

## **Formulario para la elaboración de resúmenes de tesis/trabajos finales.**

**Título: *La Resiliencia Como Recurso Para Hacer Frente a la Enfermedad en una Paciente Con Cáncer de Mama. Caso Catalina***

**Autor: Lic. Patricia N. Margiolakis**

**Director: Lic. Graciela Cuello**

**Fecha: Agosto 2013**

**Tema: Resiliencia. Cáncer de mama.**

### **1. INTRODUCCIÓN**

El tema que se desarrolla trata acerca de la resiliencia como mecanismo que les permite, a las personas que padecen un cáncer, lograr no sólo enfrentar la situación vital que les toca atravesar, sino también salir fortalecidos de ese acontecimiento traumático. Como así también reflexionar acerca de la tarea del psico-oncólogo como promotor del fortalecimiento de la resiliencia en estos pacientes.

La pregunta-problema que guía el presente estudio de caso es: *¿Puede la resiliencia ser considerada un recurso para hacer frente a la enfermedad oncológica?*

El objetivo general del estudio de caso es describir la resiliencia como recurso para hacer frente a la enfermedad en una paciente con cáncer de mama.

Además, indagar acerca de la posibilidad de motivar el desarrollo de mecanismos resilientes a partir de la psicoterapia focalizada en la problemática oncológica.

El material está organizado en cinco capítulos: ***La Enfermedad Oncológica, Impacto Psicológico del Cáncer de Mama y sus Tratamientos, Resiliencia,***

## ***Resistir y Rehacerse a Partir del Diagnóstico de Cáncer y Psico-Oncología: Modelos de Intervención.***

En los Capítulos 6, 7 y 8 se presentan el Problema, los Objetivos y los Aspectos Metodológicos, respectivamente

En los Capítulos 9 y 10 se presenta el caso Catalina, la descripción del mismo y el correspondiente análisis, que se realiza a partir de la clasificación propuesta por Edith Grotberg.

A continuación en la Conclusión, se despliegan las ideas en relación al lugar de la Psico-Oncología en el trabajo con pacientes que conviven con el diagnóstico de cáncer, y la posición de quien escribe.

Por último, el capítulo final, corresponde a las Referencias Bibliográficas.

## **2. ANTECEDENTES Y PLANTEO TEÓRICO**

Considerando la información que brinda el Instituto Nacional del Cáncer (de los Institutos Nacionales de la Salud de EE.UU), *cáncer* es un término que se emplea para enfermedades en las que, células anormales, se dividen sin control y pueden invadir otros tejidos. Las células cancerosas pueden diseminarse a otras partes del cuerpo por el sistema sanguíneo y por el sistema linfático.

Cuando las células envejecen o se dañan, mueren y son reemplazadas por células nuevas. Sin embargo algunas veces este proceso ordenado se descontrola. En estos casos el material genético (ADN) de una célula puede dañarse o alterarse, lo cual produce mutaciones (cambios) que afectan su crecimiento y la división normal. Cuando esto sucede, las células no mueren cuando debieran morir y células nuevas se forman cuando el cuerpo no las necesita. Finalmente las células sobrantes forman una masa de tejido, que es lo que se conoce con el nombre de tumor. Los *tumores benignos* no son cancerosos: pueden extirparse y, en la mayoría de los casos, no vuelven a aparecer. Los *tumores malignos* son cancerosos: las células en los tumores malignos tienen anomalías y se dividen sin control y sin orden, pudiendo invadir y destruir tejido sano a su alrededor. Además

estas células pueden desprenderse de un tumor maligno y entrar al torrente sanguíneo o al sistema linfático. Al moverse por estas vías, el cáncer puede diseminarse desde el sitio primario (sitio original) para formar nuevos tumores en otros órganos. Cuando el cáncer se disemina se llama *metástasis*.

El cáncer puede tratarse con cirugía, radioterapia, quimioterapia, terapia hormonal o terapia biológica.

El cáncer de seno (mama) es aquel que se forma en los tejidos de la mama, por lo general en los conductos (tubos que llevan leche al pezón) y los lobulillos (glándulas que producen leche). Se puede presentar tanto en los hombres como en las mujeres, aunque el cáncer de mama masculino es poco frecuente.

Se pueden utilizar las siguientes pruebas o procedimientos para la detección temprana del cáncer de mama: mamografía, ecografía mamaria, biopsia y análisis de receptores estrogénicos y progestínicos.

