

UNIVERSIDAD DE ALMERÍA



FACULTAD DE PSICOLOGÍA



Trabajo Fin de Grado

Convocatoria Junio 2020

Intervención Psicológica en las Distintas Fases del Proceso Oncológico
Psychological Intervention in the Different Phases of the Oncological Process

Autora: Ana Belén Garrido Garrido

Tutora: Francisca López Ríos

1. RESUMEN

El término cáncer engloba a un grupo numeroso de enfermedades que se caracterizan por el desarrollo de células anormales, que se dividen, crecen y distribuyen sin control por el organismo. No todos los tumores son malignos (cancerosos), algunos crecen a un ritmo lento y no se extienden a otros tejidos, se les denomina tumores benignos. En los últimos 20 años, el número de tumores diagnosticados ha aumentado en España, debido no solo al incremento poblacional, sino también a las técnicas de detección precoz y a la mayor esperanza de vida (Puente y Velasco, 2019).

Este trabajo tiene el objetivo de mostrar las distintas necesidades psicológicas que tienen los pacientes en las distintas fases del proceso oncológico, es por ello que han de ser diferentes las intervenciones psicológicas que los psicooncólogos aplican en cada fase, adaptándose a la historia personal del paciente y de sus familiares. El momento del diagnóstico de la enfermedad puede causar un gran impacto emocional, hace que el paciente se replantee sus objetivos, relaciones sociales, pérdidas, el significado de la muerte, etc. Siendo así, se debe intervenir para que haya una buena comunicación entre el paciente y su red de apoyo social, además de potenciar estrategias de afrontamiento adecuadas. Durante las fases de tratamiento y recidiva, el paciente experimentará los efectos de los tratamientos oncológicos, es crucial la intervención para que no se aisle y no viva en un estado ansioso constante. La fase de supervivencia representa un nuevo proceso de adaptación, tanto para el paciente y sus familiares, ayudando en la reincorporación a la vida diaria. Por último, en la fase terminal se acompaña al enfermo en el proceso de morir.

La finalidad final es garantizar al paciente una mejor calidad de vida, atender sus necesidades psicológicas, y acompañarlo en su malestar psicológico.

Palabras clave: cáncer, fases oncológicas, intervención psicológica, impacto, tratamiento.

ABSTRACT

The term cancer encompasses a large group of diseases characterized by the development of abnormal cells, which divide, grow and distribute uncontrollably around the body. Not all tumors are malignant (cancerous), some grow at a slow rate and do not spread to other tissues, they are called benign tumors. In the last 20 years, the number of diagnosed tumors has increased in Spain, due not only to the population increase, but also to early detection techniques and increased life expectancy (Puente and Velasco, 2019).

This work aims to show the different psychological needs that patients have in the different stage of the oncological process, which is why the psychological interventions that psycho-oncologists apply in each phase must be different, adapting to the patient's personal history and from their families. The moment of the diagnosis of the disease can cause a great emotional impact, it makes the patient rethink his goals, social relationships, losses, the death's meaning, etc. As such, it's necessary to intervene so that there is good communication between the patient and their social support network, in addition to promoting suitable confrontation strategies. During the treatment and relapse, the patient will feel the cancer's effects treatments, intervention is crucial so that he does not isolate himself and does not live in a constant anxious state. The survival phase represents a new adjustment process, both for the patient and their relatives, helping them to rejoin daily life. Finally, in the terminal stage, the patient is accompanied in the process of dying.

The final purpose is to guarantee the patient a better quality of life, attend to their psychological needs, and accompany them in their psychological distress.

Keywords: cancer, cancer's phases, psicological intervention, impact, treatment.

ÍNDICE

1. RESUMEN.....	1
ABSTRACT.....	2
2. INTRODUCCIÓN.....	4
3. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	6
3.1. Proceso psicooncológico del paciente con cáncer.....	6
3.1.1. Proceso fisiológico y factores de riesgo.....	6
3.1.2. Impacto de la enfermedad.....	7
3.1.3. Afrontamiento psicológico.....	9
3.1.4. Duelo psicooncológico.....	10
3.2. Tratamientos principales para el cáncer.....	11
3.2.1. Cirugía oncológica.....	11
3.2.2. Quimioterapia.....	12
3.2.3. Radioterapia.....	12
3.3. Intervenciones y terapias psicológicas más frecuentes.....	13
3.3.1. Terapia Psicológica Adyuvante.....	14
3.3.2. El <i>Counselling</i>	14
3.3.3. Terapia de Aceptación y Compromiso.....	15
3.3.4. Psicoterapia de grupo.....	16
4. REACCIONES PSICOLÓGICAS Y ACTUACIONES EN LAS FASES DE LA ENFERMEDAD.....	17
4.1. Fase de diagnóstico.....	17
4.2. Fase de tratamiento.....	19
4.3. Fase de remisión.....	20
4.4. Fase de recidiva.....	22
4.5. Fase de supervivencia.....	24
4.6. Fase terminal.....	26
5. CONCLUSIONES.....	27
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	29

2. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo es un intento de hacer hincapié, en la importancia que tiene la intervención psicológica en las distintas fases de la enfermedad oncológica. Si le preguntamos a cualquier persona por el significado de la palabra cáncer, seguramente la describirá como: desesperanza, dolor, incertidumbre, pérdida, muerte, etc. Siendo el cáncer una enfermedad tan estigmatizada, el paciente que lo padece y sus familiares se enfrentarán a múltiples barreras psicológicas, que varían dependiendo de la fase de la enfermedad en la que el paciente se encuentre (entre otras variables), y que iremos describiendo a lo largo de este trabajo.

El cáncer no es una enfermedad específica. La palabra cáncer engloba un conjunto de enfermedades que pueden desarrollarse en el organismo, afectando a cualquiera de sus órganos y sistemas. Todos los cánceres comienzan con el desarrollo de células neoplásicas que se multiplican sin ser controladas por los mecanismos reguladores de la reproducción y crecimiento celular. Mientras que las células sanas se desarrollan para reemplazar tejido dañado, las células cancerígenas ignoran el control de la proliferación celular. Este crecimiento celular tan desordenado, se cree que se produce por la secreción de factores de crecimiento, llevada a cabo por las células tumorales.

Cabe destacar que las células cancerígenas tienen una propiedad, la clonalidad, la cual consiste en que de una única célula proliferan clones de células malignas. Dicha transformación la llevan a cabo unos genes que han sufrido mutaciones, los oncogenes. Se considera que el desarrollo del cáncer se produce por un desequilibrio entre los factores de división celular, y los que impiden que esa división se produzca. Estas células pueden emigrar desde el sitio en el que son producidas, hacia nuevos tejidos, y formar masas en lugares distantes, las metástasis. (Gil, López y Martínez, 2004).

Según el Instituto Nacional de Estadística (2019), el cáncer fue la 2ª causa de muerte en el año 2018, tras la enfermedad del sistema circulatorio (un 26,4% sobre el total de defunciones) que corresponden a 112.714 fallecimientos por causa de una enfermedad oncológica, un 2,2% más que en el año 2017. Los cánceres más frecuentes que causan la muerte son: de bronquios y pulmón, colón, páncreas, mama, y próstata.

Dados los datos indicados, el cáncer es una de las enfermedades más destacadas en la actualidad, tanto por su alta incidencia, como por las consecuencias que tiene. Ser diagnosticado de cáncer es una de las situaciones más estresantes y temida por nuestra

sociedad actual. En la enfermedad oncológica se dan una serie de circunstancias que producen un fuerte malestar psicológico como pueden ser: su cronicidad, la incertidumbre ante la evolución, la alteración de la rutina diaria, problemas de adaptación, dificultades familiares y sociales, etc (Alonso y Bastos, 2011). Por tanto, nos encontramos ante una persona con una calidad de vida disminuida, que se enfrenta a múltiples temores. Alonso, C. (2003) hizo referencia a que la forma en que la persona se enfrenta a la enfermedad dependerá de la conciencia que tenga de la misma, de su historia personal, y sobre todo, de los recursos de afrontamiento que tenga disponibles para tal situación (en Alonso y Bastos, 2011). Por tanto, es importante no olvidar que estamos frente a personas sometidas al miedo, y pueden mostrarse irascibles ante la percepción de la pérdida de la salud, y de control en sus vidas (Álvarez, Robert y Valdivieso, 2013). Por otro lado, no debemos olvidar, que el impacto de la enfermedad no sólo afecta al paciente, sino también a su familia, por la incertidumbre y procesos que conlleva el diagnóstico y el tratamiento. El cáncer puede tener una gran afectación en las relaciones sociales, pudiendo debilitar la red de apoyo social, los pacientes cuando reciben el diagnóstico pueden sentirse incomprendidos, sentir que nadie entiende sus pérdidas (físicas, emocionales, sociales, laborales, etc.) y aislarse.

Dadas las necesidades psicológicas de los pacientes con cáncer y sus familiares, surge la Psicooncología, definida según Alonso y Sebastián (2003) como *'Disciplina que estudia la relación entre los procesos psicológicos y la patología neoplásica, así como la utilidad de las intervenciones psicológicas para tratar la problemática asociada al diagnóstico y al tratamiento de esta enfermedad'* (Citado en Alonso y Bastos, 2011, p. 188). El objetivo final del psicooncólogo/a ha de ser la mejora del bienestar físico y emocional del paciente, su familia, y su entorno. Su foco de interés va a ir dirigido a estudiar las distintas estrategias de afrontamiento y acciones terapéuticas más útiles para mejorar la calidad de vida de las personas con cáncer, en cualquiera de los estadios en los que se encuentren (Alonso y Bastos, 2011).

3. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

3.1. Proceso psicooncológico del paciente con cáncer

3.1.1. Proceso fisiológico y factores de riesgo

Las células cancerígenas presentan alteraciones histológicas (tejidos desestructurados) lo que se conoce como anaplasia. Esto da lugar a una diferenciación celular anormal y no coordinada, que hace que las células tumorales sean distintas a las células normales. Además, pierden la arquitectura normal del tejido al que pertenecen. Se conoce con el nombre de displasia, a un estadio anterior a la anaplasia en el que las células pierden algunas de las características morfológicas, sin llegar a ser neoplásicas. Este fenómeno puede permitir detectar el cáncer precozmente. Además de estas características, cabe decir que las células cancerígenas tienen un alto grado de autonomía, lo que significa que el crecimiento de estas células no está correctamente regulado. La transformación de una célula normal a una célula maligna se produce por una acumulación de mutaciones en unos genes específicos, los oncogenes. Pero, sabemos que la aparición del cáncer, también depende de los genes supresores de tumores, los antioncogenes, que impiden que los oncogenes dañen a las células sanas. Así para que un tumor se desarrolle, deberían de ocurrir varias mutaciones en los genes que controlan el crecimiento de las células originarias, y pueden ocurrir muchos años entre estas mutaciones y la detección de un cáncer (Gil, López-Martínez, 2004).

Los cánceres pueden agruparse de forma sintética según el tejido que los originó: Los carcinomas (cánceres que se originan a partir de las células epiteliales, incluyendo variedades como el cáncer de pulmón o el de mama), los sarcomas (se forman a partir del tejido conectivo, del que derivan los músculos), leucemias (originadas en la médula ósea, pueden producir anemias y distintas infecciones), y los linfomas (desarrollados a partir del tejido linfático) (OMS, 2019).

El cáncer es una enfermedad multicausal, algunos de los factores que pueden determinar su aparición son: factores genéticos, factores hormonales, factores infecciosos, exposición a agentes ambientales y factores dependientes de la conducta individual (Gil, López-Martínez, 2004). El tabaquismo representa el principal carcinógeno ambiental, siendo la principal causa del cáncer de pulmón. El consumo excesivo de alcohol se asocia a un riesgo elevado de padecer distintos tipos de cáncer, como pueden ser orales, de laringe, etc. Otros muchos agentes externos, de tipo químicos, las radiaciones e infecciones bacterianas se han asociado con el riesgo a padecer cáncer. Además, hay múltiples evidencias de que la

conducta alimentaria y el estilo de vida están relacionados con el riesgo de padecer cáncer, principalmente si la persona tiene obesidad y es inactiva físicamente (OMS, 2019).

3.1.2. Impacto de la enfermedad

El cáncer es una enfermedad que puede producir una desestabilización en las estructuras familiares y sociales. Es un proceso en el que pueden darse pérdidas, a nivel personal, familiar, laboral, estudiantil, alteraciones en la autoimagen, disminución de la autonomía, etc. Todos estos cambios por los que pasa el paciente, harán que sea necesaria una atención especializada, que ayude al paciente y a sus familiares a adaptarse. Todos estos cambios influyen en la percepción que tienen los pacientes sobre la enfermedad, el concepto de la vida, y sobre la muerte, lo que llevará a un cambio inevitable en su calidad de vida (Malca, 2005).

No es raro que la persona con cáncer esté más lábil emocionalmente, lo que se traduce en ansiedad, indefensión y desesperanza. Otras veces, el paciente puede experimentar emociones como la ira o la rabia, además de la sensación de encontrarse solo/a en el proceso (Álvarez et al., 2013).

Perder la vida es el pensamiento más inmediato que viene a la conciencia del enfermo en cuanto el médico le informa del diagnóstico. El paciente con cáncer sufre una serie de experiencias cambiantes en diferentes ámbitos (Meseguer, 2003):

- Pérdida de identidad, aunque sea momentáneamente, la persona deja de sentirse y valorarse a sí mismo como lo hacía antes de padecer la enfermedad.
- Pérdida de control, cuando se aplican los tratamientos oncológicos, el enfermo puede sentir que su vida escapa de su control, puesto que para su recuperación se tiene que poner en manos de otros.
- Pérdida de relaciones, no sólo las personas que puedan alejarse a causa de la enfermedad, sino las que acompañan al enfermo en el proceso, muchas veces pueden no ser conscientes del estado de malestar que sufre el enfermo, para así paliar su propia preocupación. Algunas veces, las personas que acompañan al enfermo, intentan ser optimistas todo el tiempo, no dejando que el paciente comparta los estados emocionales negativos, esto puede generar que el enfermo se aísle emocional y socialmente. Ejemplo de este tipo de actuación es la siguiente declaración: *‘Mi madre no tolera mis momentos de debilidad, no soporta que llore, verme triste. Me dice: si tú lloras, yo lloro, si tú sufres, yo sufro...y se queda tan ancha. Así no me*

ayuda nada. Afortunadamente ya no me causa complejo de culpa' (Alonso y Bastos, 2011, p.203).

- Frustración de la sexualidad, para algunos adultos, la vida sexual tras los tratamientos oncológicos recibidos no vuelve a ser la misma. Muchos reciben tratamientos hormonales que pueden hacer que su vida sexual no sea placentera, lo que puede afectar a la autoestima. Además, se puede experimentar el miedo por no poder tener hijos, lo que puede llevar a la necesidad de un cambio de prioridades en la vida, y a una reorganización cognitiva y emocional. Las pacientes que suelen ver más afectadas su sexualidad son las que han sufrido un cáncer de mama (sobre todo si les han realizado una mastectomía). Un ejemplo de esta experiencia sería el siguiente: *'Me veo hecha polvo, me pesa la prótesis, me siento medio mujer, a raíz de la mastectomía no he tenido relaciones sexuales por falta de deseo, no me siento mujer...'* (Alonso y Bastos, 2011, p.201).
- Pérdida de la autoimagen, el papel de los que están alrededor del enfermo, es primordial para que éste se adapte a las nuevas circunstancias. Acompañar al enfermo, requiere mostrar empatía ante el estado emocional que éste muestre, así se sentirá entendido. La imagen corporal se ve muy afectada, en la mayoría de los casos por la alopecia como efecto secundario de la quimioterapia, pero sobretodo en las mujeres si al sufrir cáncer de mama ha sido necesario hacer una mastectomía. Es frecuente escuchar entonces algunos de estos testimonios: *'Ya no me siento mujer'* *'A mí me influyo que en la primera sesión (de quimioterapia) me tengo que cortar el pelo, porque en seguida se me empezó a caer (...) me puse gorritos, nunca me puse peluca porque no me gustaba. Llevé mal lo del pelo, y en lugar de llorar porque tenía una enfermedad muy mala, que me podía morir, lloraba por mi aspecto físico...'* (Alonso y Bastos, 2011, p. 200).
- Pérdida del estilo de vida, la interrupción transitoria de la rutina, causa malestar en los pacientes, pero en mayor medida en pacientes con un escaso apoyo social o que tienen a otras personas a su cargo. Además, surgirá el miedo por no poder retomar la vida diaria en un futuro.
- Pérdida del proyecto de futuro, puede estar referido al miedo a no poder emprender o retomar la carrera profesional, no poder hacer frente a distintas demandas económicas o consolidar planes de futuro con otras personas. Esta pérdida ésta caracterizada por la incertidumbre que trae consigo el diagnóstico del cáncer.

- Pérdida del esquema de los valores esenciales, pueden surgir demandas relacionadas con los cambios impuestos por la enfermedad, por las consecuencias familiares y sociales que ésta pueda tener, o por el sentido de la enfermedad y una necesidad de realizar un gran cambio en sus vidas. El cáncer puede transformar las prioridades que las personas tenían previamente, y entre ellas, su esquema de valores.

3.1.3. Afrontamiento psicológico

Según Lazarus y Folkman (1986) el afrontamiento se define como *“Aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas, que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”* (Citado en Barrera, Martínez, Oliveros y Pinto, 2010, p.22). Siguiendo a Watson y Greer (1998), en el caso del cáncer, el afrontamiento se refiere a las respuestas cognitivas y conductuales de los pacientes ante el cáncer, comprendiendo el significado que tiene el cáncer para la persona, y las reacciones psicológicas que tienen lugar, lo que el enfermo piensa y hace para reducir la amenaza que implica el proceso oncológico. En este contexto, Moorey y Greer (1989) plantearon un modelo de acción ante el cáncer, denominado “esquema de supervivencia” que incluye la capacidad de adaptación, respuesta emocional, y los distintos estilos de afrontamiento que la persona pone en marcha ante el diagnóstico de la enfermedad. En este esquema se considera la visión del diagnóstico que tiene el paciente, el tipo de control que cree que puede tener sobre la enfermedad, y también, la opinión del pronóstico que tiene el enfermo (Como se cita en Soriano, 2002, p. 77).

Tabla 1. *Esquema de Supervivencia (Moorey y Greer, 1989)*

	Espíritu de lucha	Evitación/ Negación	Fatalismo/ Aceptación	Desamparo/ Desesperanza	Preocupación ansiosa
Diagnóstico	Reto	Sin amenaza	Poca amenaza	Gran amenaza	Gran amenaza
Control	Moderado	No se cuestiona	Sin control	Sin control	Incertidumbre
Pronóstico	Optimista	Optimista	Aceptación del final	Pesimista	Incertidumbre
Afrontamiento	Búsqueda de información	Disminución importancia	Aceptación pasiva	Rendición	Búsqueda de seguridad
Respuesta emocional	Poca ansiedad	Poca ansiedad	Poca ansiedad	Depresión	Ansiedad

(Información recopilada de Soriano, 2002)

Según se muestra en la Tabla 1, existen dos tipos de respuestas de afrontamiento:

- (1). Pasivas, se produce un mal ajuste, aquí se encontrarían las estrategias de fatalismo, preocupación ansiosa, y desesperanza.
- (2). Activas, muestran una mejor adaptación a la enfermedad, y estarán formadas por las estrategias de espíritu de lucha y evitación/negación.

