariamente la enfermedad oncológica depende no solo del abordaje médico, sino más bien de un abordaje integral, lo que implica un trabajo en equipo y una mirada biopsicosocial, donde la psicooncología cumple un papel muy importante.

Tal como lo menciona Cruzado (2010) la psicooncología tiene como función el trabajo en la prevención, promoción y educación para la salud. Así, los profesionales de salud dedicados a esta rama de la psicología que fueron partícipes de la observación llevada a cabo en la institución, desempeñan una labor en el plano individual, grupal e inclusive con pacientes hospitalizados.

El trabajo en consultorio se da cara a cara, paciente-psicólogo de manera individual. El mismo es útil para aquellas personas que requieren tratar de forma más íntima y directa diferentes problemas que afectan su bienestar en las distintas instancias de la enfermedad y cuya intensidad requieran de un tiempo mayor del que pueda ofrecer un tiempo compartido con otros pacientes en el marco del trabajo grupal. Siendo el mismo un momento de escucha, contención emocional y devolución por parte del psicooncólogo. Todo lo cual quedó demostrado durante la práctica profesional, los pacientes logran aclarar dudas, disminuir la ansiedad, estrés e incluso adaptarse a las consecuencias que conllevan los tratamientos médicos.

Los grupos, por su parte, son muy útiles porque permiten a los pacientes compartir vivencias, pensamientos y emociones comunes. Siempre se puede aprender de las experiencias de otras personas que han pasado o están pasando por situaciones similares, el apoyo mutuo y notar que lo que sienten es normal, esperable y compartido. Dentro de los grupos durante la práctica se distinguieron los talleres de mindfulness, relajación y visualización. Si bien cuesta que los pacientes sean recurrentes a dichos talleres, ya que se encuentran con constantes controles y tratamientos médicos, los mismos funcionan de manera abierta, por lo que muchas veces los favorece. Los talleres cuentan con el objetivo de aprender una técnica con fines terapéuticos, la cual se pudo observar que permite al paciente disminuir la ansiedad, el estrés, irritabilidad, preocupación, estar presentes en el aquí y ahora, sin juzgar o culpabilizarse por la situación que están atravesando. Se puede confirmar que los participantes finalizan cada encuentro muy conformes y positivos.

Por otro lado, la internación en los pacientes es un estresor por sí misma (Escribà Agüir & Bernabé Muñoz, 2002). Se pudo observar que la mayor parte de los pacientes que son hospitalizados fueron derivados de urgencia desde el interior del país, mostrando sentimientos de angustia debido al avance de dicha enfermedad, por los pocos recursos que cuentan las provincias del interior, por haber dejado su familia, lo que conlleva a no contar con el apoyo y contención familiar directa durante el tiempo que permanezcan internados. Con respecto esto cabe mencionar que las intervenciones que se realizan durante las visitas psicooncológicas son puntuales y se realizan en el momento, ya que los pacientes son vistos muy pocas veces e inclusive una sola vez, esta cuestión se da por múltiples motivos, reciben el alta médica, se encuentran en alguna intervención quirúrgica, en aislamiento, no desean hablar o fallecen.

Dentro de las intervenciones la psicoeducación es uno de los elementos básicos para trabajar con los pacientes con cáncer, pudiendo incluir la misma en los tres planos previamente mencionados (Bulacio, 2006), consiste en buscar esclarecer posibles conceptos médicos que el paciente no logre entender y comprender las implicancias de la información dada. Colabora en la toma de decisiones informadas teniendo en cuenta las diversas consecuencias que los tratamientos médicos conllevan.

Sea cual fuere la modalidad, es importante resaltar que todas buscan atender las dimensiones emocional, psicológica, social y espiritual durante todas las fases que esta enfermedad conlleva (Scharf, 2005). Recordando principalmente que las personas se conforman por cuerpo, mente y emoción y se debe tener en cuenta estas tres partes por igual y de manera conjunta, ya que es lo que va a permitir un mayor bienestar físico, psíquico y espiritual.