El estadio o etapa del cáncer de seno depende del tamaño del tumor y también se encuentra supeditado a si el cáncer se ha diseminado a los ganglios linfáticos o a otras partes del cuerpo.

Las pruebas de estadificación pueden incluir: Biopsia de ganglios linfáticos, tomografía computarizada (TC), resonancia magnética (RM), centellografía ósea, tomografía por emisión de positrones (PET).

El médico necesita saber el estadio o la etapa (extensión) del cáncer de seno para elegir el mejor tratamiento.

El tratamiento principal del cáncer de mama es la cirugía, que puede o no ir acompañada por quimioterapia, radioterapia y/o hormonoterapia.

Dado que la mama es un órgano con una carga afectiva importante, el impacto psicológico que producen el diagnóstico, las tratamientos y las secuelas de un cáncer de mama, es enorme, afectando a quien lo padece a diferentes niveles. Algunos de ellos son: cambios en la imagen corporal, disminución de la autoestima, cambios en la sexualidad, disminución de la libido y dificultades de pareja, alteración en la función reproductora y materna, dificultades en el

mantenimiento de la vida social, cambios en la vida cotidiana, afectación de la calidad de vida (por efectos secundarios del tratamiento médico).

Emocionalmente padecer cáncer produce reacciones de ansiedad, tristeza y depresión, temor, ira y preocupaciones acerca de la evolución y el pronóstico de la enfermedad.

La adaptación emocional al cáncer de mama y a sus tratamientos depende de muchas variables individuales, en cada mujer, y también, de diversos factores médicos y psicológicos.

Algunos de los factores psicológicos más importantes son: la etapa evolutiva en el momento del diagnóstico, los rasgos de personalidad y la estabilidad emocional previa, el apoyo emocional y social, la presencia de estresores adicionales.

Los factores médicos a tener en cuenta son: el estadio de la enfermedad, los tratamientos administrados, el pronóstico de la enfermedad, la posibilidad de rehabilitación, la relación con el médico.

Es importante señalar que su funcionamiento emocional variará según el tratamiento que se le indique.

En el caso de la **cirugía**, priman reacciones emocionales ansiosas: temor a padecer dolor, a la anestesia, a la desfiguración, a la hospitalización.

La **radioterapia** muchas veces resulta inquietante y genera temores el uso de la aparatología, el ruido y el encierro por las radiaciones.

En cuanto a la **quimioterapia** los efectos secundarios más habituales son: náuseas, vómitos, aumento de peso, caída de cabello (alopecia), sofocaciones, cambios del humor, entre otros. Como efecto a largo plazo, la posibilidad de la pérdida de la fertilidad es otra amenaza a tener en consideración. Se suma también el stress concomitante en aquellas mujeres que desean realizar crio preservación de óvulos, ya que muchas veces esto demora el inicio del tratamiento, tiene un alto costo económico y además también resulta un procedimiento invasivo.

Entre las reacciones emocionales, consecuencia de este tratamiento, las pacientes pueden presentar: incremento de la ansiedad, ánimo deprimido, miedo, sentimiento de pena, vergüenza, dependencia y baja autoestima, entre otras.

Los efectos secundarios más relevantes de la **hormonoterapia** son: sofocaciones, el aumento de peso y fundamentalmente la menopausia precoz. Impactando sobre la autoestima, la imagen corporal, la femineidad y la maternidad (sobre todo en mujeres jóvenes sin hijos). Son esperables reacciones emocionales de enojo, ira e incomodidad, entre otras.

Respecto a la comunicación del diagnóstico, éste actúa como un impacto psicológico de gran magnitud. El saberse enfermo es considerado como un acontecimiento traumático, debido a que existen estímulos de una intensidad tal que resultan traumáticos por sí mismos y lo son para cualquier individuo.

El cáncer cumple con creces las características de intensidad y extensión en el tiempo propias de todo trauma importante y, en consecuencia, puede ser considerado como tal.

Frente al padecimiento de la enfermedad los pacientes pueden sentirse dañados, amenazados o percibir a la enfermedad como un desafío a enfrentar. Cabe aclarar que no es el hecho en sí lo estresante, sino la interpretación y la valoración que se haga del mismo. Esto explica porqué ante un mismo acontecimiento las personas pueden presentar distintas formas de abordarlo.