Según Heim y cols (1993) *“Parecen existir evidencias a favor a la hora de considerar que al inicio de la enfermedad se suelen emplear más estrategias de afrontamiento que al final de las misma, siendo distintas el tipo de estrategias que se emplean en las diferentes fases”* (Citado en Soriano, 2002, p.79).

En cualquier caso, cuando el/la paciente se enfrenta al cáncer, las áreas afectivas, conductuales, y cognitivas, se pueden alterar, dando lugar a un mal control por parte del paciente de su enfermedad, pudiendo darse el abandono del tratamiento, mayor percepción de dolor, trastornos psicológicos asociados, etc. Es decir, si no hay un buen afrontamiento del diagnóstico, se puede predecir que el desempeño en la vida diaria, y los posibles tratamientos oncológicos, se verán muy afectados (Barrera et al, 2010).

3.1.4. Duelo psicooncológico

Según Rojas (2006) se define el duelo oncológico como *“Un mecanismo de reconstitución psíquico fundamental, que le permite al paciente estructurar una respuesta a los desafíos orgánicos, cognitivos, sociales y emocionales, a los cuales se ve afrontando a partir de ese momento”* (citado en Pérez, 2019, p.8).

Según Kübler-Ross (1969) los modelos evolutivos del duelo indican que las personas ante una pérdida significativa, presentan reacciones emocionales, que pueden ocurrir de forma secuencial (Citado en Miaja y Moral, 2014, p. 8). Kübler-Ross propuso que las personas que se encontraban próximos a la muerte (los enfermos terminales) pasan por cinco fases durante el duelo: negación, ira, negociación, depresión y aceptación. Estas fases pueden tener distinta duración, e incluso pueden solaparse entre sí.

De forma más específica, cuando la salud está mermada, en la fase de negación, la persona es incapaz de aceptar la enfermedad como un hecho real, por tanto, el diagnóstico recibido puede atribuirse a un error médico. Durante la fase de ira, se reacciona con rabia y hostilidad por la pérdida del estado de bienestar. Esta ira puede ir dirigida hacia el entorno más cercano, el cual se percibe como saludable, y eso produce sentimientos de envidia, e incluso puede

experimentarse rabia hacia el personal médico. No obstante, el paciente puede dirigir la ira hacia sí mismo, culpándose de su enfermedad, pudiendo darse conductas autodestructivas. Durante la fase de negociación, se afronta la culpa, y se intenta una reconciliación con aquellos a los que ha ido dirigida la ira. Se abandonan las conductas destructivas, comprometiéndose el paciente con los tratamientos, y su recuperación. En la fase de depresión, se experimentan sentimientos de tristeza y vacío, optando por una postura derrotista ante la enfermedad, y es posible que el paciente se plantee abandonar los tratamientos.

Por último, durante la fase de aceptación, se reconoce la enfermedad, y las limitaciones que ésta trae consigo, asumiendo una actitud de lucha. Esta fase se alcanza cuando se han atribuido nuevos significados a la enfermedad (Miaja y Moral, 2013). Por tanto, el duelo oncológico es un proceso normal, sano y adaptativo, que no implica solo el miedo a la pérdida de la vida, sino a la pérdida de roles, de autonomía, de aspecto físico, etc. Se caracteriza por un primer periodo de miedo e incertidumbre (Álvarez et al, 2013).

3.2.Tratamientos principales para el cáncer

El mejor tratamiento para el cáncer es, en la mayoría de los casos, multidisciplinario, interviniendo las distintas especialidades médicas, como pueden ser la cirugía, la quimioterapia, y la radioterapia (Die y Die, 2003).

3.2.1. Cirugía oncológica

La cirugía oncológica es una rama de la Oncología General, y una superespecialización de la cirugía general. Es el método más invasivo, y el que tiene mayores resultados terapéuticos, en la cura de la enfermedad (De vita, Hellman y Rosenberg, 1984).

A pesar de su agresividad, la cirugía es una de las formas terapéuticas preferidas por los pacientes. Una de las ventajas que presenta es su limitación en el tiempo, es decir, si no existen complicaciones postoperatorias, el contacto con el personal sanitario y el entorno del hospital, suele ser menor que en otro tipo de tratamientos antineoplásicos. Esto se considera una ventaja, pues sabemos que uno de los problemas con los que se encuentra el paciente, es el recuerdo constante de estar enfermo, el cual se acentúa con las frecuentes visitas al hospital. El hecho de que haya una disminución de la frecuencia de visitas al hospital, facilitará la recuperación emocional del enfermo.

Además, la cirugía puede proporcionar un alivio más inmediato del dolor y de otros síntomas

físicos, lo cual reducirá el sufrimiento físico y psicológico. También cabe destacar, que si nos encontramos ante un tumor maligno no operable, implica que la enfermedad está más avanzada, y esto producirá un choque psicológico mucho mayor. Sin embargo, no se debe de olvidar el impacto psicológico que puede tener la cirugía en la vida del paciente, por ejemplo, se puede experimentar un miedo intenso a la anestesia, para algunos enfermos ésta representa el temor a la pérdida de control de su propio cuerpo (Die y Die, 2003).

- En conclusión, la cirugía es estresante en sí misma, por el miedo a la anestesia, el dolor, y sobre todo por las consecuencias que puede tener. Dependiendo de la localización del tumor, se habla de la pérdida de una función, de un órgano o de un miembro (Alonso y Bastos, 2011).

3.2.2. Quimioterapia

La quimioterapia consiste en la administración de unos fármacos, los citostáticos, que impiden la reproducción de células malignas. Uno de los problemas más importantes de este tratamiento son sus efectos secundarios, la quimioterapia puede producir vómitos, náuseas, fatiga, alopecia, etc. El enfermo se puede sentir aturdido por no saber cómo enfrentar estos efectos, o no entender por qué le suceden a él (hay pacientes que no los sufren). Es por eso que desde el principio del tratamiento, se ha de normalizar la posibilidad de que se den estos efectos, señalando al enfermo que estos efectos son normales como causa del tratamiento. Es recomendable, ofrecer a la persona un espacio de soporte emocional, para valorar los aspectos emocionales que vayan surgiendo durante el proceso terapéutico (Gil, Lluch y Maté, 2003).

Por todos sus efectos secundarios: alopecia, vómitos, neuropatías, etc. suele ser mal tolerada física y psicológicamente. Los pacientes presentan síntomas de ansiedad, depresión, baja autoestima, dificultad de concentración, etc.

3.2.3. Radioterapia

En la radioterapia se utilizan radiaciones para reducir tumores y para destruir células cancerígenas. En esta modalidad terapéutica, es muy importante la continuidad de las sesiones, muchas interrupciones pueden vincularse con una mayor regeneración del tumor, y a la vez, un menor control. Puede ser radical, con intento de ser curativa, se utiliza en tumores de alta o moderada sensibilidad a radiaciones, o puede utilizarse de forma complementaria a la cirugía. Se puede utilizar tanto en el pre como en el postoperatorio para disminuir el riesgo

de recidiva. Además, también se puede hacer uso de una radioterapia paliativa, para los enfermos que estén ya en fase terminal. Las reacciones psicológicas asociadas a la radioterapia surgen cuando se le atribuye un significado especial a este tipo de tratamiento, se puede asociar su uso a un tumor no operable, enfermedad avanzada, o uso en cuidados paliativos, como última solución. Además, algunos pacientes saben que la dosis de radioterapia que pueden recibir está limitada, dada la alta toxicidad de las radiaciones, y esto puede generar altos niveles de ansiedad (Die, 2003).

Según Bolund y Peck (1977) las reacciones de ansiedad y depresión son muy comunes en esta modalidad terapéutica, especialmente en aquellos pacientes que no es la primera vez que reciben radioterapia. En estos casos, nos encontramos ante una enfermedad avanzada, se presenta el miedo a no poder recibir más sesiones de tratamiento si hay una recidiva, por haber alcanzado la dosis máxima de radiación permitida. Por tanto, es un tratamiento que genera estas reacciones en sí mismo, dada la alta presión a la que están sometidos los enfermos (Citado en Die, 2003, p. 278).

3.3. Intervenciones y terapias psicológicas más frecuentes

Monedero y Alonso (2003) afirman que las intervenciones psicológicas que se realizan en el transcurso de la enfermedad son múltiples, y su objetivo principal es que el paciente mantenga una buena calidad de vida (en Alonso y Bastos, 2011). A lo largo de todo el proceso oncológico, son varias las intervenciones psicosociales que pueden realizarse, algunas de ellas son (Alonso y Bastos, 2011):

- Apoyo en cada una de las fases de la enfermedad.
- Preparación para la intervención quirúrgica, algunos estudios demuestran que pacientes que han recibido intervención psicológica previa a la operación, han sentido una reducción considerable de la ansiedad (Alonso, Denia y Mingote, 1997).
- Apoyo al paciente en la adaptación a los cambios en la imagen corporal a causa de los tratamientos.
- Ayudar en la reducción de reacciones emocionales desadaptativas (ansiedad, depresión, etc.).
- Manejo de la <<situación paradójica>> que puede darse al comienzo de los tratamientos o cuando finalizan (los enfermos se sienten inseguros, pues mientras recibían los tratamientos sentían que tenían control sobre la enfermedad, y tras dejarlos, temen una recidiva).

