



Facultad de Ciencias Biomédicas

Licenciatura en Psicología

## **TRABAJO DE INTEGRACIÓN FINAL**

### **SUPERVIVIENTES DEL CÁNCER, EXPERIENCIAS Y NECESIDADES DE PACIENTES QUE HAN SUPERADO UNA ENFERMEDAD ONCOLÓGICA**

**Ansiedad y Depresión en sobrevivientes del cáncer**

ALUMNA: Florencia Luchini

SUPERVISORA: Mag. Lourdes Bertolino

COORDINADORA: Dra. Lucía M. Alba- Ferrara, Lic., Msc., PhD.

Noviembre 2018

## Índice

1. Resumen.....	2
2. Delimitación del objeto de estudio, objetivos y su fundamentación.....	3
2.1. <i>Delimitación del Objeto de Estudio</i> .....	3
2.2. <i>Objetivos</i> .....	4
2.3. <i>Fundamentación</i> .....	5
3. Metodología.....	8
4. Desarrollo Conceptual.....	9
4.1. <i>Cáncer y malestar emocional</i> .....	9
4.2. <i>Cáncer y Calidad de vida</i> .....	13
4.3. <i>Cáncer y Ansiedad</i> .....	15
4.4. <i>Cáncer y Depresión</i> .....	19
4.5. <i>Instrumentos de Evaluación Psicológica</i> .....	21
4.6. <i>Psicooncología</i> .....	23
4.7. <i>Intervenciones Terapéuticas</i> .....	25
4.7.1. <i>Mindfulness o Atención Plena</i> .....	26
4.7.2. <i>Relajación y terapias basadas en la imaginación</i> .....	28
4.7.3. <i>La Activación Conductual- Terapia de Aceptación</i> .....	28
4.7.4. <i>Psicología Positiva</i> .....	29
5. Síntesis y Conclusiones.....	31
6. Referencias Bibliográficas.....	34
7. Anexo.....	38

## 1. Resumen

Durante los últimos años, gracias a la detección temprana de la enfermedad y a los avances en los tratamientos oncológicos se ha producido un número elevado de supervivientes del cáncer. Ello, si bien es un dato alentador, representa un amplio número de pacientes susceptibles de desarrollar afecciones psicológicas y necesidades de atención, tanto médicas, emocionales y sociales que pueden limitar la calidad de vida. El presente trabajo tiene como objetivo conocer y analizar la depresión y ansiedad en supervivientes, como así también identificar posibles intervenciones para el abordaje terapéutico de los mismos. Se revisará la bibliografía existente sobre ansiedad y depresión como así también modalidades terapéuticas en sujetos supervivientes a la enfermedad. Las connotaciones que las personas atribuyen al cáncer, la pérdida de la sensación de control, como así también la del soporte que suponía el contacto regular con los médicos y una constante preocupación a la recaída, podrían generar la presencia de síntomas asociados a los trastornos de ansiedad y/o depresión. A partir de la revisión bibliográfica de numerosos estudios, la prevalencia de ansiedad ha sido estimada entre 6 y 23 % y la vinculada a la depresión entre 0 y 58%. Las intervenciones terapéuticas basadas en la atención plena o mindfulness, la activación conductual (BA) y/o la terapia de aceptación y compromiso (ACT), resultarían eficaces en la reducción de estos síntomas. Es así que encontramos la psicooncología como especialidad la cual se orienta a mediar y aliviar el dolor de los pacientes, desde una mirada holística e integral. Su propósito final es aliviar el estrés emocional y la humanización de los tratamientos.

**Palabras clave:** cáncer, supervivientes, ansiedad, depresión, psicooncología.

## **2. Delimitación del objeto de estudio, objetivos y su fundamentación.**

### *2.1. Delimitación del Objeto de Estudio*

El presente Trabajo de Integración Final, teórico de Revisión Bibliográfica, se propone estudiar el impacto emocional en una persona que superó una enfermedad como el cáncer. Para ello, en primer lugar, se analizarán las características emocionales de los supervivientes de cáncer y sus consecuentes posibles trastornos ocasionados por la enfermedad.

Tomando como referencia la bibliografía consultada, podemos observar que el cáncer es una enfermedad compleja que afecta significativamente la vida de las personas en diferentes dimensiones. Tal como desarrollan Robert, Álvarez y Valdivieso (2013) el cáncer implica un impacto que trasciende la conmoción física, implica también un proceso emocional que involucra aspectos personales, familiares y ambientales de la persona.

Dada su alta incidencia y el incremento exponencial de casos proyectados a futuro, el abordaje psicosocial de estos pacientes debiera ser un tema prioritario en las agendas de los sistemas de salud de nuestro país (Cardoso y Massone, 2018).

Según la Real Academia Española, el “*cáncer*” es el nombre común que recibe un conjunto de enfermedades relacionadas en las que se observa un proceso descontrolado en la división de las células del cuerpo. El cáncer es una de las principales causas de mortalidad (López Camacho, 2018).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) es la segunda causa de muerte en el mundo y en el año 2015 ha ocasionado 8,8 millones de muertes, siendo uno de cada seis fallecimientos en el mundo causa de algunos de sus tipos. El cáncer es una enfermedad que causa gran impacto en la vida de quienes son diagnosticados (Muñoz et al., 2016). Según el Instituto Nacional del cáncer, la Argentina tiene una incidencia de 217 casos por 100.000 habitantes, cifra que la posiciona dentro de los países con incidencia media-alta, ubicándola en el séptimo lugar en la región de América.

Se trata de una enfermedad con niveles de prevalencia diferentes según las edades. Si bien es cierto que aproximadamente un 66% de los supervivientes oscilan los 65 años de edad, la tendencia actual muestra un creciente aumento en poblaciones de mediana edad y jóvenes,

económicamente activos y con proyección profesional, para lo que se deberán disponer servicios especializados (Arrighi, 2011).

El diagnóstico de cáncer en una persona, genera un gran impacto emocional, despertando fuertes temores. Es habitual que las energías depositadas en las visitas hospitalarias, controles, pruebas y el desgaste físico y psicológico que comporta el impacto de la enfermedad, hace que los afectados y sus familiares experimenten una sensación de desorientación y desprotección, una vez que se han acabado los tratamientos activos (Arrighi, 2011).

Ser diagnosticado de cáncer y superar los tratamientos implica para el paciente superar necesidades de atención, tanto médicas como emocionales y sociales que les limitan la calidad de vida. Es por ello que se afirma que “las connotaciones que las personas atribuyen al cáncer influyen en el bienestar emocional de los diagnosticados de dicha patología” (Aguirre-Camacho y Moreno-Jiménez, 2017). Según López Camacho en algunos pacientes mientras están viviendo la enfermedad no se aprecian signos de angustia, sufrimiento o fragilidad psíquica pero luego, tras su finalización, es cuando se comienzan a detectar alteraciones emocionales intensas. Ello puede explicarse porque durante la fase de manifestación y tratamiento de la enfermedad, los pacientes experimentan una sensación de control por ellos mismos y por los médicos que los asisten. Esta sensación de tranquilidad se perdería al finalizar los tratamientos y al ser dados de alta. Los pacientes se enfrentarían a la experiencia de pérdida del soporte que suponía el contacto regular con los médicos que los acompañaron a lo largo de todo su tratamiento. Se perdería la sensación de control y se acumularían una serie de miedos y una constante preocupación a la recaída (López Camacho, 2018).

Considerando lo expuesto anteriormente, se plantean las siguientes preguntas de investigación: ¿Los supervivientes de una enfermedad oncológica, podrían presentar síntomas de ansiedad y depresión, como consecuencia del impacto que produce la enfermedad? ¿Tanto para la ansiedad como para la depresión, existirían abordajes específicos para la atención de los pacientes adultos supervivientes de una enfermedad oncológica?

## *2.2. Objetivos*

### Objetivo General:

Conocer y analizar la depresión y ansiedad en pacientes supervivientes de una enfermedad oncológica.

Objetivos específicos:

1. Describir las características emocionales del paciente superviviente de una enfermedad oncológica.
2. Caracterizar la ansiedad en pacientes supervivientes de una enfermedad oncológica.
3. Caracterizar la depresión en pacientes supervivientes de una enfermedad oncológica.
4. Identificar posibles intervenciones para el abordaje terapéutico en el tratamiento de la ansiedad y depresión en pacientes supervivientes de una enfermedad oncológica.