Desde una perspectiva crítica cabe resaltar que dentro de la institución no se da la suficiente importancia al rol del psicólogo por parte del equipo médico. Si bien la consideración del psicólogo como profesional perteneciente al equipo de salud ha ido evolucionando con el paso del tiempo, los obstáculos siguen siendo muchos tal como lo exponen Mucci y Benaim (2005). En este sentido una sugerencia es considerar la existencia de interconsultas tempranas, donde el médico pueda contar desde un principio con el acompañamiento del psicólogo, inclusive desde el momento en el que el paciente es informado de su diagnóstico, teniendo como finalidad esclarecer dudas, modificar ideas

erróneas sobre la enfermedad logrando una correcta adherencia al tratamiento médico y sobre todo buscando evitar futuras situaciones extremas de estrés y ansiedad. A su vez sería importante que los profesionales oncológicos y todo el personal de salud cuenten con una constante formación y participación en los talleres de reflexión, que les permita incluir a esta rama de psicología como un complemento importante, y tal como menciona Scharf (2005) fomentar y potenciar la calidad de vida de todas las personas que acompañan al paciente en este proceso.

En base a la significación personal que ha tenido este trabajo desde el principio y como cierre de la formación académica en esta carrera de grado, en primer lugar, resultó una oportunidad de reflexión respecto el lugar del terapeuta articulado con la institución. También permitió valorar a la empatía en cuanto a dimensión de la comunicación. Se destacó la psicoeducación como herramienta fundamental, para los abordajes terapéuticos. Y finalmente un enriquecimiento personal en la experiencia de haber trabajado en este equipo.

En cuanto a las limitaciones que se presentaron, en primer lugar, la población que asiste llega con un diagnóstico certero o casi de certero de cáncer, lo que en partes imposibilita el acompañamiento al paciente en los pasos previos al diagnóstico, lo que provoca en los pacientes múltiples efectos emocionales negativos. En segundo lugar, se puede resaltar que la institución es privada, por lo que no cualquier paciente tiene la posibilidad de acceder al mismo, imposibilitando una evaluación de la población que posee cáncer en general. Y finalmente cabe resaltar que al ser una enfermedad tan compleja en su gran mayoría no permite un tratamiento de psicoterapia continuo, por lo que los pacientes son vistos muy pocas veces e inclusive una sola vez en internación, dificultando esto al seguimiento de los casos mencionados.

A modo de cierre y siendo consciente de que aún queda mucho por estudiar del tema, es de resaltar lo que ha quedado demostrado aquí, no se trata de una problemática menor, al contrario, requiere de un compromiso científico importante que permita contribuir a lograr mayores avances en aras de reconocer el trabajo desarrollado por los psicólogos oncológicos. Finalmente, sería interesante considerar como futuras líneas de investigación, que se realicen investigaciones a nivel nacional respecto al rol del psicooncólogo en todos los tipos de cáncer, ya que si bien existen investigaciones, en su

gran mayoría se evocan al cáncer de mama, lo mismo puede ser debido a que es la de mayor incidencia en mujeres, pero sería importante conocer este rol en los diferentes tipos para un mayor y mejor desempeño. Para lograr esto, en primer lugar sería importante una mayor difusión en la sociedad con respecto al rol que tienen los psicooncólogos, una correcta explicación en referencia a que la psicoterapia no cura el cáncer, pero si colabora para que la persona alcance sus máximas posibilidades de curación o de control de enfermedad. Esta mayor difusión ayudaría a que la labor de los psicólogos sea más efectiva. En segundo lugar se podría lograr mediante una coordinación interdisciplinaria entre instituciones públicas y privadas, para que las mismas puedan aportar datos estadísticos de los pacientes que ingresan, su tipo de cáncer y las problemáticas psicológicas que los mismos padecen. Logrando así ampliar el campo y crear futuras líneas de investigación.