- Ayudar al paciente a manejar sus miedos, ordenar sus prioridades, analizar su esquema de valores, y hablar abiertamente sobre la vida y la muerte.

3.3.1. Terapia Psicológica Adyuvante

La Terapia Psicológica Adyuvante (TPA) fue desarrollada por Moorey y Greer (1989), es una variante de la terapia para la depresión de Beck, un modelo cognitivo-conductual. La terapia tiene una duración de unas 6-12 sesiones de aproximadamente 1 hora, y se orientará a los problemas que decida tratar el paciente, ya sean de tipo emocional, social, médico, etc. (Romero, Ibáñez y Monsalve, 2000). Según Moorey y Greer (1989) estos son los objetivos de la TPA (citado en Alonso y Bastos, 2011, p.193):

- Reducir las reacciones psicológicas negativas (como la ansiedad).
- Mejorar el ajuste emocional, favoreciendo el espíritu de lucha.
- Promover una participación activa en los tratamientos.
- Potenciar las estrategias de afrontamiento positivas para tratar los problemas de la enfermedad.
- Mejorar la comunicación entre el paciente y su familia. A la vez que alentar a la expresión abierta de sentimientos negativos, principalmente de la ira.

3.3.2. El *Counselling*

El *Counselling* es un tipo de terapia mediante la cual se quiere ayudar al paciente a que se comunique y relacione mejor con los que le rodean, a que gestione mejor sus problemas, y a la mejora de su actitud y motivación para el cambio. Entre los componentes clave de esta terapia destacan (Barreto, 2000):

- Actitud de responsabilidad.
- Proporcionar información.
- Expresión y discusión de sentimientos.
- Mantener o restablecer apoyo social.
- Manejo de preocupaciones y problemas que puedan surgir a lo largo del proceso.
- Búsqueda de alternativas para afrontar los problemas mejor, y con el menor coste posible.

Para poner el *counselling* en práctica, es necesario que el profesional sea sensible al sufrimiento, además debe comprometerse a la facilitación de una vida digna para las personas que atiende (Arranz, Barbero, Barreto y Bayés, 2003).

Carl Rogers (1973) fue el pionero de esta técnica, y como actitudes fundamentales en la relación terapéutica destaca (citado en Alonso y Bastos, 2011, p. 194):

- Empatía: Comprender a la otra persona y transmitirle que se le entiende.
- Congruencia-veracidad, con lo que se vive y se siente.
- Aceptación incondicional, sin realizar juicios de valor de la historia de otra persona o de su forma de vivir.

El *counselling* se basa en la dinámica de la elección, no en la de control, se explora y se hace reflexionar al paciente para que pueda tomar las decisiones que considere más adecuadas para él (Arranz et al., 2003).

3.3.3. Terapia de Aceptación y Compromiso

Una característica en común de los pacientes con cáncer, es que buscan con desesperación aliviar las emociones negativas asociadas a la amenaza del diagnóstico (Gutiérrez, Luciano y Páez, 2005). Follette et al. (1996) y más tarde Hernández, Luciano, y Montesinos (2001) hacen alusión a que los pacientes se centran en sus pensamientos y emociones, como pueden ser la ansiedad, la culpa, la rabia, etc. Estas evidencias han llevado a proponer que el afrontamiento del diagnóstico y todo el proceso de la enfermedad, conforman un patrón conductual de regulación rígido, este patrón se denomina Trastorno de Evitación Experiencial (TEE) (en Gutiérrez et al., 2005).

Aunque las respuestas de evitación, a corto plazo, pueden reducir las reacciones aversivas del cáncer, más adelante, terminan por provocar la exacerbación del miedo ante múltiples situaciones, siendo esto una limitación en facetas de la personalidad muy valiosas (Hayes y Luciano, 2001). La evitación del sufrimiento en nuestra sociedad, nos explica la lucha que el enfermo del cáncer mantiene contra sus propias reacciones psicológicas. ACT parte de un concepto de salud psicológica definida por acciones orientadas a, y no por la ausencia de estados cognitivos y emocionales considerados negativos (como la ansiedad, el miedo, o la tristeza). Siendo así, ACT afirma que el temor a la muerte, que es una reacción tan frecuente en los enfermos de cáncer, no es limitante, sino que lo que limita es la tendencia del enfermo a eliminar estos miedos del repertorio cognitivo, emocional y conductual (Gutiérrez et al., 2005).

Al contrario de lo que el funcionamiento socio-verbal sostiene, desde ACT se asume que los eventos privados aversivos son parte de la vida, y por tanto, es normal experimentarlos. Siendo así, el propósito de esta terapia, es cambiar el contenido irracional de determinados

eventos privados, de forma que aunque la persona sienta dolor o tristeza, actúe en dirección a sus objetivos vitales. En definitiva se busca que el paciente acepte lo que no se puede cambiar, y aprenda a modificar aquellos aspectos de su vida que sí puede controlar, estando siempre de acuerdo con sus valores personales, y siendo responsable de sus elecciones.

Desde ACT se propone que para favorecer el cambio hacia la flexibilidad psicológica (objetivo prioritario de alcanzar, al ir en contra de la rigidez conductual del trastorno de evitación experiencial) hay que influir en los procesos implicados en ella: Aceptación, defusión cognitiva, Yo como contexto, contacto con el momento presente, valores, y compromiso con la acción. Para favorecer el desarrollo, los componentes centrales de ACT no son fases a seguir, por tanto, los métodos clínicos no han de ser iguales en todos los casos. El terapeuta habrá de adaptarlo a cada paciente. Lo más importante es que cualquiera de los métodos empleados, tenga el objetivo de flexibilizar las reacciones del paciente ante los eventos privados negativos, situándolos en la trayectoria de acciones valiosas para él.

No habrá normas que el terapeuta imponga, ya que la terapia se situara en el marco de la experiencia del paciente. Para ACT, valorar es comportarse en dirección a algo, los valores son vistos como actos concretos con significado personal, así se les plantea a los enfermos que el ser humano está obligado a elegir y que estas elecciones forman su dirección de valores. Así que el análisis funcional de las facetas valiosas se sitúa desde el inicio del tratamiento y estará presente durante todo el proceso. La exposición a los eventos aversivos, pueden hacer que algunas sesiones sean muy intensas y dolorosas, dándose la experiencia de la desesperanza creativa, que surge al confrontar al paciente con lo que quiere conseguir, y lo que está consiguiendo (Gutiérrez et al., 2005).

3.3.4. Psicoterapia de grupo

Arndt et al. (1995) consideran que los grupos de psicoterapia pueden causar una gran mejora en la calidad de vida de los pacientes oncológicos (en Die, 2003). Otros autores señalan que tiene beneficios en forma de apoyo social y de auto-ayuda, disminuye la sensación de estigma, reduce el aislamiento social y facilita el aprendizaje de actitudes adaptativas y estrategias de afrontamiento ante el cáncer. Según Spiegel (1995) estas son algunas de las ventajas de la psicoterapia grupal (en Die, 2003):

- Los participantes en el grupo de apoyo, pueden tener la posibilidad de aumentar su red de apoyo social, reduciendo el aislamiento que pudieron sufrir ante el diagnóstico.
- Según Spiegel (1994) el apoyo que se produce gracias a esta terapia, puede producir el principio de “Helper-Therapy”, en el cual el paciente mejora la autoestima ayudando a los demás, aprendiendo también actitudes adaptativas (en Die, 2003).

En definitiva, la psicoterapia grupal puede facilitar la expresión de sentimientos, como así muestra el testimonio de una paciente: *“me han hecho sentirme fuerte y no pobrecita. Verbalizar mi dolor ante los otros me liberó. Siempre había tapado mi angustia porque me han transmitido que eso es ser vulnerables o débiles. Es una imagen de mí que no había tenido antes en otro lugar”* (en Alonso y Bastos, 2011, p. 203).

4. REACCIONES PSICOLÓGICAS Y ACTUACIONES EN LAS FASES DE LA ENFERMEDAD

4.1.Fase de diagnóstico

El diagnóstico de una enfermedad como el cáncer, puede generar un gran impacto emocional, dándose reacciones como el miedo, ansiedad, incertidumbre, tristeza, ira...es una de los momentos de mayor tensión de toda la enfermedad (Alonso y Bastos, 2011). Kaufmann (1989) considera que el diagnóstico es un proceso constituido por una serie de fases. Estas fases son (en Alonso y Bastos, 2011):

- Previa al diagnóstico: Previsión de un posible diagnóstico de cáncer. Dependerá de variables sociodemográficas (como el sexo o la edad), y de variables psicológicas.
- Confirmación del diagnóstico: Es el momento de mayor miedo y tensión, pues es cuando se le comunica a la persona que tiene cáncer, la enfermedad se hace real, y se habla de los posibles tratamientos. A esta fase también se le llama “shock” (Arranz et al., 1991), ya que recibir este tipo de diagnóstico se asocia a muerte y a pérdida de proyectos de futuro.
- Reconocimiento de la enfermedad: El paciente acepta que tiene cáncer. Esta aceptación puede ocurrir fuera del momento del diagnóstico, y darse durante los tratamientos.

García-Camba (1999) piensa que el diagnóstico puede ser traumático, por ser momento de mucha incertidumbre, puede darse un desajuste psicológico latente. La intensidad y duración de estas reacciones dependerán de la historia personal, la enfermedad y de los tratamientos (en Alonso y Bastos, 2011).