2.3. *Fundamentación*

Durante los últimos años, gracias a la detección temprana de la enfermedad y a los avances en los tratamientos oncológicos se ha producido un número elevado de supervivientes del cáncer. Ello si bien es un dato alentador, representa un amplio número de pacientes susceptibles de desarrollar afecciones psicológicas tanto físicas como sociales posteriores al tratamiento oncológico.

Según el National Cancer Institute, las estadísticas del cáncer nos describen: (i) cuántas personas reciben un diagnóstico de cáncer, (ii) cuántas personas mueren por la enfermedad cada año, (iii) cuántas personas sobreviven luego de transitado el tratamiento y superada la enfermedad (iv) las personas que aún está vivas luego del diagnóstico y (v) nos brindan las diferencias según el sexo, la edad, grupo étnico y ubicación geográfica.

El Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos (2014), considera superviviente de cáncer al individuo desde la confirmación de su diagnóstico hasta el final de la vida. Esta expresión procede de la traducción de un concepto inglés que considera superviviente a una persona diagnosticada de cáncer que se ha curado y está sin tratamiento. En este sentido,

“*superviviente*” es aquel paciente que a los cinco años del diagnóstico y tratamiento se encuentra libre de enfermedad, lo que en la mayoría de los casos implica su curación.

Cuando el número de supervivientes de cáncer comenzó a crecer de manera continuada a partir de los años '70, empezaron a surgir alrededor del mundo una serie de organizaciones que tuvieron por misión identificar las necesidades médicas, psicológicas, económicas y legales relacionadas a la calidad de vida de este grupo de personas. Se puede decir que el término “*superviviente de cáncer*” fue oficialmente utilizado por primera vez en el año 1985 en un artículo escrito por los fundadores de la Coalición Americana de Supervivientes de Cáncer.

Según el Instituto Americano del Cáncer, cuando se habla de “*supervivencia*”, la atención se centra en la calidad de vida de la persona, desde que ha finalizado los tratamientos y hasta el final de la vida. Este concepto incluye los aspectos físicos, psicosociales y económicos relacionados con el cáncer, más allá de la fase de diagnóstico y tratamiento. Se incorporan, además, aspectos relacionados con el acceso al sistema sanitario, el seguimiento de los tratamientos, los posibles efectos secundarios del tratamiento, segundos tumores y el mantenimiento de la calidad de vida.

En el transcurso de la enfermedad oncológica, el proceso de duelo psicológico resulta inevitable. El “*duelo*” es el proceso de adaptación ante una serie de pérdidas, referidas tanto a la salud como a la estabilidad y seguridad que solía tener la persona antes de padecer la enfermedad. La intervención de la psicología como especialidad para mediar y aliviar el dolor de los pacientes y familiares, se hace imprescindible, surgiendo así la “*Psicooncología*” (Cabrera Macías, López González, López Cabrera y Arredondo Aldama, 2017). Esta ciencia surge para resguardar las necesidades psicológicas asociadas a este proceso mórbido, se encarga de estudiar las respuestas emocionales de los pacientes, sus familias y el equipo médico, las variables psicológicas, sociales y conductuales que influyen en la prevención, riesgo y sobrevida de estos pacientes. Su objetivo es aliviar síntomas psíquicos y tratar de alcanzar una mayor humanización de los tratamientos.

El cáncer es una enfermedad compleja que compromete a la persona que la padece, generando un estrés socioemocional que condiciona la calidad de vida y justifica la demanda de atención psicoterapéutica. La sobrevida de los pacientes con cáncer, libre de enfermedad demostrable durante períodos de tiempo relativamente largos, es un proceso de negociación

continuo para lograr su reinserción al mundo. Ello explica la necesidad de involucrar a las personas en procesos de intervención psicológica encaminados a reconstruir el sentido de sus vidas (Cabrera Macías et al., 2017). Estos pacientes ya experimentan conscientemente o no, el dolor físico, psicológico, social y espiritual que implica atravesar tan dura enfermedad, tras la amenaza de la recidiva y de la muerte.

El informe Mundial del Cáncer publicado en 2008, puso de manifiesto que no solo se presentan una serie de necesidades no cubiertas durante la fase de tratamientos, sino que las utilidades de los servicios de salud mental son mayores durante la fase post-tratamientos comparadas con la población general (World Cancer Repott, 2008). Por este motivo, resulta indispensable la necesidad de disponer instrumentos de medida diseñados para identificar las necesidades de las personas que han finalizado los tratamientos oncológicos.

Se podrán diseñar estrategias que contemplen servicios destinados a cubrir las necesidades que se presentan a nivel emocional. Los pacientes que han finalizado tratamientos oncológicos pueden enfrentarse a secuelas -algunas temporales y otras permanentes- para las que necesitan una asistencia adecuada. La angustia, la ansiedad y la preocupación por una recaída suelen ser las necesidades más prevalentes (Arrighi, 2014).



### **3. Metodología**

El presente trabajo de integración final tiene un diseño teórico de revisión bibliográfica para el cual se procederá a analizar la literatura científica de los últimos 10 años sobre ansiedad y depresión en supervivientes de cáncer.

Para el mismo se utilizarán distintas fuentes de información primaria como libros de texto, revistas científicas y tesis de grado y post grado, así como también, fuentes de información secundarias, es decir, bases de datos tales como Redalyc, Scielo, PsycNet y el buscador Google Académico.

Los términos y palabras claves usadas para la búsqueda de información sobre el tema son: cáncer, supervivientes, ansiedad, depresión, psicooncología. En inglés: cancer, survivors, anxiety, depression, psycho-oncology.

En cuanto a la delimitación geográfica se tendrán en cuenta los textos e investigaciones realizadas principalmente en Latinoamérica (en países como Argentina, Colombia, México, Cuba, entre otros) y Europa (predominantemente en España e investigaciones de habla hispana), y también algunas publicaciones específicas de Estados Unidos o en idioma inglés. Respecto a la delimitación temporal, se analizaron estudios de los últimos 15 años (2003-2018), pero se priorizó la bibliografía obtenida y publicada a partir del año 2008 a la fecha.

Por último, cabe aclarar que se tendrán en cuenta aquellos artículos que aborden el cáncer en personas adultas, tanto masculino como femenino, que aborden la temática desde el afrontamiento individual y grupal por parte de la persona que padece la enfermedad. Se destacará el rol del psicooncólogo y su importancia en esta labor. Además, se tendrán en cuenta investigaciones para futuras líneas de investigación.

## **4. Desarrollo Conceptual**

### *4.1. Cáncer y malestar emocional*

El cáncer genera un importante sufrimiento psicológico que alcanza niveles de malestar emocional clínico en la mitad de las personas que lo padecen y se acompaña de trastornos psicopatológicos en más del 30% de los casos, una prevalencia superior a la de la población general, que precisa atención psicológica especializada (Hernández y Cruzado, 2013).

El malestar emocional es alto desde el inicio hasta el final de los tratamientos médicos y es un factor de riesgo de trastornos psicopatológicos (Hernández y Cruzado, 2013). Estos problemas requieren una adecuada detección y evaluación, a menudo obstaculizada por distintos motivos. Se necesitan herramientas sencillas, de fácil aplicación en las consultas médicas y adecuadas para detectar el malestar emocional y los problemas de salud mental que pueden sufrir estas personas; con ello se facilitaría la derivación de estos pacientes a la consulta del psicooncólogo para dar el tratamiento específico a los que lo precisen, en el contexto de la atención integral al paciente oncológico. Este objetivo compromete a todos los sanitarios (Hernández y Cruzado, 2013).

El cáncer se ubica como uno de los principales problemas de salud pública en el mundo. En este sentido, es necesaria la identificación y atención de problemas psicológicos en pacientes que presentan estas características. Durante el proceso de la enfermedad oncológica, el diagnóstico, tratamiento y período de seguimiento, los síntomas de ansiedad y depresión constituyen una constante en la vida del paciente con cáncer (Galindo Vázquez et al., 2015).