*Resiliencia* es una palabra que proviene del inglés y evoca la robustez corporal y la resistencia del carácter. Se utiliza en física para expresar la cualidad de ciertos materiales, específicamente la resistencia a los impactos.

Desde el punto de vista etimológico proviene del latín *salire*, cuya traducción es: saltar hacia atrás, rebotar, ser repelido, surgir. Con el prefijo *re* indica repetición, reanudación. *Resiliar* es rebotar, reanimarse, ir hacia adelante después de haber padecido un golpe o vivido una situación traumática.

Si bien no hay una definición única y consensuada del concepto de resiliencia, a continuación, se enumeran dos definiciones que proponen los autores más sobresalientes en el estudio e investigación de este constructo:

Manciaux, Vanistendael, Lecomte y Cyrulnik (2001) proponen: “es la capacidad de una persona o de un grupo para desarrollarse bien, para seguir proyectándose en el futuro a pesar de acontecimientos desestabilizadores, de condiciones de vida difíciles y de traumas a veces graves” (p. 22).

“La resiliencia es la capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, aprender de ellas, superarlas e inclusive, ser transformados por estas” (Grotberg, 2003, p.18).

Por consiguiente estos autores consultados sostienen y acuerdan que la resiliencia no es absoluta ni lograda para siempre. Por el contrario, resulta de un proceso dinámico y evolutivo. La misma puede expresarse de diversas maneras según cada cultura, teniendo en consideración que es fruto de la interacción del individuo y el entorno. Incluso, varía según las circunstancias, el tipo de trauma y el momento vital que la persona atraviesa.

Además estas definiciones convergen en que se trata de la resistencia a un trauma, a un acontecimiento o factor estresor, considerados como graves, pero en todos los casos, permitiendo una evolución posterior al mismo, de manera satisfactoria y, además, socialmente aceptable.

Por su parte Cyrulnik (2001) sostiene que no se trata de una cualidad fija, sino que cambia según el momento, las circunstancias, según el trauma y la manera en cómo la persona lo vive e interioriza. Y además, es importante destacar el concepto de reconstrucción positiva, es decir, la capacidad de salir adelante.

“Ser resiliente no significa recuperarse en el sentido estricto de la palabra, sino crecer hacia algo nuevo. Volver a un estado inicial es imposible, más bien hay que saltar adelante, abrir puertas, sin negar el pasado doloroso, pero superándolo” (Vanistendael y Lecomte, 2002, p.53).

Resumiendo, hay tres componentes esenciales que están presentes en el concepto de resiliencia: la noción de adversidad, trauma, riesgo o amenaza al ser humano; la adaptación positiva o superación de la adversidad y el proceso que considera la dinámica entre mecanismos emocionales, cognitivos y socioculturales que influyen sobre el desarrollo humano.

Respecto a los diferentes enfoques teóricos de la resiliencia, Suarez Ojeda (2004) explica lo siguiente:

*El concepto de **resiliencia** nació y comenzó a desarrollarse en el hemisferio norte (Michael Rutter en Inglaterra y Emmy Werner en Estados Unidos), luego se extendió a toda Europa - especialmente Francia; los Países Bajos, Alemania y España -, y más tarde llegó a América Latina, donde se han establecido importantes grupos de investigación y numerosos proyectos específicos. Intelectualmente, podríamos hablar de tres corrientes: la norteamericana, esencialmente conductista, pragmática y centrada en lo individual; la europea, con mayores enfoques psicoanalíticos y una perspectiva ética; y la latinoamericana, de raigambre comunitaria, enfocada en lo social cómo lógica respuesta a los problemas del contexto. (p. 19).*

¿Por qué ante un mismo acontecimiento, como puede ser el caso particular de recibir el diagnóstico de cáncer, las personas pueden reaccionar de distinta manera? Una respuesta posible, que atraviesa todo este escrito, es la activación de conductas resilientes.