Tabla 2. *Actuaciones en la fase de diagnóstico*

Dificultades psicológicas más frecuentes en la fase de diagnóstico	Actuaciones psicológicas
<ul style="list-style-type: none"> - Momento de gran incertidumbre. - Se presentan diferentes emociones: Culpa, desesperación, ira, negación, ansiedad, depresión, etc. - Puede haber problemas de comunicación, algunas veces los familiares creen que no hablando de la enfermedad, la situación es menos mala, - Visión de la muerte como un suceso más cercano. - Surgen interrogantes: “¿por qué a mí?”, “¿por qué en este momento?” preguntas que no tienen una respuesta clara y escapan de su control. - En el momento del diagnóstico, es muy común que el paciente haga atribuciones (que pueden ser internas o externas) a la presencia del cáncer en su vida. - La reacción emocional ante el diagnóstico cambiará dependiendo de la persona, algunos se mostrarán aparentemente fuertes en este momento, cuando en realidad no tienen aceptada la situación. - Ante la realidad del diagnóstico, algunos pacientes pueden buscar otras opiniones médicas que puedan desmentir la presencia de enfermedad. 	<ul style="list-style-type: none"> - Se estudia la historia clínica del paciente, relaciones personales, datos sobre su vida laboral, genealogía, etc. - Las primeras sesiones se han de centrar en hacer una evaluación de las necesidades psicológicas del paciente. - En algunos casos se requiere el encuentro con los familiares, porque se puede dar “la conspiración del silencio”. Consiste en que el paciente no habla con su familia de lo que le preocupa, y viceversa. Esto hace necesario que los psicooncólogos tengan contacto con los familiares para fomentar una buena comunicación. El/la psicooncólogo/psicooncóloga tiene que baremar la posibilidad de que el/la paciente quiera estar informado/a del progreso de su enfermedad, y sus familiares se lo impidan. - Se preguntará sobre posibles apoyos (familiares, sociales, de ocio) ante la enfermedad. - Facilitar la percepción de control sobre la enfermedad. Ofrecer apoyo ante las respuestas que pueda sufrir a los tratamientos, asesorar después de las citas médicas, etc. - Ofrecer información educativa sobre el proceso psicooncológico. - Potenciar las estrategias de afrontamiento. Ayudar a encontrar los recursos necesarios para hacer frente a la enfermedad (búsqueda de actividades de ocio, grupos de apoyo si fuera necesario, talleres, etc.).

(Información recopilada de Alonso y Bastos, 2011; Malca, 2005; Rojas, 2006)

Según se muestra en la Tabla 2, en el momento del diagnóstico se pueden dar distintas reacciones emocionales. Estos son algunos testimonios de personas en el momento del diagnóstico (Alonso y Bastos, 2011):

- *‘Es como si hubiera hecho algo malo, que esto fuera un castigo o algo así (llora)...’*
(p. 198)

- 'A veces pienso que no sé cómo no me vuelvo loca con las cosas que me están pasando' (p. 201).

4.2.Fase de tratamiento

La mayoría de los tratamientos son agresivos, y tienen efectos secundarios. Muchos pacientes no entienden estos efectos, ya que a corto plazo pueden encontrarse peor tanto física como emocionalmente, además de sentir que no tienen el control de la enfermedad. Los efectos secundarios varían de una persona a otra, dependiendo del enfermo y de las características de los fármacos. En general los tratamientos afectan a la persona tanto en el área somática, social y emocional (Alonso y Bastos, 2011). En la tabla 3 se muestran tanto las dificultades psicológicas como las actuaciones recomendadas para facilitar el ajuste personal a las circunstancias derivadas de los tratamientos.

Tabla 3. Actuaciones en la fase de tratamiento

Dificultades psicológicas más frecuentes durante la fase de tratamiento	Actuaciones psicológicas
<ul style="list-style-type: none"> - Reacciones de ansiedad, pérdida de control, indefensión. - La calidad de vida del paciente puede verse comprometida por los efectos secundarios de los tratamientos. - El paciente puede sufrir cambios en su imagen corporal, disfunciones sexuales, fobia a los aparatos que se utilizan para los tratamientos, problemas en sus relaciones sociales. - En esta fase es común que los pacientes se cierren emocionalmente para no causar dolor en sus familiares (sobre todo si tienen hijos a su cargo). - Para algunos pacientes puede ser muy difícil adherirse a los tratamientos, y pueden abandonarlos. - Los pacientes que tengan que someterse a cirugía pueden sufrir estrés crónico por las consecuencias que ésta puede tener, el dolor o el miedo a la anestesia también son muy comunes. - También puede darse el efecto de los vómitos anticipatorios. Algunos pacientes asocian ciertos estímulos (como una habitación de hospital o incluso un líquido con un color parecido al del medicamento) a la quimioterapia, y eso puede hacer que tengan náuseas o vómitos anticipados. - Algunos pacientes debido a los efectos de los tratamientos, pueden sufrir problemas de concentración y de memoria. 	<ul style="list-style-type: none"> - Potenciar las estrategias de afrontamiento, para ayudar a la adaptación del paciente y su familia (angustia, fobia a los aparatos médicos, ansiedad, náuseas, disfunciones sexuales y vómitos anticipatorios) asociados a los tratamientos. - Fomentar estilos de afrontamiento activos: vivir las etapas del duelo oncológico (todo este proceso conlleva pérdidas), buscar orientación médica específica para cada paciente, etc. - Abordar la ansiedad y el miedo que pueda producirle al paciente esta nueva situación. - Trabajar con el paciente los posibles sentimientos de culpa que pueda sentir. Ayudar también a enfocar la culpa y la ira que pueda sentir de manera constructiva, y no proyectando estas emociones en sí mismo/a y en los demás. - En esta etapa es importante que el paciente se mantenga lo más activo posible, el psicooncólogo ha de conectar las distintas formas en la que el paciente pueda sentirse útil, ya que su calidad de vida se va a haber afectada por la agresividad de los tratamientos. - Ante posibles reacciones anticipatorias a los tratamientos (como son los vómitos anticipatorios) se puede trabajar con el paciente para disminuir la asociación de estímulos que ha hecho. Para ello el/la psicooncólogo/a puede hacer uso de

	<p>técnicas de relajación, meditación guiada o imaginación guiada y/o psicoeducación.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Normalizar el miedo que el paciente pueda tener a los tratamientos, además de ser empáticos al temor de que el cáncer se pueda expandir. - Potenciar las redes de apoyo social de los pacientes.
--	---

(Información recopilada de Alonso y Bastos, 2011; Malca, 2005; Rojas, 2006)

Como se muestra en la Tabla 3, el momento del tratamiento puede generar gran ansiedad, estas son algunas reacciones que experimentan los pacientes (Alonso y Bastos, 2011):

- *‘Tengo una terrible necesidad de terminar y huir del hospital. De hacer mi vida de siempre, para poder quitarme ese lastre de la enfermedad(...) olvidarme del futuro y disfrutar solo del presente’* (p. 201)
- *‘No sé por qué a los demás les salen bien las cosas, y a mí no’* (p. 201)

4.3.Fase de remisión

También denominado periodo libre de enfermedad. A nivel físico el paciente comienza a recuperarse, muchas veces, tanto el paciente como sus familiares piensan que tras los tratamientos, ya se van a sentir bien, y esto no es así, el tiempo de recuperación es variable, y se puede ir prolongando. En el plano psicológico, puede ser un momento complicado. Al igual que existe un proceso de adaptación a la enfermedad, ahora se presenta el mismo proceso pero para la “normalidad”, justo en este momento, muchos de los pacientes suelen solicitar la atención psicológica. Estos pacientes suelen ser los que no han pasado por el proceso de duelo que supone el diagnóstico y tratamientos, y ahora que ya no sienten que su vida está en peligro, es cuando se deprimen, y se ocupan del terreno emocional (Alonso y Bastos, 2011). Esta fase está caracterizada por sentimientos de vulnerabilidad y de incertidumbre al pensar en el futuro. Es el momento donde puede aparecer el miedo a la recaída, conocida como el “Síndrome de Damocles” (Koocher y O’Malley, 1981).

Ferrero (1993) afirma *“el pensar que la enfermedad puede volver, tener que pasar por todo lo anterior, la incapacidad y la posibilidad de la muerte, es una fuente de estrés crónico que explica el malestar psicológico encontrado en un número importante de pacientes”* (en Alonso y Bastos, 2011, p.190). Estos miedos se intensifican cuando el paciente tiene que acudir a revisiones, o se expone a algún ambiente que le recuerda a la vida hospitalaria o al proceso oncológico. Los días previos a estos acontecimientos, pueden sentir

ansiedad, dificultad para concentrarse, tener problemas para dormir, etc. Además, el miedo a sufrir una recaída aumenta de forma inevitable, si el paciente siente cualquier síntoma físico que pueda asociar a la enfermedad (Alonso y Bastos, 2011). En la tabla 4 se detallan las actuaciones psicológicas relacionadas con las dificultades más frecuentes en esta fase de remisión.