Como demuestran estos autores, diversas investigaciones a nivel mundial muestran que, en la población oncológica, del 15 al 58% de pacientes presentan sintomatología depresiva, y de 24 a 66%, sintomatología ansiosa. Estos valores representan índices superiores a los reportados entre la población general.

Es fundamental el diagnóstico y tratamiento de ambas patologías psicológicas, ya que pueden influir negativamente en la calidad de vida, duración del ingreso hospitalario, autocuidado, adhesión al tratamiento médico y síntomas como dolor, náuseas y fatiga (Galindo Vázquez et al., 2015).

Una de las herramientas más prácticas y económicas para la detección oportuna de sintomatología ansiosa y depresiva la constituyen los instrumentos de tamizaje válidos y confiables, ya que proporcionan una aproximación para la detección de posibles casos clínicos. Con el fin de identificar la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva en el contexto hospitalario, se podría utilizar la *Escala hospitalaria de ansiedad y depresión* (HADS por sus siglas en inglés), desarrollada por Zigmond y Snaith (1983) (Galindo Vázquez et al., 2015).

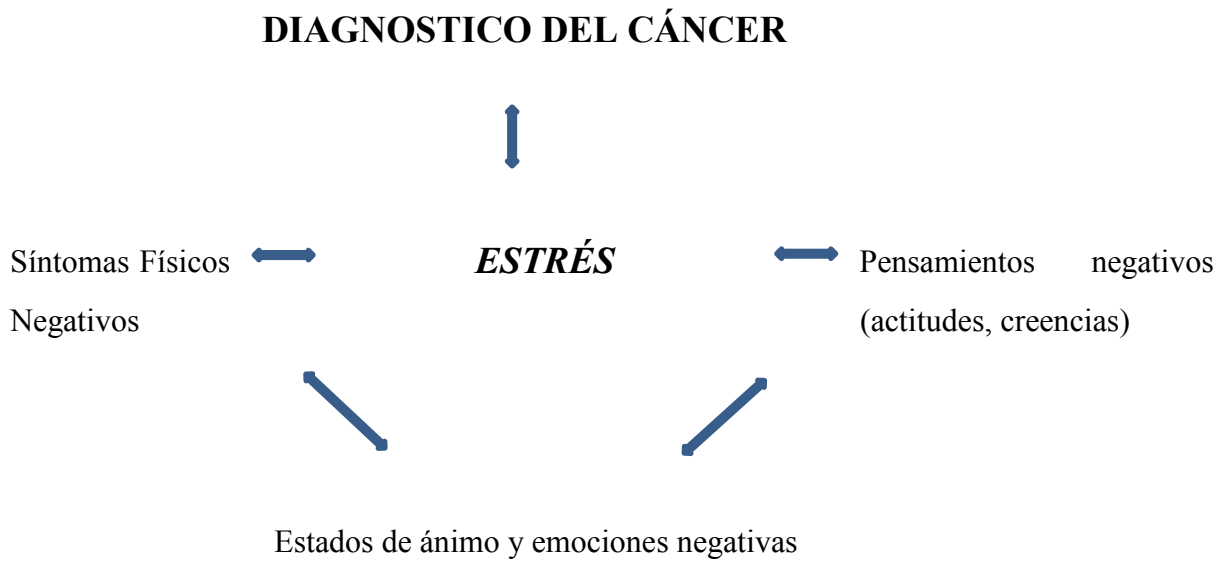
Se trata de un instrumento de fácil aplicación que se podría utilizar en instituciones hospitalarias y salas de atención médica primaria. Dicha escala se conforma de 14 ítems que consideran las dimensiones cognitivas y afectivas del paciente, pero con la peculiaridad que omite considerar los aspectos somáticos (insomnio, fatiga, pérdida del apetito, etc.) y así evitar atribuirlos a la enfermedad. Varias culturas y poblaciones ya han adoptado esta escala la cual ha demostrado ser adecuada para la detección de la ansiedad y depresión (Galindo Vázquez et al., 2015).

La forma en que se afronta la experiencia de la enfermedad, los tratamientos posibles, las creencias y el tipo de cáncer, dependerán de la situación personal y social de cada paciente. La experiencia del cáncer es estresante, ya que los pacientes se enfrentan diariamente al sufrimiento y deterioro, pasando de esta manera a ser de un acontecimiento estresante aislado a sufrir una serie de acontecimientos estresantes interconectados (López Camacho, 2018). Un 32% de las personas diagnosticadas de cáncer desarrollan problemas psicológicos. Entre los factores de vulnerabilidad de depresión en estos pacientes cabe destacar las pobres habilidades para abordar la situación, escaso apoyo social y preocupación ansiosa (López Camacho, 2018).

El impacto que produce el diagnóstico de cáncer en las personas, genera una situación estresante con sus respectivas consecuencias desfavorables. Los efectos emocionales, físicos y sociales de la enfermedad resultan estresantes para las personas con cáncer (Cabrera Macías et al., 2017).

El estrés podría provocar pensamientos, actitudes, creencias, emociones y estados de ánimo negativos en los pacientes oncológicos, como así también generar síntomas físicos negativos y/o conductas inadecuadas, lo que conllevaría un deterioro en su calidad de vida (Cardoso y Massone, 2018) conforme podemos graficar en la Figura 1: Efectos del diagnóstico del cáncer.

Figura 1: Efectos del diagnóstico del Cáncer (Cardoso y Massone, 2018).



Lazarus y Folkman (1986) definen el concepto de “*estrés*” refiriéndose a las interrelaciones que se producen entre la persona y su contexto. El estrés se produce cuando la persona valora lo que sucede como algo que supera los recursos con los que cuenta y pone en peligro su bienestar personal (Arrighi, 2014). Lazarus y Folkman se centran básicamente en los procesos cognitivos que se desarrollan entorno a una situación estresante. La experiencia estresante es resultado de las transacciones de la persona con su entorno. Estas transacciones dependen en primer lugar del impacto del estresor ambiental, impacto mediatizado por las evaluaciones que hace la persona del estresor y en segundo lugar por los recursos personales disponibles para hacer frente a la situación de estrés (Lazarus y Folkman, 1986). Estos mecanismos de afrontamiento, sirven a su vez para manipular el problema en sí, y son esenciales para regular las respuestas emocionales que puedan aparecer ante situaciones estresantes. Según el autor cada persona tiene una manera determinada de afrontar el estrés. Los diversos niveles de estrés y de perturbación emocional que experimentan los pacientes con cáncer y sus familiares al recibir el diagnóstico y someterse a los tratamientos justifican la necesidad de la atención psicológica al paciente que padece cáncer.

El objetivo del trabajo psicoterapéutico es entender y aceptar el impacto del diagnóstico, estimular los recursos para el afrontamiento y abordar los efectos del tratamiento médico y quirúrgico para prevenir complicaciones psicopatológicas. Para el manejo del estrés se emplean

intervenciones psicosociales destinadas a reducir la tensión y esto a su vez reduce el cansancio. Se emplean intervenciones mediante grupos de apoyo, orientación individual, adaptación exhaustiva y entrenamiento contra el estrés. Dentro de las intervenciones psicosociales más comunes están: la intervención conductual, la intervención cognitiva, la intervención cognitivo-conductual, el asesoramiento, la intervención psicoeducativa, la terapia de grupo, la conciencia plena y las técnicas en habilidades.

Según las estimaciones realizadas por la *International Agency for Research on Cancer* -IARC- (2012) el 45% de los pacientes oncológicos sufren de malestar emocional, en tanto perciben que las demandas de la nueva situación son demasiado altas o que sus recursos son escasos para responder eficazmente a dicha demanda.

Según López Camacho (2018), numerosos estudios demuestran la importancia de la psicoterapia para la sobrevivencia de los pacientes, resultando efectos psicosociales positivos como mejoras de ánimo. Según este autor, la flexibilidad psicológica, ha sido definida como “la capacidad de contactar plenamente con el momento presente y los pensamientos y sentimientos que contiene, sin necesidad de defensa y dependiendo de la situación, cambiar o persistir en el comportamiento con el objetivo de alcanzar fines valiosos” y ha sido relacionada e identificada como un importante mecanismo de cambio psicoterapéutico en personas con enfermedades crónicas.