A su vez sería de gran utilidad investigar en mayor profundidad los beneficios que provocan en el paciente la terapia individual, los diferentes talleres e intervenciones cognitivas conductuales y positivas. Teniendo en cuenta que una minoría de los pacientes con cáncer y sus familias tienen tratamientos o acompañamientos psicooncológicos, la misma podría llevarse a cabo mediante el diseño de protocolos de trabajo donde una mayor cantidad de pacientes puedan tener acceso a este tipo de psicoterapias.

7. Referencias bibliográficas

- Algar, M. J. M. & García, P. B. (2016). Abordaje de la ansiedad en pacientes diagnosticados de cáncer. *Psicooncología: Investigación y Clínica Biopsicosocial en Oncología*, 13(2), 227-248 doi:10.5209/PSIC.54434
- Arranz Carrillo de Albornoz, M. P. & Bayes, R. (1990). Aspectos psicológicos del enfermo en situación terminal. En M. Barón, A. Ordoñez, J. Feliu, P. Zamora & E. Espinosa (Eds.), *Tratado de Medicina Paliativa y Tratamiento de Soporte en el Enfermo con Cáncer*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Bäumel, J., Froböse, T., Kraemer, S., Rentrop, M. & Pitschel-Walz, G. (2006). Psychoeducation: a basic psychotherapeutic intervention for patients with schizophrenia and their families. *Schizophrenia Bulletin*, 32(1), 1-9 doi:10.1093/schbul/sbl017.

- Beck, J. (2000). *Terapia cognitiva: conceptos básicos y profundización*. México: Gedisa.
- Brewin, C. R. (1996). Theoretical foundations of cognitive-behavior therapy for anxiety and depression. *Annual Review of Psychology*, 47(1), 33-57.
- Brown, K. W. & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 822-848 doi: 10.1037/0022-3514.84.4.822
- Bulacio, J. M. (2006). *Factores inespecíficos en psicoterapia, desde el modelo cognitivo constructivista realista*. Buenos Aires. Akadia
- Cruzado, J. (2010). *Tratamiento psicológico en pacientes con cáncer*. Madrid. Editorial Síntesis.
- Colom, F. (2011). Psicoeducación, el litio de las psicoterapias. Algunas consideraciones sobre su eficacia y su implementación en la práctica diaria. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 40(5), 147-165.
- 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.
- Díaz Facio Lince, V. (2010). Sexualidad, cuerpo y duelo: experiencia clínica con mujeres diagnosticadas con cáncer ginecológico o de mama. *Pensamiento Psicológico*, 7(14), 155-160.
- Die Trie, M. (2004). Jimmie Holland. *Psicooncología*, 1(1), 184-186.
- Die Trill, M. (2013). Intervención Psico-Oncológica en el Ámbito Hospitalario. Hospital Based Psycho-Oncological Intervention. *Clínica*, 4(2), 119-133. doi:10.5093/cc2013a10
- Escribà Agüir, V. & Bernabé Muñoz, Y. (2002). Exigencias laborales psicológicas percibidas por médicos especialistas hospitalarios. *Gaceta Sanitaria*, 16(6), 487-96.
- Fernández, A. P. (2004). Psicología oncológica. *Revista Profesional Española de Terapia Cognitivo-Conductual*, 2(2), 107-20.
- Fernández, C. A. & Flores, A. B. (2011). Intervención Psicológica en Personas con Cáncer. Psychological Intervention in Cancer Patients. *Clínica*, 2(2), 187-207 doi:10.5093/cc2011v2n2a6