Tabla 4. *Actuaciones en la fase de remisión/libre de enfermedad*

Dificultades psicológicas más frecuentes durante la fase de remisión	Actuaciones psicológicas
<ul style="list-style-type: none"> - Aumentan los niveles de angustia, tanto en el paciente como en sus familiares. - En este momento puede que el paciente se sienta más deprimido, y que pase por el proceso del duelo oncológico. - Es un periodo de adaptación a la rutina después de la normalidad, el paciente puede sentir que se le exige demasiado que ‘esté feliz’ por haber superado la enfermedad. - El paciente puede sentirse desorientado ante esta nueva situación, puede experimentar sentimientos de culpa por no sentirse bien, a pesar de que ya no haya signos de enfermedad. - Muchos pacientes sienten una gran ansiedad ante la posibilidad de sufrir una recaída. Ansiedad que se incrementa los días previos a una revisión médica, o cualquier contacto con un estímulo que esté relacionado con la enfermedad. - Puede que se muestran hiperactivos con la realidad, observando cualquier indicio que pueda representar una amenaza relacionada con el cáncer. - En esta fase pueden surgir interrogantes sobre la posible dependencia, el futuro de las relaciones personales, proyectos, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> - Facilitar la expresión de miedos en el paciente y en sus familiares. - Realizar un abordaje en las necesidades emocionales. - Proporcionar estrategias para realizar distintas actividades que hagan que el paciente se muestre activo. - En esta etapa, es muy importante que el psicooncólogo tome conciencia del sufrimiento psíquico del paciente, así el paciente no se sentirá juzgado. - Dar pautas al paciente y a su familia (si el paciente está de acuerdo) para que haya una comunicación fluida entre ellos. - Hablar abiertamente con el paciente sobre el miedo a sufrir una recidiva, dando feedback ante las inseguridades e incertidumbres que se presenten. - Llevar al paciente al momento presente, en el cual no hay presencia de enfermedad. Si el paciente se muestra muy ansioso puede ser recomendable la realización de actividades de relajación (ejercicios de respiración, meditación guiada, etc.). Se ha de animar al paciente a enfrentarse a esa ansiedad, y no a evitarla, a largo plazo esto será perjudicial. - Establecer protocolos de información claros. - Proporcionar estrategias para facilitar la reincorporación a la vida diaria. - Fomentar la buena comunicación médico-paciente.

(Información recopilada de Alonso y Bastos, 2011; Malca, 2005; Rojas, 2006)

Como se muestra en la tabla 4, el proceso de adaptación tras los cambios que la enfermedad ha producido puede ser muy duro, además el miedo a la recidiva es constante en esta fase (Alonso y Bastos, 2011):

- *‘Estoy muy cansada físicamente y me veo a mil años luz de cómo yo estaba, que no tengo pelo, que no tengo pecho, que no tengo ilusión...’* (p. 201).

- *‘Me veo hecha polvo, me pesa la prótesis, me siento medio mujer, a raíz de la mastectomía no he tenido relaciones sexuales por falta de deseo, no me siento mujer...’* (p. 201).
- *‘Si no fuera por el miedo a la recidiva, estaría fenomenal (...) he aprendido a ver las cosas de otra forma’* (p.200).
- *“La idea de la muerte me ronda un montón, pensar que la enfermedad vuelva a aparecer (...) no puedo hacer planes y si tengo algo, ay qué horror, por otro lado me digo no voy a tener nada’* (p.200)

4.4.Fase de recidiva

Podemos hablar de recidiva cuando tras un período largo en el que no ha habido signos de enfermedad, reaparecen síntomas característicos de ella. Esta fase puede tener un impacto físico y psicológico mayor que la fase de diagnóstico, el paciente es consciente de que cuenta con más limitaciones que antes en cuanto a tratamientos.

Romero (1997) considera que el paciente puede sentir rabia y culpa por no haber podido frenar la enfermedad a tiempo, también puede proyectar estas emociones en el personal médico por no haber podido curarlo, este período implica reencontrarse con sus miedos y sus fracasos (en Alonso y Bastos, 2011, p.191). Se tendrán que comenzar de nuevo los tratamientos, el enfermo puede experimentar síntomas similares a los anteriores o nuevos. Siendo así, el paciente puede sentir indefensión, dada la falta de control que tiene con respecto a su enfermedad, y puede caer en depresión.

Desde un punto de vista terapéutico, es una de las situaciones más difíciles de gestionar, puesto que el paciente puede permanecer mucho tiempo en un estado de fracaso continuo. Cuando se ha decidido una estrategia a seguir, la mayoría de pacientes son capaces de adaptarse a ella y afrontar la situación (Alonso y Bastos, 2011). En la tabla 5 se describen las dificultades más habituales y las intervenciones psicológicas recomendadas para atender a los/as pacientes en esta fase.

Tabla 5. *Actuaciones en la fase de recidiva*

Dificultades psicológicas más frecuentes durante la fase de recidiva	Actuaciones psicológicas
<ul style="list-style-type: none"> - Son comunes los estados de ansiedad y depresión, tanto en el paciente como en sus familiares. - Es habitual encontrarse con pacientes que sienten que no pueden hacer nada para curarse, mostrando una actitud derrotista 	<ul style="list-style-type: none"> - Debe de haber una prevención y tratamiento de posibles psicopatologías. - Abordar los estados depresivos que puedan producirse. - Trabajar en el nuevo estado de enfermedad del paciente. Los/las

<p>(indefensión).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Algunos pacientes no están bien informados del estado de la enfermedad, bien porque aún no hay una buena aceptación, o porque en el momento de la explicación médica no estuvieron atentos/as. - En esta fase es muy probable que se produzca una pérdida de control, a nivel físico y a nivel psicológico. - El paciente es consciente de que las posibilidades de los tratamientos están más limitadas, por lo que estará sometido a un alto grado de tensión. - El paciente se siente furioso, sentirá culpa hacia él mismo por no haber superado la enfermedad. - El enfermo volverá a reencontrarse con los miedos que caracterizaron el transcurso de la enfermedad, y aparecerán nuevos temores. - Es común que los pacientes no se expresen emocionalmente con sus familiares, pro ahorrarles preocupaciones y sufrimiento. - Esta limitación emocional puede perjudicar psicológicamente a los pacientes, e incluso afectar al rendimiento ante los tratamientos, y a la evolución de la enfermedad. 	<p>psicooncólogos/as deben de tener en cuenta a la hora de intervenir, que el paciente puede tener reacciones emocionales muy distintas a cuando le diagnosticaron el cáncer inicialmente.</p> <ul style="list-style-type: none"> - En el caso de que el/la paciente presente dudas médicas, se puede solicitar información o remitirle con el/la oncólogo/a correspondiente. - El/la terapeuta ha de intentar que el enfermo y su entorno no pierdan el control, para ello les dará pautas, y en sesión se hablará abiertamente de la situación médica y de cualquier cuestión que les preocupe. - Si el paciente sufre una ansiedad difícil de gestionar, se le puede recomendar la práctica de técnicas de relajación. - Es importante ponerse en el lugar del paciente, que haya una escucha activa. Aceptar sus quejas, entender su sufrimiento y no dar consejos estereotipados “tienes que ser fuerte” ayudarán al paciente a sentirse comprendido. - Es importante que el paciente tenga una buena comunicación con sus familiares. - Se puede instruir a los pacientes en técnicas de comunicación, y estrategias de afrontamiento. - Muchos creen que informar a sus familiares del malestar que sienten (tanto físico como psicológico) es perjudicial porque sólo les causan sufrimiento. La tarea principal es hacer entender que la tristeza es una emoción más, que también hay que vivirla, y que no enfrentarse a ella es engañarse a uno/a mismo/a y a los demás.
---	--

(Información recopilada de Alonso y Bastos, 2011; Malca, 2005; Rojas, 2006)

Como se muestra en la tabla 5, el momento de la recidiva está caracterizado por mucha tensión y un gran sufrimiento psicológico por tener que volver a pasar por todo el proceso oncológico. Estas son algunas reacciones de pacientes que han sufrido recidivas (Alonso y Bastos, 2011):

- *‘Para qué voy a luchar, si no sirve para nada’* (p.191)
- *“Cuando me diagnosticaron pensé que me podía curar, pero ahora he vuelto para atrás...ya no hay nada que hacer”*(p.191)
- *‘Pensar que tengo que pasar otra vez por lo mismo...’* (p.191)
- *‘...Estoy acojonada, resignada, mal (...) cuando hablé con el Dr.X. estuve tranquila, pero luego me puse nerviosa (...) pensar en que otra vez tengo que volver a pasar por*

todo lo que ya pasé (...) no sé si esta enfermedad está controlada, no sé lo que ha fallado, lo que he hecho mal (...) estoy enfadada...' (p.195).

4.5.Fase de supervivencia

La adaptación emocional después del tratamiento oncológico varía en función de los factores de riesgo previos a la enfermedad. Entre ellos podemos encontrar: una visión pesimista de la vida, presencia de trastornos del ánimo o de ansiedad, problemas económicos y/o falta de apoyo social. A esto se añaden los factores médicos relacionados con la enfermedad oncológica: tipo de tumor diagnosticado, el curso de la enfermedad, modalidades terapéuticas administradas, la respuesta a los tratamientos, efectos secundarios y secuelas de la enfermedad. La mayoría de los supervivientes comparten una serie de características comunes (aunque no en todos los casos), han estado sometidos a una enfermedad grave, a tratamientos muy agresivos y a la incertidumbre no saber si se curaran o no (Die, 2003).

El miedo a la recidiva es muy común en esta fase (al igual que en la fase de remisión), es normal que los pacientes en los períodos de revisión sientan más ansiedad, tristeza, mal humor, etc. Es importante que conozcan estas reacciones, ya que así podrán manejarlas mejor. Muchas veces los pacientes vuelven a la consulta de los psicooncólogos después de haber sido dado de alta, por haber sufrido una crisis de ansiedad en una revisión médica rutinaria, es algo muy común. Este cuadro de sintomatología es conocido como “Síndrome de Damocles”. En la tabla 6 se exponen las dificultades y actuaciones psicológicas más recomendadas con el fin de aliviar el sufrimiento de los pacientes cuando se produce la recidiva.