Las actitudes y los significados atribuidos al cáncer pueden tener un impacto notable sobre el bienestar emocional de las personas diagnosticadas, la presencia de narrativas negativas con respecto a la enfermedad podría derivar en inflexibilidad psicológica, la cual pasaría a constituir una forma de vulnerabilidad, e implicaría la etiología y mantenimiento de trastornos mentales como la ansiedad, depresión y estrés post-traumático (Aguirre-Camacho y Moreno-Jiménez, 2017).

En la revisión de estos autores, se realizó un breve recuento sobre la construcción social del cáncer en los medios de comunicación y su influencia en las creencias y significados atribuidos a dicha enfermedad. Argumentando que dichas creencias y significados podrían ser relevantes en el entendimiento de la relación entre inflexibilidad psicológica y estrés relacionado con el cáncer. Los medios de comunicación presentarían en ocasiones, información

enfocada a las consecuencias negativas asociadas al cáncer. Recibir un diagnóstico de cáncer, resultaría ser una experiencia altamente angustiada.

#### 4.2. Cáncer y Calidad de vida

Según la OMS, la calidad de vida es: “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas y sus inquietudes”. Es un concepto amplio que está influido por la salud tanto física como del estado psicológico de la persona. Es un fenómeno multifacético, que implica una variedad de dimensiones, y no únicamente el funcionamiento físico.

El concepto de calidad de vida es plurivalente, dinámico, flexible significativo para cada sujeto y multidisciplinario. La definición combinada de calidad de vida es la más utilizada por considerar que abarca aspectos globales y sus diferentes dimensiones. La “multidimensionalidad” de la calidad de vida relacionada con la salud abarca aspectos subjetivos que parten de la percepción que cada persona tiene de su propio estado de salud, independientemente de la discrepancia con el concepto médico que permite la efectividad de un tratamiento, una terapia o un cambio de su estilo de vida (Cardona y Agudelo, 2009).

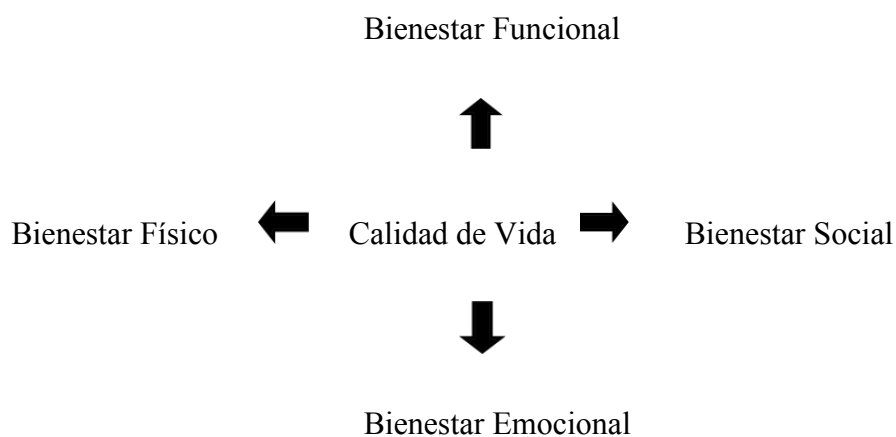
Tabla 1. Dimensiones de la Calidad de vida

PSICOLÓGICA	Depresión, Ansiedad, Ajuste a la enfermedad
SOCIAL	Relaciones Personales.  Relaciones sexuales  Compromiso en Actividades Sociales
OCUPACIONAL	Capacidad y Deseo de llevar a cabo su Trabajo.  Capacidad para llevar a cabo las Labores de su casa.
FÍSICA	Dolor, Movilidad, Sueño, Apetito, Náuseas, funcionamiento.

La calidad de vida resulta ser un concepto subjetivo que refleja el punto de vista individual del bienestar y del funcionamiento de cada persona, es experiencial y evaluativo, es dinámico, flexible y significativo para cada sujeto y fundamentalmente es multidimensional porque se basa en una medición tanto global como de los dominios específicos identificados como constitutivos de la calidad de vida (Cardoso y Massone, 2018).

De este modo podemos graficar la calidad de vida y sus diferentes tipos de bienestar de la siguiente manera:

*Figura 2. Calidad de vida y Bienestar (Cardoso y Massone, 2018).*



Meta-análisis recientes muestran una relación consistente entre variables relacionadas con el funcionamiento psicológico positivo (emociones positivas, crecimiento o búsqueda de beneficios) y resultados robustos asociados con la salud como la mortalidad, indicadores físicos de salud o el grado de recuperación en enfermedades físicas (Vázquez et al., 2013).

Estudios recientes han demostrado entre 35 y 38 % de malestar emocional significativo, como consecuencias negativas psicológicas, entre las cuales se encuentran la fatiga, malestar emocional, depresión y estrés post-traumático transcurrida la enfermedad oncológica. Existiría evidencia que asocia este malestar emocional con peor calidad de vida, menor adherencia a los tratamientos oncológicos y peor supervivencia general (Ochoa, Casellas-Grau, Vives, Font y Borrás, 2017).

Sin embargo, tras el diagnóstico de cáncer, los sobrevivientes podrían desencadenar cambios vitales positivos, los cuales se los han pasado a nombrar como crecimiento post traumático (CPT) en la literatura. Estas modificaciones serían cambios cognitivos y conductuales positivos que se darían tras atravesar la enfermedad (Ochoa et al., 2017).

Según Vázquez et al., (2013) frente al diagnóstico del cáncer y al malestar psicológico que éste genera, el papel de las emociones y sentimientos positivos es una de las variables que inciden sobre el tratamiento y podrían impactar en la supervivencia de la persona.

Una visión integral del paciente oncológico supone, cada vez con mayor certeza, incluir el factor psicológico como aspecto relevante en el fenómeno de la enfermedad. La enfermedad oncológica trasciende el aspecto somático volviéndose fundamental en la vivencia de la vida y la muerte.

#### 4.3. Cáncer y Ansiedad

Según el diccionario de la Real Academia Española, el término ansiedad proviene del latín *anxietas*, refiriendo un estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo y suponiendo una de las sensaciones más frecuentes en el ser humano, siendo esta emoción complicada y displacentera que se manifiesta mediante una tensión emocional acompañada de un correlato somático.

La ansiedad se considera un estado emocional en el que el individuo se siente tenso, nervioso, preocupado o atemorizado de forma desagradable y que cursa con sintomatología física y psíquica y apareciendo generalmente asociada a manifestaciones somáticas (Maté, Hollenstein y Gil, 2004). Como explican estos autores, la ansiedad es una reacción autónoma del organismo tras la presentación de un estímulo que representa una amenaza, implicando a nivel físico un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo. En términos generales se dice que es adaptativa si es proporcional a la amenaza, transitoria, solo dura mientras persiste el estímulo temido y desadaptativa cuando es desproporcionada a la amenaza e implica un aumento anómalo de la frecuencia, intensidad y duración de los síntomas. Los síntomas de ansiedad pueden ser clasificados en somáticos, cognitivos o conductuales:

Tabla 2. Síntomas de la Ansiedad (Maté et al., 2004).

Síntomas Somáticos	Síntomas Cognitivos	Síntomas conductuales
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alteración del ritmo cardíaco</li> <li>• Disnea</li> <li>• Opresión torácica</li> <li>• Molestias gástricas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pensamientos negativos, distorsionados y recurrentes acerca de la enfermedad,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aislamiento social</li> <li>• Evitación de los estímulos temidos (baja adherencia al tratamiento,</li> </ul>



<ul style="list-style-type: none"> <li>• Náuseas y vómitos</li> <li>• Mareos</li> <li>• Cefaleas</li> <li>• Tensión muscular</li> <li>• Parestesias</li> <li>• Sudoración</li> <li>• Escalofríos</li> <li>• Sofocaciones</li> <li>• Temblores</li> <li>• Cansancio</li> <li>• Dolor</li> <li>• Pérdida de apetito</li> <li>• Insomnio</li> <li>• Disminución de la libido</li> </ul>	<p>pronóstico y tratamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Miedos acerca de la muerte y la dependencia de los demás</li> <li>• Sobregeneralización</li> <li>• Catastrofismo</li> <li>• Magnificación de los aspectos negativos y minimización de los positivos</li> <li>• Abstracción selectiva</li> <li>• Indefensión</li> <li>• Pensamiento de culpa</li> <li>• Desrealización</li> <li>• Despersonalización</li> <li>• Miedo a perder el control y volverse loco</li> </ul>	<p>abandono del mismo)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Irritabilidad</li> <li>• Mutismo</li> <li>• Verborrea</li> <li>• Inquietud interna</li> <li>• Agitación psicomotriz</li> <li>• Hiperactividad</li> </ul>
--	--	--

Los síntomas de la ansiedad pueden aparecer juntos formando síndromes o trastornos de ansiedad que se han de diagnosticar y tratar de forma adecuada. En el paciente oncológico es frecuente objetivar la presencia de síntomas y signos de ansiedad que si bien son significativos y generadores de malestar emocional, no llegarían a cumplir criterios diagnósticos (Maté et al., 2004).