A modo de resumen se puntualizan las características que presentan las personas resilientes: Afrontamiento efectivo, resistencia a la destrucción de la integridad personal, conductas vitales positivas, capacidad de reflexionar sobre la propia conducta y de realizar una valoración honesta de la misma, capacidad de pensamiento crítico, control de sus emociones e impulsos, adecuada apreciación de los límites, tendencia a la independencia bien diferenciada del aislamiento, capacidad de relacionarse de modo estable, apoyo familiar, amistades significativas y *tutores de resiliencia*, humor, optimismo realista, creatividad, solidaridad, habilidades cognitivas, posibilidad de utilizar estrategias variadas y cambio de metas (progresivamente más complejas), introspección, susceptibilidad baja, curiosidad, autonomía, autoestima, autoconcepto, empatía, iniciativa, hallar sentido, valores morales, fe y esperanza y apoyo institucional.

El diagnóstico provoca un gran impacto emocional, razón por la cual los pacientes lo sitúan muchas veces como un punto de inflexión, como si se tratara de una nueva forma de vida, *“hubo un antes y un después del diagnóstico”*, suelen decir. A partir de lo cual se instala una profunda crisis vital, un replanteo de valores, creencias e incluso de la espiritualidad.

Las emociones que acompañan dicho proceso pueden ir desde la tristeza, la desilusión, la culpa y la desesperanza, hasta la presencia de sintomatología como la ansiedad y la depresión, instalándose incluso trastornos psiquiátricos que requieren tratamientos específicos.

Por esta razón es de suma importancia poder fomentar en aquellas personas que recibieron el diagnóstico, el desarrollo de conductas resilientes. Ya que si bien la resiliencia no los hace inmune al sufrimiento, sí les permite otra manera de afrontarlo. Se trata de hacer hincapié en las fortalezas y no sólo en los conflictos. En 1992, el interés por los aspectos psicológicos y comportamentales del paciente con cáncer llevaron a la definición de una nueva sub-especialidad de la Oncología, la ***Psico-Oncología***.

Holland (1992) describe las dos grandes dimensiones psicológicas concernientes al paciente con cáncer, en las que debe incidir la Psico-Oncología: La primera se ocupa de atender la respuesta emocional de los pacientes, sus familias y todas las personas encargadas del cuidado a lo largo de todo el proceso de la enfermedad. La segunda trabaja en detectar e intervenir en aquellos factores psicológicos, de comportamiento y aspectos sociales, que pueden influir en la morbilidad y mortalidad de los pacientes con cáncer. Esta sub-especialidad incluye profesionales de diferentes disciplinas dentro de la medicina (incluyendo la Psiquiatría), de la Psicología, del Servicio Social y de Enfermería, entre otros.

Dentro de los abordajes con resultados positivos se pueden diferenciar los siguientes:

1. **Intervenciones Psicoeducativas**: según lo desarrollado por Holland (1998) las intervenciones psicoeducativas han tomado diversas formas, para una



variedad de diagnósticos de cáncer y estadios de la enfermedad; entre ellas se puede describir: *Educación, Afrontamiento y Apoyo emocional*:

**2. Psicoterapia:** es un método largamente establecido para disminuir el stress y la desorganización que acompaña un diagnóstico de cáncer. El apoyo, la compasión y la empatía de un terapeuta forman la piedra angular de una psicoterapia exitosa.

Utilizando un enfoque de psicoterapia breve, el foco es mantenido en el ajuste a la enfermedad y en preocupaciones actuales. El foco está puesto en cómo aprender a vivir con el cáncer.

**3. Psicoterapia Grupal:** permite abordar los temas más importantes que enfrentan los pacientes oncológicos de una manera que permite a todos los miembros del grupo brindar apoyo emocional por personas que están transitando experiencias similares y utilizar estas mismas experiencias para amortizar los miedos al futuro y a lo desconocido.

Las repercusiones físicas, psicológicas y sociales que se derivan del diagnóstico y el tratamiento del cáncer de mama obligan a abordar la enfermedad desde una perspectiva interdisciplinaria; abarcando no sólo el momento del diagnóstico o los tratamientos, sino también el período después de los mismos, cuando la mujer tiene que enfrentarse de nuevo a su vida cotidiana.

Se pueden diferenciar tres grandes grupos de problemas relacionados con el ajuste psicosocial de la mujer diagnosticada y operada de cáncer de mama:

- 1) El malestar emocional que se traduce fundamentalmente en problemas de ansiedad y depresión.
- 2) Es frecuente la aparición de dificultades de ajuste social, principalmente en las relaciones interpersonales, familiares, de pareja y sexuales, que dificultan la adaptación de la mujer a esta nueva situación.
- 3) Síntomas físicos, ya sea transitorios o permanentes, como consecuencia de los diferentes tratamientos médicos (náuseas, vómitos, cansancio, disminución de la libido, aumento de peso, sofocones, linfedema, entre otros) que provocan

una peor adaptación a la enfermedad, dificultades en sus relaciones interpersonales, pérdida de la autoestima y aislamiento social.