Tabla 6. *Actuaciones en la fase de supervivencia*

Dificultades psicológicas más frecuentes durante la fase de supervivencia	Actuaciones psicológicas
<ul style="list-style-type: none"> - Muchas dificultades que los pacientes pasan durante la enfermedad, se transfieren años después a su vida cotidiana. - Algunos pacientes afirman que con el paso del tiempo, el apoyo social que en un principio tenían disminuye. - Pueden compararse socialmente con otros enfermos, más si estos han pasado por una recidiva o han fallecido finalmente. - Pueden tener problemas de adaptación en su vida laboral o en cualquier área importante de su vida. Muchos de ellos pueden sufrir discriminación laboral (por haber sufrido la enfermedad y haber perdido tiempo en el ámbito laboral), o pueden alejarse de la vida 	<ul style="list-style-type: none"> - Se ayudará al paciente en la adaptación a las secuelas físicas, sociales y psicológicas que la enfermedad haya podido generarle. - Es importante que entiendan que ellos no tienen por qué sufrir una recidiva (muchas veces la comparación con otras personas que han pasado por lo mismo, puede ser perjudicial). - Se trabaja con el paciente (y sus familiares si fuera necesario) la reincorporación a la vida cotidiana, brindándole ayuda en la reinserción laboral, o incorporación a cualquier actividad de su interés. Si se da el caso de discriminación laboral, se puede intervenir en esta área, cooperando con otros

<p>social.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Temor a la recidiva. - Preocupación por sintomatología somática (pueden somatizar síntomas y relacionarlos con el cáncer). - Para algunos pacientes la transición del rol de paciente a la de persona con una salud estable, puede ser difícil. - Algunos desarrollan el síndrome del superviviente, que se define por sentimientos de culpabilidad por haber sobrevivido a la enfermedad, mientras que otros no <i>'otros han muerto, ¿por qué yo no?'</i> es un pensamiento muy habitual. - Muchos de estos pacientes tienden evitar tener contacto con el ambiente médico o negarse a exponerse a cualquier ambiente que le genere el dolor de recordar el rol de enfermo. 	<p>profesionales, o dándole otras ayudas al paciente si tras la enfermedad tuviera algún tipo de discapacidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Los supervivientes tienen ciertas características comunes, pero cada uno ha tenido una experiencia diferente del cáncer, dependiendo de sus características personales, curso de la enfermedad, tratamientos, etc. Por ello es importante, ver el significado y el sentido que ha tenido para cada uno el cáncer en sus vidas. - El objetivo final de los psicooncólogos es garantizar la mejor calidad de vida posible. Por tanto, es importante que ayuden a los pacientes con el manejo de la ansiedad que pueda generarles los ambientes médicos o cualquier estímulo que les recuerde al hospital. - El paciente tiene que entender que a corto plazo la evitación puede producirle alivio, pero a largo plazo puede perjudicarlo, lo recomendable es que aprenda a controlar su miedo y ansiedad, hasta conocerse a sí mismo/a en esas circunstancias. Es importante incluir el componente educativo en la rehabilitación psicológica.
--	---

(Información recopilada de Alonso y Bastos, 2011; Die y Vecino, 2003; Malca, 2005; Rojas, 2006)

Como se expone en la tabla 6, los supervivientes pueden tener secuelas psicológicas severas derivadas de haber padecido cáncer, aunque también hay reacciones positivas ante la vida, siendo estos algunos testimonios de supervivientes (Alonso y Bastos, 2011):

- *'Creo que ahora estoy mejor que antes de la enfermedad, antes intentaba no molestar, agradar a los demás, ahora es diferente (...) la enfermedad me ha hecho cambiar (...) ahora quiero disfrutar el presente, liberarme del pasado y del futuro...'* (p.199).
- *'Creo que tengo mucho miedo a que la enfermedad vuelva a aparecer, a tener metástasis y me pase lo que a mi hermana, tengo miedo a morirme (...) a veces me dan ataques de miedo, ante cualquier cosa que me noto lo interpreto como maligno, pienso que es una metástasis (...) esto es el fin, me muero...'* (p.200).
- *'Ya estoy otra vez (hablando del miedo a que la enfermedad reaparezca) en esa parte del porcentaje donde las estadísticas fallan, ¡Dios mío, qué futuro tan incierto! ¿Estarán cubiertos mis riesgos?'* (p.200).

4.6.Fase terminal

Según el “Programa de atención a los pacientes en fase terminal” (Insalud, 1997), en los pacientes que se encuentran en fase terminal, se suelen dar una serie de características comunes: enfermedad avanzada, no respuesta a tratamiento, presencia de síntomas intensos, mal pronóstico, etc. Los problemas de esta fase son tanto físicos como psicológicos, las reacciones emocionales que se den irán en dependencia de la conciencia que tenga el paciente de la situación. Al igual que en las fases de diagnóstico y tratamiento, se ha de seguir un proceso de adaptación, se distinguen tres momentos importantes:

- Impacto de la noticia, que puede generar reacciones como la negación y la ansiedad.
- El afrontamiento, se puede reaccionar con miedo, rabia, o un estado de ánimo deprimido.
- La adaptación, el paciente pone en marcha sus estrategias psicológicas para paliar el malestar psicológico que siente.

La mayor parte de los pacientes se adaptan a la situación de enfermedad y a la muerte, pero es un proceso muy doloroso, es fundamental el apoyo de la familia y de las personas más queridas, así como del personal médico y asistencial (Alonso y Bastos, 2011). Terapias como ‘La terapia de la dignidad’ o ‘La terapia centrada en el sentido de la vida’ pueden ser muy beneficiosas para los pacientes que están recibiendo cuidados paliativos, les permite recapitular a etapas anteriores de sus vidas, y formar un esquema general de ellas.

Tabla 7. *Actuaciones psicológicas en la fase terminal o final de la enfermedad*

Dificultades psicológicas más frecuentes durante la fase terminal	Actuaciones psicológicas
<ul style="list-style-type: none"> - Van a presentarse problemas tanto físicos como psicoemocionales. - Las reacciones emocionales en este momento son muy intensas, el paciente y sus familiares tienen mucho que procesar. - Emociones como: negación, rabia, depresión, ansiedad, agresividad, aislamiento, y miedo a la muerte, son algunas reacciones comunes. - Los pacientes pueden presentar distintas fobias debido a los tratamientos y a la ansiedad generada. - Estos pacientes presentan múltiples pérdidas, además de padecer dolores que a veces no se pueden controlar (a no ser que se les administren sedantes si están hospitalizados). - Algunos de los enfermos sienten una gran dependencia de sus familiares. Son 	<ul style="list-style-type: none"> - El proceso es muy difícil y largo, y debe convertirse en el objetivo asistencial. - En la intervención psicológica con un paciente terminal es importante tener en cuenta que van a estar presentes estados emocionales intensos, y esto no implica que el proceso de morir sea un proceso psicopatológico. - La principal función del psicooncólogo es ofrecer una mejor calidad de vida, tanto al paciente como a sus familiares. - Detectar y atender las necesidades psicológicas y sociales que puedan presentar. - Ayudar a hacer más llevadero el dolor y los síntomas físicos. - Ofrecer apoyo emocional y potenciar estrategias de afrontamiento para aceptar el final de la vida.

<p>conscientes de que van a morir, y no quieren pasar solos los últimos momentos de su vida.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hay pacientes que tienen mucho miedo a la muerte, no la aceptan, y hasta el último momento buscan 2ª opiniones o tratamientos alternativos, para intentar curarse. - Muchos pacientes terminales tienen asuntos pendientes, temen dejar solos a sus familiares, dejarles un mal recuerdo, etc. Tanto así que pueden olvidarse de ellos mismos, y de su sufrimiento. - Los pacientes en esta etapa tienen las capacidades físicas muy afectadas, pudiendo tener problemas para la realización de las actividades diarias (vestirse, ir solos al baño, comer, hablar, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> - Si fuera necesario, reconducir las necesidades espirituales del paciente. - Acompañar al paciente en el proceso de morir, y a sus familiares en la elaboración del duelo no patológico. - Diagnosticar y tratar psicopatologías propias de esta etapa, delirios, alucinaciones, depresión, somatizaciones, etc. - Ayudar al paciente en sus asuntos pendientes. - Puede ser aconsejable plantear un plan de despedida, en el que el paciente analice todas las etapas de su vida (infancia, juventud...). Esto podría facilitar el desapego a las etapas ya vividas, y así poder centrarse en el momento presente y en las personas a la que tiene al lado. - Se ofrecerán posibles recursos para que el paciente pueda llevar mejor el no tener un funcionamiento físico normativo (a veces las terapias de grupo son beneficiosas en esta fase, encontrarte con personas que están pasando por lo mismo, puede reconfortar, y sentirse más comprendidos).
--	--

(Información recopilada de Alonso y Bastos, 2011; Malca, 2005; Rojas, 2006; Schröder, M, 2003)

Como podemos ver en la tabla 7, la fase final de la vida es un proceso psicológico largo y duro para el paciente y sus familiares. Las reacciones y comportamientos de los pacientes en esta fase no son fáciles (Alonso y Bastos, 2011):

- *‘Pensé que lo tenía todo muy asimilado y no lo tengo, pensé que era más fuerte. Desde que me lo dijeron me quedé bloqueada, no sé si tengo miedo ni a qué tengo miedo, me hubiera gustado disfrutar cosas de mis hijos (...) Estoy acobardada, falta de fuerza, con muchas ganas de llorar, me gustaría estar sola, cerrar los ojos y taparme la cabeza...’* (p.195).