Según Galindo Vázquez et al., 2015, la sintomatología ansiosa y depresiva es parte de los principales problemas de salud mental en pacientes oncológicos, lo cual afecta la calidad de vida y la adhesión al tratamiento. Mediante instrumentos de tamizaje válidos y confiables,

como la Escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HADS), ha permitido detectar posibles casos en pacientes hospitalarios.

En el paciente oncológico la amenaza de una grave enfermedad de larga evolución, de múltiples tratamientos, y pronóstico incierto, suele ser altamente estresante, constante y persistente en el tiempo.

Los pacientes oncológicos se enfrentan desde el inicio a altos niveles de estrés, activando emociones negativas como el malestar, la ira, la desesperanza y el miedo. La prevalencia de depresión ha sido estimada entre 0% y 58%, de ansiedad entre 6% y 23% y de estrés post traumático entre 0% y 32% (Galindo Vázquez et al., 2014).

La ansiedad puede describirse como una sensación de nerviosismo, tensión o preocupación. Es una emoción normal que altera al cuerpo para que responda ante una amenaza. La ansiedad intensa y prolongada, es un trastorno que puede interferir en las relaciones y actividades cotidianas. La ansiedad aparece cuando la capacidad de tolerar los estresantes de la vida supera nuestros recursos, provocando una respuesta desproporcionada a la que sería de esperar en condiciones normales. La ansiedad presenta síntomas tanto físicos como pulso acelerado, sudoración, taquicardia, como así también psicológicos. En los pacientes con cáncer casi el 50% presentan síntomas de ansiedad (Medina y Alvarado, 2017).

Según Arrighi (2014), para muchos supervivientes los estados de ansiedad relacionados a una posible recaída de la enfermedad pueden volverse difíciles de gestionar. Así como disminuyen los controles y visitas médicas, muchos supervivientes de cáncer experimentan sentimientos de soledad y abandono, ya que es usual que durante esta fase los familiares y cuidadores piensen que como la fase de tratamientos se ha superado, la persona afectada no necesite más apoyo. Las preocupaciones psicológicas pueden estar relacionadas con una atención exagerada ante la presencia de cualquier síntoma, dificultades en el sueño, dolor, aumento del miedo y pensamientos relacionados con la muerte, incertidumbre hacia el futuro, además de ansiedad relacionada con la enfermedad (Arrighi, 2014).

La estructura y el soporte que formaron parte del contacto regular con el mundo médico y hospitalario durante el transcurso de la enfermedad dejan de serlo para regresar los pacientes

a su vida cotidiana. Se puede sentir la pérdida de protección, la sensación de control de la enfermedad se dispersa, y se agolpan una serie de miedos y angustia (Andrés Solana, 2015).

El tomar conciencia de la enfermedad, padecerla diariamente, someterse a los tratamientos y controles médicos genera en el paciente la inevitable toma de conciencia de que nuestro cuerpo es finito, mortal, vulnerable. Desaparece entonces la noción de un cuerpo sano y de la confiabilidad en la vitalidad para ser reemplazada por una sensación de vulnerabilidad con la consecuente pérdida de confianza en uno mismo. Por lo que inevitablemente se dará una hipervigilancia de las sensaciones corporales para poder aceptar estas modificaciones (Andrés Solana, 2015).

La incertidumbre asociada a la supervivencia de cáncer ha sido denominada “El síndrome de Damocles” que hace referencia a la mitología griega. Damocles fue invitado a un banquete para ser servido como un Rey, pero reparó en que una afilada espada colgaba atada por un único pelo de crin de caballo directamente sobre su cabeza. Este sentimiento de constante amenaza representa para muchos pacientes, el temor a que la enfermedad se pueda volver a presentar.

Para los supervivientes de cáncer, el miedo a la recaída puede resultar tan persistente que puede interferir y dificultar las actividades de su vida cotidiana, tanto presentes y como futuras (Arrighi, 2014).

Por este motivo, muchos de ellos se refieren al período posterior a los tratamientos como una etapa aún más difícil. Esto se debe a que los supervivientes deben hacer frente a los efectos que el cáncer y los tratamientos han dejado en sus vidas, además de las emociones de incertidumbre y angustia, más que de alegría, que experimentan al finalizar los tratamientos. Así como disminuyen los controles y las visitas médicas, muchos supervivientes de cáncer experimentan sentimientos de soledad y abandono (Arrighi, 2014).

Las preocupaciones psicológicas pueden estar relacionadas también con una exageración ante cualquier síntoma, aumento de temores frente a un futuro incierto, problemas en conciliar el sueño, ansiedad y autoestima (Arrighi, 2014).

Según la revisión realizada por Hernández y Cruzado (2013), permitió conocer la alta frecuencia de síntomas de ansiedad, depresión y malestar emocional que presentan las personas que padecen una enfermedad como el cáncer. Sus datos contrastan con la asistencia psicológica específica que se ofrece, para lo que muchos pacientes quedarían sin ayuda o tratamiento específico. Para esto se necesitarían herramientas adecuadas, breves, fácilmente aplicables y repetibles con facilidad para registrar el estado emocional cambiante a la realidad asistencial de estos pacientes.

#### 4.4. *Cáncer y Depresión*

El National Cancer Institute (NCI) estima que la depresión afecta a una proporción de entre 15 % a 25% de los pacientes con esta enfermedad. Entre los factores de riesgo con mayor peso para el desarrollo de depresión se destacan los siguientes aspectos:

- Tipo de cáncer
- Estadio del cáncer
- Tratamiento oncológico en curso
- Antecedentes de depresión
- Dolor
- Limitada red social
- Pobre estado funcional
- Menor edad

Actualmente se ha demostrado que la causa de la depresión no es unifactorial, sino que depende de la combinación de factores genéticos y ambientales. Se encontraron varios neurotransmisores relacionados con la aparición y mantenimiento de la depresión, así como estructuras que estarían implicadas como el hipocampo asociado a la memoria y la distimia y el cortex cingulado anterior implicado en la modulación del comportamiento emocional. La serotonina juega un papel importante en los síntomas de ansiedad, obsesiones y compulsiones. La pérdida de motivación, la disminución del placer y las deficiencias en el sistema de recompensas serían consecuencia de una mala regulación de la dopamina. Y la noradrenalina,

sería el neurotransmisor implicado en aspectos como el mantenimiento de la atención o la motivación (Pousa Rodríguez et al., 2015).

En pacientes con cáncer, existirían además factores específicos de la enfermedad que influyen en la aparición de la psicopatología, como la presencia de un eje hipotalámico-pituitario-adrenal (HPA) hiperactivo (Pousa Rodríguez et al., 2015).

Pousa Rodríguez et al (2015), en un estudio con 103 pacientes, correlacionó el estilo de afrontamiento depresivo con una disminución del tiempo de supervivencia, teniendo en cuenta la influencia de la depresión en la evolución de la enfermedad, y el hecho de que es una entidad con tratamiento eficaz, se hace incuestionable la necesidad de abordarla en la población oncológica.

Según el Instituto Nacional del Cáncer, en los estudios que examinan la prevalencia de los trastornos mentales en el cáncer, se observa que la mayoría de los pacientes de cáncer no satisfacen criterios diagnósticos para ningún trastorno mental específico, no obstante, muchos pacientes realmente presentan una variedad de respuestas emocionales difíciles.