Aunque a lo largo de los años muchas pacientes pueden adaptarse y recuperar su calidad de vida, el objetivo de las diferentes intervenciones psicológicas es facilitar este proceso, disminuir el sufrimiento y conseguir la máxima recuperación lo antes posible.

### **3. MATERIALES Y MÉTODOS**

Se trata de un estudio de caso único con alcance descriptivo. Enfoque metodológico cualitativo. Diseño no experimental.

En relación a la metodología utilizada se ha revisado bibliografía sobre las distintas temáticas. Concretamente, se investigaron publicaciones en revistas digitalizadas, páginas web, libros y material ofrecido y redactado por los docentes de la Carrera, como así también se utiliza lo elaborado en la Monografía y el Estudio de Caso presentados en el Nivel I y II de la Especialidad, respectivamente. También se incluyen extractos de las entrevistas mantenidas con la paciente, su esposo y su médico oncólogo.

Unidades de análisis: Catalina, de 46 años, casada, sin hijos. Ha recibido el diagnóstico de un carcinoma de mama. La paciente se atiende en el Instituto Oncológico Henry Moore desde el mes de diciembre del 2009, luego de haber realizado su cirugía en otra institución. Es derivada al Equipo de Salud Mental por su médico oncólogo.

VARIABLES: La conducta resiliente como estrategia ante el diagnóstico en una paciente con cáncer de mama

CRITERIO DE SELECCIÓN DE CASOS: El caso es seleccionado debido a que es representativo del tema eje del trabajo, para establecer las características de una persona que presenta conducta resiliente

Técnicas e instrumentos: La técnica utilizada para la recolección de datos es el análisis de contenido de fragmentos de entrevistas libres y semidirigidas con la paciente, como así también con su pareja y su médico tratante.

#### **4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

El análisis del caso Catalina se desarrolla siguiendo la clasificación propuesta por Grotberg, quien sostiene que los factores resilientes pueden promoverse.

Ante todo es importante destacar que en el transcurso del tratamiento Catalina ha podido ubicar los recursos con los que cuenta, cuáles son aquellos que debe recuperar y cuáles puede generar a futuro.

##### **Yo tengo (apoyo externo):**

**Una o más personas dentro de mi grupo familiar en las que puedo confiar y que me aman sin condicionamientos:** desde el inicio puede situar que ella es una persona afortunada. Si bien se encuentra atravesando esta situación, a partir de la misma, puede reconocer que su pareja y su familia la contienen. Relata que su familia le permite sostenerse en un lugar de autonomía y confianza y que inicialmente temía que sintieran lástima por ella, pero que esto no fue así.

**Una o más personas fuera de mi entorno familiar en las que puedo confiar plenamente:** Catalina manifiesta confianza en el equipo médico y de enfermería, pero no le sucede lo mismo con su entorno social por sentirse avergonzada por el cambio en su imagen corporal, a partir de la alopecia. Por esto es que desestima la ayuda que pueden ofrecerle. Siente que no tiene la suficiente fortaleza para enfrentarlos. De hecho, durante el tiempo inicial de la quimioterapia, se recluye en su casa. Uno de los objetivos iniciales de la terapia fue trabajar sobre la aceptación de la nueva imagen corporal.

**Límites en mi comportamiento:** en su espacio de psicoterapia se normaliza la ansiedad con la que reacciona ante el diagnóstico como un estado esperable y ajustado a la situación vital que atraviesa.

**Acceso a la salud:** este es un punto crucial, sobre todo ante una enfermedad crónica que requiere seguimiento constante. Para Catalina es un alivio contar con su obra social que le brinda la cobertura que necesita.

Reconoce que cuenta con: **personas que la alientan a ser independiente, buenos modelos a imitar, una familia y un entorno social estables.**

**Yo soy (fuerza interior):**

**Una persona que agrada a la mayoría de la gente, tranquila y bien predispuesta. Una persona que se respeta a sí misma y a los demás. Alguien que siente empatía por los demás y se preocupa por ellos.**

Si bien ella se reconoce como alguien sociable, de buen humor y simpática, se trabajó en relación a aceptar que no siempre puede mantener este recurso inalterado.