5. CONCLUSIONES

El principal objetivo de este trabajo ha sido estudiar las distintas reacciones y necesidades psicológicas de los pacientes con cáncer, y de las personas que los acompañan. Se plantean distintas intervenciones dependiendo de la fase en la que esté la enfermedad, un aspecto muy común a lo largo de todo el proceso oncológico es la inhibición emocional, es decir, el control de las emociones que los pacientes realizan. Muchos de los enfermos deciden no expresar el miedo y el sufrimiento que el cáncer está causando en sus vidas por no preocupar a sus familiares, o incluso por no alarmarse a ellos mismos al ser conscientes del

diagnóstico.

En la sociedad actual la restricción de los sentimientos y de las emociones está muy presente, cada vez se admite menos la tristeza o el enfado por ser reacciones negativas que generan sufrimiento en la persona y en los demás. El cáncer es una enfermedad que puede causar una crisis existencialista, surgen interrogantes: *‘¿me moriré?’ ‘¿qué puedo hacer para sobrevivir?’ ‘¿podrán soportar mi pérdida mis seres queridos?’*.

Estos interrogantes son normales en un proceso duro donde se suceden las visitas al hospital, y se reciben tratamientos que merman la calidad de vida, pero a pesar de ello se juzga que el enfermo ha de ser fuerte y no puede permitirse un momento de debilidad, su obligación ahora es luchar. En consecuencia, muchos pacientes piden ayuda psicológica en el periodo de la remisión de la enfermedad o en la fase de supervivencia, es decir, cuando ya han pasado por todo el trascurso de los tratamientos. Esto se debe a que una vez se relajan, son conscientes del impacto que la enfermedad ha tenido en sus vidas, de las pérdidas que han vivido, y del duelo no superado.

Morris y Greer (1980), y más tarde Eysenck (1987) hicieron referencia a un estilo de la personalidad caracterizado por contención emocional, es la llamada personalidad tipo C, se asocia este patrón de conducta a una mayor probabilidad de tener cáncer o a un modo de afrontamiento en el que se suprimen las emociones socialmente negativas como la ira o la tristeza. La inhibición emocional puede generar un malestar psicológico mayor que una expresión abierta de las emociones negativas, pudiendo empeorar el estado de salud de la persona (en Martínez et al., 2004). Todas las emociones forman parte de la vida y tienen su momento, en referencia a esto, Holland y Lewis (2003) usan el término *“tiranía del pensamiento positivo”* y señalan que: *“...para muchos pacientes, el cáncer en la experiencia más difícil y aterradora a la que se han enfrentado. Todas esas supercherías, que proclaman que si uno no tiene una actitud positiva y está deprimido el tumor crece más rápidamente, invalidan las reacciones naturales y comprensibles de las personas ante algo que amenaza su vida”* (Citado en Alonso y Bastos, 2011, p.192).

En definitiva, el enfermo va a experimentar una serie de emociones a lo largo de la enfermedad, y ninguna intervención psicológica debería centrarse en un control rígido de las emociones. Las etapas vienen y van, y puede haber una regresión a los temores típicos de los estadios iniciales, aceptarlos y tratarlos es esencial para que el paciente vaya derribando los mitos que giran en torno al diagnóstico del cáncer, pudiendo adaptarse con mayor facilidad al tratamiento y a la enfermedad.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alonso Fernández, C. & Bastos Flores, A., (2011). Intervención Psicológica en Pacientes con Cáncer. *Clínica Contemporánea*, 2 (2), 187-207. Recuperado de: <https://doi.org/10.5093/cc2011v2n2a6> [Acceso 4 de Mayo de 2020]
- Álvarez, C., Robert, V., & Valdivieso, F. (2013). Psicooncología: Un modelo de intervención y apoyo psicosocial. *Revistas Médica Clínica Las Condes*, 677-684. Recuperado de: [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(13\)70207-4](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(13)70207-4) [Acceso 4 de Mayo de 2020]
- Arranz, P., Barbero, J. L., Barreto, P., & Bayés, R. (2003). *Intervención emocional en cuidados paliativos. Modelo y protocolos*. Barcelona: Ariel Ciencias Médicas.
- Barrera, M., Martínez, S., Oliveros, E., & Pinto, T. (2009). Afrontamiento ante el Diagnóstico de Cáncer. *Revista De Psicología GEPU*, 1(2), 19-27. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4392153> [Acceso 5 de Mayo de 2020]
- Barreto, P. (2000). El Counselling como instrumento terapéutico. En M.Die y E.López, *Aspectos Psicológicos en Cuidados Paliativos. La comunicación con el enfermo y la familia* (pp. 301-310). Madrid: ADES Ediciones.
- De Vita ,V.T. , Hellman, S., & Rosenberg S.A. (1984). Cáncer. *Principios y Práctica de Oncología*. Salvat Editores.
- Die, A., & Die, J. (2003). El cáncer y sus tratamientos. En Die, M. (Ed.), *Psicooncología* (pp.42-49). Madrid, España: ADES Ediciones.
- Die, A. &Die, M. (2003). La cirugía oncológica. En Die, M. (Ed.), *Psicooncología* (pp. 266-273). Madrid, España: ADES Ediciones.
- Die, M (2003). Psicoterapia de grupo. En Die, M. (Ed.), *Psicooncología* (pp. 520-529). Madrid, España: ADES Ediciones.
- Die, M. (2003). Radioterapia. En Die, M. (Ed.), *Psicooncología* (pp. 276-280). Madrid, España: ADES Ediciones.
- Die, M., & Vecino, S. (2003). El superviviente de cáncer. En Die, M. (Ed.), *Psicooncología* (pp. 126-139). Madrid, España: ADES Ediciones.

- Gil, F., Lluch, P., & Maté, J. (2003). Quimioterapia, hormonoterapia e inmunoterapia. En Die, M. (Ed.), *Psicooncología* (pp. 286-289). Madrid, España: ADES Ediciones.
- Gutiérrez, O., Luciano, M. C., & Páez, M. B. (2005). LA APLICACIÓN DE LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO (ACT) EN EL TRATAMIENTO DE PROBLEMAS PSICOLÓGICOS ASOCIADOS AL CÁNCER. *PSICOONCOLOGÍA*, 2 (1), 49-70. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1957671> [Acceso 5 de Mayo de 2020]
- Hayes, S.C. & Luciano, M.C. (2001). Trastorno de evitación experiencial. *Rev Int Psicol Clin y Salud*, 1, 57-109.
- Koocher, G.P., & O'Malley, J.E. (1981). *The Damocles síndrome: Psychological consequences of surviving childhood cancer*. New York: McGraw-Hill.
- INE-España Eurostat. (2019). Estadística de defunciones según causa de muerte. Consultado el 10 de Abril de 2020, Recuperado de: https://www.ine.es/infografias/infografia_fallecidos_cancer.pdf
- INSALUD (1997). *Programa de atención a los pacientes en fase terminal. Área 11*. Madrid: Instituto Nacional de la Salud.
- Malca, B. (2005). PSICOONCOLOGÍA: ABORDAJE EMOCIONAL EN ONCOLOGÍA. *PERSONA Y BIOÉTICA*, 9 (2), 64-67. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2053415> [Acceso 4 de Mayo de 2020].
- Martínez, A. E. L., Ríos, F. L., & Roales-Nieto, J. G. (2004). Comportamiento como riesgo para cáncer. En *Psicología de la salud: aproximación histórica, conceptual y aplicaciones* (pp. 391-406). Pirámide.
- Meseguer, C. (2003). El adulto con cáncer. En Die, M (Ed.), *Psicooncología* (pp. 104-112). Madrid, España: ADES Ediciones.
- Miaja Ávila, M., & Moral de la Rubia, J. (2015). Contraste empírico del modelo de cinco fases de duelo9 de Kübler-Ross en mujeres con cáncer. *Pensamiento Psicológico*, (1), 7-25. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5137113> [Acceso 5 de Mayo de 2020]

- Mingote, J.C., Denia, F. & Alonso, C. (1997). Psicoprofilaxis quirúrgica: estrategias de intervención para la prevención y reducción del estrés de los pacientes quirúrgicos. *Cirugía Española*, 62, 64-73.
- Organización Mundial de la Salud. (2020). Cáncer. Consultado el 6 de Mayo de 2020, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
- Pérez Juárez, M. (2019). *Fase diagnóstica en el cáncer: reacciones emocionales del paciente y la importancia de la primera entrevista en Psicooncología* (Trabajo de Fin de Grado). Universitat de les Illes Balears. Recuperado de: <https://dspace.uib.es/xmlui/handle/11201/150815> [Acceso 5 de Mayo de 2020]
- Puente, J., & de Velasco, G. (2019). ¿Qué es el cáncer y cómo se desarrolla?. Consultado el 6 de Mayo de 2020, de <https://seom.org/informacion-sobre-el-cancer/que-es-el-cancer-y-como-se-desarrolla>
- Rojas-May, G., 2006. Estrategias de intervención psicológica en pacientes con cáncer de mama. *Revista médica clínica Condes*, 17 (4), 194-197. Recuperado de: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-X0716864006320867> [Acceso 4 de Mayo de 2020].
- Schröder, M. (2003). Impacto emocional y tratamiento psicológico durante la fase terminal. En Die, M. (Ed.). *Psicooncología* (pp. 630-634). Madrid, España: ADES Ediciones.
- Soriano, J. F. (2002). Reflexiones sobre el concepto de afrontamiento en psicooncología. *Boletín De Psicología*, (75), 73-85. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=741934> [Acceso 5 de Mayo de 2020]