No es raro también que la persona con cáncer esté más lábil emocionalmente, lo cual se traduce en pena, tristeza y en cambios a nivel emocional. Esto se puede acompañar de ansiedad, angustia, sensación de indefensión y desesperanza, lo que muchas veces se confunde con una depresión clínica. Muchas veces el paciente con cáncer puede sentir rabia, ira e incluso enojo, además de la sensación de estar “*solo en esto*”. Se puede observar una tendencia al aislamiento en un entorno de mucha incertidumbre e inseguridad y no es extraño escuchar de parte de los familiares del paciente que éste se muestra muy irritable. Estas últimas, son manifestaciones de la rabia y frustración que produce el estar bajo la presión que implica haber sufrido una enfermedad crónica y tan compleja como lo es el cáncer.

La depresión es una entidad que afecta a una proporción del 14-25% de los pacientes con cáncer, muchas veces infradiagnosticada y sin tratamiento adecuado. Esto conduce a una mala calidad de vida, con una inadecuada adherencia al tratamiento y una menor tasa de supervivencia (Pousa Rodríguez et al., 2015).

Diagnosticar depresión mayor en pacientes oncológicos puede ser un reto, ya que se solapan síntomas de la enfermedad como pérdida de energía, pérdida de apetito, trastorno del sueño, dificultad de concentración, con los efectos secundarios de sus tratamientos con los síntomas propios de la depresión (Pousa Rodríguez et al., 2015).

Según Pousa Rodríguez et al., existe evidencia sobre la eficacia de abordajes tanto farmacológicos como psicoterapéuticos en pacientes oncológicos, para desarrollar un mejor afrontamiento y calidad de vida.

#### 4.5. *Instrumentos de Evaluación Psicológica*

Como herramienta principal para la detección y acercamiento a la clínica depresiva de los pacientes oncológicos, se cuenta con la evaluación psiquiátrica. Esto supone el reto de separar y diferenciar la clínica de la propia enfermedad oncológica de la clínica depresiva (Pousa Rodríguez et al., 2015). Existen instrumentos diseñados y dirigidos para la identificación de síntomas de ansiedad y/o depresión, lo que facilita la decisión sobre una eventual derivación a un profesional de salud mental. Algunos de ellos son:

- *Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS)* de Zigmond y Snaith (1983); de 14 ítems, con validez (sensibilidad/especificidad del 70 al 75 % para la detección de los trastornos de depresión mayor y del 75 al 75 % para la de los trastornos adaptativos (Hernández y Cruzado, 2013).

La evaluación de la sintomatología ansiosa y depresiva en pacientes oncológicos es de gran relevancia debido a su relación con afectaciones severas durante el tratamiento. La HADS de Zigmond y Snaith (1983), es un instrumento diseñado para medir estos constructos, es breve, fácil de aplicar y confiable para la práctica clínica y la investigación en población oncológica y resulta relevante para determinar la magnitud de la problemática, prevención e implementación de acciones para el tratamiento.

La ventaja de la HADS para esta población oncológica sobre otros instrumentos que evalúan sintomatología ansiosa y depresiva, es que no incluye síntomas somáticos que pueden explicarse por el cáncer y su tratamiento. Esto puede contribuir a una sobreestimación en los demás instrumentos (Galindo Vázquez et al., 2015).

- *Cuestionario de Salud General (GHQ-28)*: cuenta con alta sensibilidad y especificidad para detectar pacientes oncológicos con síntomas psiquiátricos (Pousa Rodríguez et al., 2015).
- *Screening Psicosocial para el Cáncer (PSCAN)*, compuesta por 21 ítems que evalúan 6 dimensiones relevantes de la depresión (percepción de apoyo social, apoyo social deseado, salud relacionada con la calidad de vida, ansiedad y estados de ánimo deprimido (Pousa Rodríguez et al., 2015).
- *El listado breve de síntomas (BSI)*, de 53 ítems inicialmente, reducido luego a 18 ítems, más acorde a la clínica de los pacientes con cáncer (Hernández y Cruzado, 2013).
- *El listado de malestar psíquico (PDI)*, de 13 ítems, con una sensibilidad del 75 % y una especificidad del 85% ((Hernández y Cruzado, 2013).
- *Las preguntas sobre ansiedad y depresión (PAD)*: el paciente responde a las preguntas “está usted ansioso?” y “está usted deprimido?”. Con un Sí o un No. El PAD permite obtener puntuaciones para la medida de ansiedad (PAD-A), de depresión (PAD-D) y una puntuación global (PAD-T) como una medida general de malestar emocional (Pousa Rodríguez et al., 2015).
- *El inventario de depresión de Beck (1961)* diseñado para evaluar la intensidad de la sintomatología depresiva. Es autoaplicable y consta de 21 reactivos, con cuatro opciones de respuesta que describen el espectro de severidad de la categoría sintomática y conductual. Las categorías evaluadas por el BDI son 1. ánimo, 2. pesimismo, 3. sensación de fracaso, 4. insatisfacción, 5. sentimientos de culpa, 6. sensación de castigo, 7. autoaceptación, 8. autoacusación, 9. ideación suicida, 10. llanto, 11. irritabilidad, 12. aislamiento, 13. indecisión, 14. imagen corporal, 15. rendimiento laboral, 16. trastornos del sueño, 17. fatigabilidad, 18. apetito, 19. pérdida de peso, 20. preocupación somática y 21. pérdida de la libido.
- *Inventario de ansiedad de Beck (1988)*. Es un instrumento de autorreporte y consta de 21 reactivos que determinan la severidad con que se presentan las categorías sintomáticas y conductuales. Las categorías evaluadas son: 1. subjetivo, 2. neurofisiológico, 3. autonómico y 4. pánico.

Un adecuado reconocimiento de las afectaciones psicosociales es crucial para identificar al grupo de pacientes con afectaciones psicológicas, realizar una oportuna derivación a los servicios de salud mental y proveer las intervenciones psicológicas que han mostrado efectos benéficos en este grupo de pacientes, con el objetivo de mantener parámetros aceptables de bienestar psicológico en esta población (Galindo Vázquez et al., 2015).

Finalmente, podemos sostener que los datos enunciados apoyan la necesidad de incrementar los esfuerzos orientados a volver más accesibles los servicios de salud mental en este grupo de pacientes oncológicos.

#### 4.6. *Psicooncología*

La especialidad de psicooncología se inició formalmente a mediados de 1970, cuando la barrera para revelar el diagnóstico se cayó y se hizo posible conversar con los pacientes respecto de éste y de las implicancias del cáncer para sus vidas (Robert, Álvarez y Valdivieso, 2013).

En un comienzo la psicooncología se enfocaba casi exclusivamente en el paciente con tratamiento oncológico activo, pero hoy en día se ha ido expandiendo y abarcando la prevención, riesgo genético, aspectos de supervivencia y adaptación a largo plazo, además del cuidado clínico y el manejo comunicacional médico-paciente (Robert et al., 2013).

Finalmente se definió la psicooncología, como una subespecialidad de la oncología, que por una parte atiende las respuestas emocionales de los pacientes en todos los estadios de la enfermedad, de sus familiares y del personal sanitario que les atiende (enfoque psicosocial); y por otra parte, se encarga del estudio de los factores psicológicos, conductuales y sociales que influyen en la morbilidad y mortalidad del cáncer (enfoque bio-psicológico) (Robert et al., 2013). Según la Asociación Argentina de Oncología Clínica (AAOC), la psicooncología es una sub-especialidad de la oncología de carácter multidisciplinario que se ocupa de las respuestas emocionales de los pacientes en todos los estadios de la enfermedad, sus familias y el equipo tratante. Definición que luego se amplía al "estudio de las variables psicológicas, sociales y conductuales, que influyen en la prevención, riesgo y sobrevida de los pacientes". El propósito final de la psicooncología es aliviar el distrés emocional y la humanización de los tratamientos (AAOC, 2017).



La evidencia científica sobre la aplicación de la psicología al ámbito de la oncología avala los efectos positivos de las intervenciones psicológicas en el ajuste emocional a la enfermedad, en la reducción de síntomas asociados a los tratamientos, en una adecuada adhesión a éstos, en la reducción de los niveles de ansiedad, depresión u otras alteraciones, en la recuperación del superviviente, en la calidad de vida del enfermo y su familia (Cardoso y Massone, 2018).