**Seguro de mí mismo, optimista, confiado y con muchas esperanzas.**

**Responsable de mis propias acciones y aceptando sus consecuencias:**

A lo largo de todo el proceso va recuperando la confianza en sí misma. Mantiene, más allá de las oscilaciones esperables, su actitud positiva y esperanzadora.

**Alguien que logra aquello que se propone y que planea para el futuro:**

Al inicio Catalina estuvo muy desorientada y sus planteos giraban en torno a: “¿Para qué la enfermedad se había presentado?” Fue uno de los objetivos centrales de su psicoterapia situar la respuesta a este interrogante.

**Yo puedo (capacidades interpersonales y de resolución de conflictos):**

**Generar nuevas ideas o nuevos caminos para hacer las cosas. Realizar una tarea hasta finalizarla:** Catalina logra comenzar, pero fundamentalmente sostener, nuevas tareas que le permiten enfocar su atención en otras actividades y descentrarla de su proceso de enfermedad.

**Encontrar el humor en la vida y utilizarlo para reducir tensiones:** el humor, considerado uno de los pilares de la resiliencia, es un recurso utilizado tanto por la paciente como por la terapeuta.

**Expresar mis pensamientos y sentimientos en mi comunicación con los demás. Resolver conflictos en diferentes ámbitos:** académico, laboral, personal y social. Como se expuso anteriormente en este escrito, Catalina consigue establecer una mejor comunicación con su familia, amigos y su médico tratante. También logra poder manifestar sus pensamientos y emociones de una manera más directa, y aprende a pedir ayuda cuando la necesita, de manera puntual y sin metáforas o eufemismos, evitando así malos entendidos.

**Controlar mi comportamiento, mis sentimientos, mis impulsos, el demostrar lo que siento, y pedir ayuda cuando lo necesito:** a lo largo del tratamiento, y actualmente, continúa trabajando para conseguirlo, como así también, para mantener los cambios establecidos.

## **5. CONCLUSIONES / RECOMENDACIONES**

La enfermedad oncológica es un complejo proceso de reestructuración vital. Continúa siendo una enfermedad con una gran carga ominosa a nivel social y su aparición activa muchos temores: a la dependencia, al cambio de la imagen corporal, a la pérdida de roles, a la muerte; por citar algunos. En líneas generales es muy difícil poder situar este acontecimiento con otro tipo de connotación, más que la negativa.

Es importante aclarar que este escrito se focaliza en el proceso de *resiliencia* y no hace referencia a otras estrategias o mecanismos de defensas que se activan ante esta situación, lo cual es una limitación propia de este trabajo. Incluso sus conclusiones sólo son válidas para el caso Catalina en particular, por lo cual no son extensivas a otros casos.

La resiliencia se convierte en el pilar fundamental que le permite al paciente oncológico adaptarse constructivamente a esta nueva realidad.

Si bien el paciente resiliente ha aceptado su enfermedad, esto no es sinónimo de resignación. Por el contrario, esta circunstancia posibilita que se fortalezca a partir del acontecimiento traumático. La activación de los recursos resilientes permite otorgar un sentido distinto a la enfermedad, aprender de la adversidad.

En definitiva se trata de una posición activa frente al proceso de enfermedad, propiciando a una mejor calidad de vida, a disminuir la sintomatología emocional, a conseguir una mayor adherencia a los tratamientos y a los controles.

En relación a este punto el caso Catalina es un caso ejemplificador de la activación de recursos resilientes, tales como: el uso del humor, la toma de iniciativa para desarrollar otras actividades que le permiten descentrar su atención del proceso salud-enfermedad, como también la actitud proactiva y asertiva. Es más, la paciente tiene la posibilidad de tomar la enfermedad como una oportunidad para realizar un cambio en su vida, fortalecerse ante la adversidad y contemplar este acontecimiento como una chance para construir algo distinto.

Es tarea del psicooncólogo acompañar este proceso de búsqueda de un sentido que facilite la aceptación del diagnóstico de cáncer.