- Font, A. & Rodríguez, E. (2007). Eficacia de las Intervenciones Psicológicas en Mujeres con Cáncer de Mama. *Revista de la Universidad Autónoma de Barcelona. Psicooncología*, 2(4), 423-446.
- García-Conde, A., Ibáñez, E. & Durá, E. (2008). Análisis del contenido de la revista Psycho-Oncology el desarrollo de la investigación en Psicooncología. *Boletín de Psicología*, 92, 81-113.
- 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, 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.
- Holland, J. & Lewis, S. (2003). *La cara humana del cáncer. Vivir con esperanza, afrontar la incertidumbre*. Barcelona: Herder.
- Instituto Nacional de Cáncer (2015). Recuperado de <http://www.msal.gov.ar/inc/>
- Kabat-Zinn, J. (2003). *Vivir con plenitud las crisis. Cómo utilizar la sabiduría del cuerpo y de la mente mindfulness y psicología clínica para afrontar el estrés, el dolor y la enfermedad*. Barcelona: Kairós.
- Mañas, I. (2009). Mindfulness (Atención Plena): La meditación en psicología clínica. *Gaceta de Psicología*, 50, 13-29.
- Miranda, C. (2017). Psicoprofilaxis quirúrgica en cirugías no conservadoras en el contexto de un tratamiento oncológico: amputaciones y enucleaciones. *Medicina Infantil*, 24(2), 139-144.
- Miró, M. T. (2006). La atención plena (mindfulness) como intervención clínica para aliviar el sufrimiento y mejorar la convivencia. *Revista de Psicoterapia*, 17(66), 31-76.
- Montiel-Castillo, V. E. & Guerra-Morales, V. M. (2016). Aproximaciones teóricas sobre psicoeducación. Análisis de su aplicación en mujeres con cáncer de mama. *Psicogente*, 19(36), 324-335. doi: 10.17081/psico.19.36.1301
- Mucci, M. & Benaim, D. (2006). Psicología y salud: calidoscopio de prácticas diversas. *Psicodebate. Psicología, Cultura y Sociedad*, 6(6), 123-138.

- Lengacher, C. A., Johnson-Mallard, V., Post-White, J., Moscoso, M. S., Jacobsen, P. B., Klein, T. W. & Goodman, M. (2009). Randomized controlled trial of mindfulness-based stress reduction (MBSR) for survivors of breast cancer. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 18(12), 1261-1272. doi:10.1002/pon.1529.
- Olivares Crespo, M. E. (2004). Aspectos psicológicos en el cáncer ginecológico. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 22, 29-48.
- Organización Mundial de la Salud (2011). Recuperado de <http://www.who.in/topics/cáncer/es/>
- Palao, Á., Rodríguez, B., Priede, A., Maeso, A. & Arranz, H. (2011). Cambios psicológicos e intervenciones basadas en mindfulness para los supervivientes de un cáncer. *Psicooncología*, 8(1), 7-20 doi: 10.5209/rev_PSIC.2011.v8.n1.1
- Rojas May, G. (2006). Estrategias de intervención psicológica en pacientes con cáncer de mama. *Revista Médica de Clínica Las Condes*, 17(4), 194-197.
- Robert, M. V., Álvarez O. & Valdivieso B. F. (2013). Psicooncología: un modelo de intervención y apoyo psicosocial. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 24(4), 677-684.
- Sanz, J., & Modolell, E. (2004). Oncología y psicología: un modelo de interacción. *Psicooncología*, 1(1), 3-12.
- Scharf, B. M. (2005). Psicooncología: abordaje emocional en oncología. *Persona y Bioética*, 9(2), 64-67.
- Seitz, D. C., Besier, T. & Goldbeck, L. (2009). Psychosocial interventions for adolescent cancer patients: a systematic review of the literature. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 18(7), 683-690 doi:10.1002/pon.1473
- Seligson I. N. & Reynoso L. E. (2006). *Psicología Clínica de la Salud. Un enfoque Conductual*. México D.F.: Manual Moderno.
- Vallejo Pareja, M. Á. (2006). Mindfulness. *Papeles del psicólogo*, 27(2), 92-99.
- Valiente, M. (2006). El uso de la visualización en el tratamiento psicológico de enfermos de cáncer. *Psicooncología*, 3(1), 19-34.

Vidal y Benito, M. C. (2006). Psicoterapia en Psicooncología: Un modelo dinámico focalizado combinable con psicofármacos. *Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 13(3), 31-56.