Dentro del transcurso de la enfermedad oncológica, el paciente vive un proceso de duelo inevitable, entendiendo el duelo como el proceso de adaptación ante una serie de pérdidas, no sólo referentes a la salud, sino también, relacionadas con la pérdida de la estabilidad y seguridad, pérdida de la rutina y de lo cotidiano, pérdida del rol que solía tener dentro de la familia, el mundo laboral o social, pérdida del control, entre otras. Se ha observado y por eso es importante destacarlo, que la pérdida de control, puede llegar a ser una de las pérdidas más desestabilizantes y desestructurantes en el ser humano. Este llamado duelo oncológico es un proceso normal, sano, adaptativo y necesario, que se caracteriza por un primer período donde puede aparecer una sensación o estado de aturdimiento y negación. Aquí es común escuchar *“esto no puede estar sucediéndome a mí” “se deben haber equivocado”*.

El rescate de los aspectos psicológicos en el abordaje del paciente oncológico pone de relieve el *distrés* que impacta en la persona y su entorno. La presencia de *distrés* aumentado se asocia a un gran número de resultados negativos incluyendo la baja adherencia al tratamiento médico, la pobre satisfacción con el cuidado de la salud y la pobre calidad de vida. Además, se hace difícil el diagnóstico de *distrés* a tiempo y su adecuado tratamiento psicológico o farmacológico que podría brindar mejoras importantes en el bienestar del paciente. El exceso de *distrés* o su mal manejo puede derivar en trastornos psiquiátricos relevantes que interfieren en la calidad de vida del paciente e impactan profundamente el proceso de tratamiento y adaptación a los nuevos desafíos vitales que impone la vivencia de un cáncer.

Los síntomas más comunes de la depresión son el ánimo depresivo, insomnio y fatiga afectando seriamente las funciones neurovegetativas. La depresión coexiste generalmente con otros síndromes y síntomas tales como la ansiedad y el dolor y Trastornos de la Personalidad. Estas comorbilidades pueden complicar el tratamiento y a la vez son factores de riesgo para el desarrollo de trastornos anímicos previos al diagnóstico de cáncer.

#### 4.7. *Intervenciones Terapéuticas*

Una buena parte de los supervivientes a largo plazo regresan a su funcionamiento normal y son capaces de vivir relativamente libres de síntomas después de completar el tratamiento; sin embargo, otro grupo de pacientes presenta numerosos problemas físicos y psicológicos que no remiten con el tiempo (Galindo Vázquez et al., 2014).

En un meta-análisis, Osborn, Demoncada y Feuerstein (2006) señalan efectos positivos en terapias cognitivo conductuales en depresión y ansiedad a corto plazo; y a largo plazo en calidad de vida, identificando mayores beneficios en terapias individuales que grupales (Galindo Vázquez et al., 2014).

A través de la revisión de la literatura, Galindo Vázquez et al (2014), de acuerdo al sistema PICO, se identificaron 22 artículos con los siguientes criterios de inclusión:

1. Pacientes supervivientes de cualquier tipo de cáncer.
2. Terapias centradas en el manejo de aspectos psicológicos y/o síntomas.
3. Descripción de la terapia psicológica sola o en combinación con otras estrategias.
4. Evaluación de aspectos psicológicos por medio de instrumentos válidos y confiables.

Se identificaron resultados estadísticamente significativos en ansiedad, depresión, afectaciones del sueño, fatiga, calidad de vida, empleando terapia cognitivo conductual y mindfulness. Los instrumentos más usados fueron la Escala hospitalaria de depresión y ansiedad (HADS), la Escala de evaluación funcional de cáncer de mama (FACT-B) y el Inventario de Calidad de Vida (EORTC).

Se arribó a la conclusión que la mayoría de las intervenciones psicológicas en pacientes supervivientes del cáncer son positivas solas o en combinación con otras modalidades de tratamiento.

#### 4.7.1 *Mindfulness o Atención Plena*

La Atención Plena (AP; mindfulness) se ha descrito como una conciencia centrada en el presente, no interpretativa ni enjuiciadora, en la que cada pensamiento, sentimiento o sensación que surge en el campo atencional es reconocido y aceptado como tal (Miró et al., 2011). Según estos autores, esta forma de atención intencional, proveniente y cultivada en las tradiciones contemplativas de medio oriente y occidente, desencadenó en las últimas décadas que se incorporara a programas de mejora de salud como así también a tratamientos psicológicos para aliviar síntomas de depresión y ansiedad.

Las intervenciones basadas en mindfulness (IBM), son consideradas como las terapias de tercera generación que se apoyan en el concepto de aceptación y han resultado útiles en el tratamiento de problemas físicos como psicológicos para incrementar el bienestar (Hervás, Soler y Cebolla, 2016).

Jon Kabat-Zinn, creador del programa Reducción del Estrés basado en Mindfulness (Mindfulness Based Stress Reduction, MBSR) y pionero en su utilización en la práctica médica, propone al mindfulness como una conciencia que surge de prestar atención con intención, en el momento presente y sin juzgar (Reynoso, 2018). Mindfulness es estar consciente, permanecer receptivo a lo que aparece en mente tanto en relación con el mundo externo como con el interno y es una capacidad natural que tenemos todos los seres humanos. (Reynoso, 2018).

La premisa que subyace a la práctica del mindfulness es experimentar el momento presente sin hacer juicios y puede contrarrestar los efectos de los factores estresantes. Esto ayudaría al patrón habitual de pensamiento en personas con síntomas ansiosos depresivos, que tienden a una orientación excesiva hacia el pasado o el futuro (Pousa Rodríguez et al., 2015).

En el contexto de los tratamientos psicológicos, la AP puede utilizarse como un coadyuvante a un tratamiento farmacológico. La terapia basada en la atención plena ha sido integrada dentro de numerosas intervenciones terapéuticas. Las más destacadas son: la terapia dialéctica conductual (DBT), la terapia de aceptación y compromiso (ACT), la terapia cognitiva basada en Mindfulness (MBCT) y la reducción del estrés basada en atención plena (MBSR) (Pousa Rodríguez et al., 2015).

La reducción del estrés basado en la atención plena (MBSR) es una intervención mente-cuerpo para mejorar la adaptación en las enfermedades crónicas y se ha demostrado su eficacia en el tratamiento de los síntomas de la ansiedad. El programa de MBSR de la universidad de Massachussetts es el más estudiado en la población oncológica. Es de formato grupal, de 8 semanas de duración y está enfocado en la práctica de la atención plena por medio de técnicas de meditación y yoga (Pousa Rodríguez et al., 2015).

Según estos autores, se encontraron cambios significativos en ansiedad, estrés y malestar emocional post intervenciones. Se produciría así un impacto positivo en la salud psicológica de los pacientes oncológicos. Los estudios de (Hervás, Cebolla y Soler 2016; Linares, Estevéz, Soler y Cebolla, 2016 y Calero y Cruzado, 2018) valoran la eficacia de las intervenciones psicológicas en mindfulness con pacientes supervivientes de una enfermedad oncológica. Los resultados reflejarían la existencia de una mejoría significativa en síntomas de ansiedad, depresión, estrés y otros (Calero y Cruzado, 2018).

También cabe mencionar la importancia de la práctica del terapeuta para maximizar la eficacia de la técnica, como lo sugiere el estudio de Hervás et al., (2016). En su investigación, destaca la importancia de la experiencia del terapeuta en la práctica del mindfulness, lo que aumentaría la eficacia de los tratamientos.

Se ha informado que la reducción del estrés basada en la conciencia plena (MBSR), uno de los programas de entrenamiento en conciencia plena más utilizados, produce efectos positivos en el bienestar psicológico y mejora los síntomas de varios trastornos. En un estudio longitudinal controlado para investigar cambios pre-post en la concentración de materia gris cerebral atribuible a la participación en un programa MBSR. Se obtuvieron imágenes de resonancia magnética (RM) anatómica de 16 participantes sanos, sin meditación, antes y después de que se sometieron al programa de 8 semanas. Los cambios en la concentración de materia gris se investigaron mediante morfometría basada en voxel y se compararon con un grupo de control de lista de espera de 17 individuos. Los análisis en regiones de interés a priori confirmaron aumentos en la concentración de materia gris dentro del hipocampo izquierdo. Los análisis de todo el cerebro identificaron aumentos en la corteza cingulada posterior, la unión temporoparietal y el cerebelo en el grupo de MBSR en comparación con los controles. Los resultados sugieren que la participación en MBSR está asociada con cambios en la concentración de materia gris en regiones del cerebro involucradas en los procesos de

aprendizaje y memoria, regulación de las emociones, procesamiento auto-referencial y toma de perspectiva (Hozel et al., 2010).