El objetivo principal de la psicoterapia focalizada para enfermos de cáncer es producir en el paciente un cambio favorable para afrontar su enfermedad y el tratamiento de la misma. Además, mejorar la calidad de vida, a partir de la atenuación del sufrimiento que la enfermedad produce, tanto en el paciente como en el entorno familiar y favorecer el desarrollo de habilidades y conductas positivas y ajustadas a la situación de enfermedad.

Una de las tareas principales de la psicoterapia, al momento del diagnóstico de cáncer, es la de elaborar la transición del estar sano al estar enfermo, el potenciar el cuidado de la salud, el facilitar desplegar ideas y creencias en relación a la enfermedad y esclarecer qué información maneja el paciente y qué momento vital atraviesa, además y por supuesto, el elaborar la enfermedad como acontecimiento traumático.

Se promueve a que el paciente valore la enfermedad no como un daño, una pérdida o una amenaza, sino como un desafío, promoviendo a que pueda desarrollar conductas ajustadas y adaptativas. En definitiva, que logre una síntesis superadora, donde la crisis vital que la enfermedad representa, funcione como disparador de su crecimiento personal.

Es tarea del psicooncólogo ofrecerse para explorar junto al paciente y activar la utilización de recursos que en otro momento, y ante situaciones adversas, le resultaron eficaces. Por la cual se trata de una entrega solidaria y empática contemplando que, aquel que está delante, es un ser que sufre.

Para concluir, es oportuno expresar que lograr este nivel de empatía, esta posibilidad de reconocerse en el otro en el punto del sufrimiento, es la base de una psicoterapia exitosa. Ofrecerse como *tutor de resiliencia*, sin amedrentarse, y acompañar a quien sufre en la búsqueda de un sentido a lo que le sucede, constituye nuestro desafío.

## **6. BIBLIOGRAFÍA**

Airaldi, M. C. (2010). Sexualidad y relaciones de pareja en mujeres

mastectomizadas de una muestra paraguaya. *Eureka*, 7(1), 143-162.

Baider, L. (2003). Cáncer y familia: aspectos teóricos y terapéuticos. *Revista*

*internacional de psicología clínica y de la Salud*, 3(1), 505-520.

Bellver, A. (2007). Eficacia de la terapia grupal en la calidad de vida y el estado

emocional en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología*, 4(1), 133-

142.

Bellver, A., Sánchez-Cánovas, J., Santaballa, A., Muñárriz, B., Pérez-Fidalgo, J. A.

y Montalar, J. (2009). Mujeres con cáncer de mama: evaluación del afecto

positivo y negativo y valoración de un programa de intervención psicológica

en el ámbito hospitalario. *Psicooncología*, 6(1), 139-154.

Broche Pérez, Y. y Medina, W. (2011). Resiliencia y afrontamiento: una visión desde la psicooncología. *Psicología.com* 15(17), 1-14.

Cabanyes Truffino, J. (2010). Resiliencia: una aproximación al concepto. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 3(4), 145-151.

Cano, A. (2005). Control emocional, estilo represivo de afrontamiento y cáncer: Ansiedad y cáncer. *Psicooncología*, 2(1), 71-80.

Costa, G. y Gil, F. (2008). Respuesta cognitiva y crecimiento postraumático durante el primer año de diagnóstico del cáncer. *Psicooncología*, 5(1), 27-37.

Crespo Fernández, L. y Rivera Garcia, M. (2012). El poder de la resiliencia generado por el cáncer de mama en mujeres en Puerto Rico. *Revista puertorriqueña de psicología*, 23, 109-126.

Cyrulnik, B. (2001). *Los patitos feos*. Buenos Aires: Gedisa

Cyrulnik, B. (2008). *Autobiografía de un espantapájaros* Buenos Aires: Gedisa

Die Trill, M. (2003). *Psico-Oncología*. Madrid: Ades



Font, A. y Rodriguez, E. (2007).Eficacia de las intervenciones psicológicas en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología*, 4(2-3), 423-446.

Font, A. y Cardoso, A. (2009).Afrontamiento en cáncer de mama: pensamientos, conductas y reacciones emocionales. *Psicooncología*, 6(1), 27-42.

Garcia-Camba de la Muela, E. (1999). *Manual de psicooncología*. Madrid: Grupo Aula Medica

García-Monge, J.A. (2010).La esperanza en la experiencia de sufrimiento humano: el psicólogo humanista y su ayuda en la integración del dolor. *Clínica contemporánea*, 1(1), 19-29.

Gil, F. y Novellas, A. (2004).Modelo de atención psico-socila en oncología: standards. *Psicooncología*, 1(1), 179-184.

Grotberg, E. (Comp.). (2003). *La resiliencia en el mundo de hoy. Cómo superar las adversidades*. Buenos Aires: Gedisa

Hernández, M., Cruzado, J. y Arana, Z. (2007).Problemas psicológicos en pacientes con cáncer: dificultades de detección y derivación al psicooncólogo. *Psicooncología*, 4(1), 179-191.

Holland, J. C. (1998). *Psycho-oncology*. New York: Oxford University Press.

Inbar, J. (2011). Resiliencia, prevención y afrontamiento de la depresión y crecimiento posterior desde una perspectiva psicoterapéutica integrativa. *Psicología.com* 15(27), 1-28.

Juárez García, D. M. y Landero Hernández, R. (2009). Variables psicosociales y salud en mujeres con cáncer de mama. *Summa psicológica UST*, 6(2), 79-88.

Lumbreras, S. y Blasco, T. (2008). Características de la sexualidad en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología*, 5(1), 155-170.

Manciuax, M. (Comp.). (2001) *La resiliencia: resistir y rehacerse*. Buenos Aires: Gedisa

Margiolakis, P. (2011). *La resiliencia como estrategia para enfrentar el diagnóstico de cáncer*. (Monografía). Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales. Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Margiolakis, P. (2012). *La resiliencia como estrategia para enfrentar el diagnóstico de cáncer en una paciente con cáncer de mama*. *El caso*

*Catalina*. (Estudio de caso). Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales. Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Marrero Quevedo, R. J. y Carballeira Abella, M. (2002). Terapia de solución de problemas en enfermos de cáncer. *International Journal of psychology and psychological therapy*, 2(1), 23-39.

Melillo, A., Suárez Ojeda E. y Rodríguez, D. (Comp.). (2008). *Resiliencia y subjetividad*. Buenos Aires: Paidós

National Cancer Institute *¿Qué es el cáncer?* Recuperado de <http://www.cancer.gov/espanol/cancer/que-es>

Ochoa, C., Sumalla, E.C., Maté, J., Castejón, V., Rodríguez, A., Blanco, I. y Gil, F. (2010). Psicoterapia positiva grupal en cáncer. Hacia una atención psicosocial integral del superviviente de cáncer. *Psicooncología*, 7(1), 7-34.

Olivares, M. (2007). Cirugía mamaria: Aspectos psicológicos. *Psicooncología*, 4(2-3), 447-464.

Olivares, M. E., Martín, M.D., Román, J.M., y Moreno, A. (2010). Valoración biopsicosocial en pacientes con patología mamaria oncológica quirúrgica. *Psicooncología*, 7(1), 81-97.

Paez, M., Luciano, C. y Gutiérrez, O. (2007). Tratamiento psicológico para el afrontamiento del cáncer de mama. Estudio comparativo entre estrategias de aceptación y de control cognitivo. *Psicooncología*, 4(1), 75-95.

Quicemo, J. M., Vinaccia, S. y Remor, E. (2011). Programa de potenciación de la resiliencia para pacientes con artritis reumatoide. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 16(1), 27-47.

Quicemo, J. M. y Vinaccia, S. (2011). Resiliencia: una perspectiva desde la enfermedad crónica en población adulta. *Pensamiento psicológico*, 9(17), 69-82.

Sanz, J. y Modolell, E. (2004). Oncología y psicología: un modelo de interacción. *Psicooncología*, 1(1), 3-12.

Vázquez, C. y Castilla, C. (2007). Emociones positivas y crecimiento postraumático en el cáncer de mama. *Psicooncología*, 4(2-3), 385-404.

Vera Poseck, B., Carbelo Baquero, B. y Vecina Jiménez M. (2006). La experiencia traumática desde la psicología positiva: Resiliencia y crecimiento postraumático. *Papeles del Psicólogo*, 27(1), 40-49.

Vidal y Benito, M. (2008). *Psiquiatría y Psicología del Paciente con Cáncer*.

Buenos Aires: Polemos.

Yélamos, C., Montesinos, F., Eguino, A., Fernández, B., González, A. y García de Paredes, M. (2007). "Mucho x vivir" Atención psicosocial para mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología*, 4(2-3), 417-422.