Los síntomas depresivos y ansiosos tienen un impacto importante en el funcionamiento de las personas. Su aparición parece tener relación con la presencia de déficits en las capacidades metacognitivas. El entrenamiento en atención plena (AP) aumenta el insight metacognitivo a través de la capacidad de descentramiento. El descentramiento permite tomar distancia de las respuestas automáticas y frenar el ciclo ante la percepción de señales, como por ejemplo, en caso de síntomas de taquicardia (Linares, Estévez, Soler y Cebolla, 2016).

La metacognición refiere a la capacidad de reconocer el estado mental de uno mismo, tolerándolo y regulándolo, las personas en estado depresivo tienden a engancharse con el contenido negativo de sus experiencias. Diversos estudios han demostrado la durabilidad y el efecto positivo de la intervención en el desarrollo de capacidades metacognitivas tanto para la depresión como para la ansiedad (Linares et al., 2016).

#### *4.7.2. Relajación y terapias basadas en la imaginación*

El uso de la visualización y la relajación en el tratamiento psicológico de pacientes oncológicos apuntan a la reducción del impacto sobre el cuerpo del estrés asociado al desencadenamiento de la enfermedad y al miedo a la misma, como así también la activación del sistema inmunológico contra la enfermedad mediante la instauración de creencias positivas, incremento de la motivación para el cambio del estilo de vida, fortalecimiento del “deseo de vivir ” y el enfrentamiento de la desesperanza así como la evaluación y la modificación de las creencias de la persona respecto al cáncer (Pousa Rodríguez et al., 2015). Estas técnicas consisten aprender distintas vías para reducir la respuesta de estrés e incluir una respuesta de relajación.

#### *4.7.3. La Activación Conductual – Terapia de Aceptación*

La Terapia de aceptación y compromiso (ACT) de Hayes, Stroschal y Wilson (1999) es un tipo de intervención psicológica orientada a la aceptación psicológica y a los valores personales que se han desarrollado coherentemente con un marco teórico y filosófico y forma parte junto al Mindfulness a la tercera generación de terapias.

La activación conductual (BA) y la terapia de aceptación de compromiso (ACT) se consideran útiles para tratar los problemas emocionales de los sobrevivientes del cáncer (González-Fernández, Fernández-Rodríguez, Paz-Caballero y Pérez- Álvarez, 2018). Ambas en formato grupal, serían eficaces siendo que sus resultados apuntarían a la activación y la evitación como mecanismos de cambio. El estudio de González-Fernández et al., (2017) encontró que en sobrevivientes que compartían la misma afección clínica, es decir, estaban todos libres de enfermedad oncológica en el momento del estudio, su angustia emocional estaba potencialmente relacionada con la misma condición, la de haber recibido un diagnóstico y tratamiento para el cáncer.

Los sujetos que participaron en las terapias mostraron una reducción en la ansiedad y la depresión (HADS), un aumento en la activación (EROS, BADS: Activación, incapacidad laboral / escolar, deterioro social) y la reducción de la evitación (A AQ-II; BADS: Evitación / rumia). Estos resultados demuestran que las terapias provocaron los cambios deseados. El hecho de que ambas terapias, dirigidas a aumentar la activación y reducir la evitación lograron mejoras no solo en estos patrones sino también en la angustia emocional de los participantes, apoya la idea de que ambos patrones desempeñan un papel clave en el inicio, mantenimiento y tratamiento de los problemas emocionales en esta población (González-Fernández et al., 2018).

Estudios previos de BA y ACT encontraron cambios similares al tratar a pacientes oncológicos, informando cambios en la activación y evitación, así como una mejora en el estado emocional y la calidad de vida. Esto parece indicar que la eficacia del tratamiento no depende tanto de cómo se trate la evitación y la activación, sino más bien de la capacidad de la terapia utilizada para provocar un cambio significativo en las dos condiciones (González Fernández et al., 2018).

#### *4.7.4. Psicología Positiva*

Ochoa et al. (2017) postulan que la Psicología Positiva Aplicada o Psicoterapia Positiva (PP) en cáncer surge vinculada al importante impulso que la Psicología Positiva está teniendo en la última década. Su premisa central es potenciar y privilegiar el foco de la intervención psicológica en los recursos positivos de las personas, como son las emociones positivas, las fortalezas y los significados personales (incluyendo los existenciales y espirituales),

complementando a los enfoques más clásicos centrados en la reducción o manejo de síntomas psicopatológicos o del malestar emocional (Ochoa, 2014).

Desde esta perspectiva, las emociones positivas se relacionan de forma directa con la salud, para prevenir enfermedades, reducir la intensidad o duración de las mismas y también para incrementar el bienestar de las personas.

Una visión integral del paciente oncológico supone con cada vez mayor certeza incluir el factor psicológico como aspecto relevante en el fenómeno de la enfermedad (Robert et al., 2013).

Es necesario especificar que en muchos casos los supervivientes de cáncer, a pesar del impacto de la enfermedad en sus vidas, no reportan dificultades a nivel funcional y pueden gestionar de manera eficiente el estrés y la incertidumbre. Además, muchos afectados señalan que a partir de la enfermedad sienten gratitud por el hecho de estar vivos y señalan la importancia de apreciar las pequeñas cosas. En este sentido, numerosos autores han resaltado la importancia del estudio de factores que contribuyen a la resiliencia, la adaptación positiva a la enfermedad, y resultados psicológicos positivos asociados con la experiencia del cáncer (Arrighi, 2014).

Rodríguez, Priede, Maeso, Arranz y Palao (2011), postulan que algunas personas, tras una vivencia traumática podrían crecer personalmente y desarrollar un nuevo sentido en su vida. Es entonces, cuando el concepto (CPT), toma relevancia, e incluye respuestas como el aumento de autoestima, una mejor apreciación de la vida y su significado, aumento de la espiritualidad y mayores sentimientos de paz y de sentido.

Hay evidencias como demostraron Hervás et al (2016), del aumento de las emociones positivas tras una intervención de mindfulness tanto en población general como en población clínica. Rodríguez et al., 2011 planteaba que el entrenamiento en mindfulness o Atención Plena podría promover el CPT en los supervivientes de cáncer.

## 5. Síntesis y Conclusiones

El objetivo general de este trabajo es conocer y analizar la depresión y ansiedad en pacientes supervivientes de una enfermedad oncológica. La depresión y la ansiedad serían síntomas frecuentes durante la enfermedad y luego de transcurrida la misma, como nos planteamos en las hipótesis. Estos síntomas conducirían a malestar emocional y a una mala calidad de vida del paciente.

Gracias a los avances de la medicina, el número de supervivientes va en aumento, lo que nos hace plantear nuevas necesidades de tratamiento para atender estas demandas emocionales y mejorar su calidad de vida.

Las intervenciones psicológicas en pacientes oncológicos tienen como propósito reducir la sintomatología de ansiedad y depresión, como también mejorar la funcionalidad y aliviar el distrés de estos pacientes. Sin embargo, también existirían otros síntomas, no tan frecuentes, como alteraciones del sueño, fatiga, alteraciones familiares y laborales, que también interferirían en la calidad de vida del sobreviviente. La enfermedad oncológica implica y necesita no sólo un abordaje médico y biológico, sino que también necesita una mirada holística del hombre. Para esto es necesario un abordaje integral, lo que implica un trabajo en equipo y una mirada biopsicosocial donde la psicooncología juega un papel muy importante. Esta ayuda a entender cómo afecta el cáncer al paciente y su familia y cómo apoyar al equipo de salud involucrado en este proceso.

El cáncer llega a generar varios y diversos cambios en el entorno del paciente, tanto a nivel personal, familiar, laboral, social y espiritual por lo que la intervención psicológica en este ámbito oncológico, favorece el ajuste psicosocial en todas estas áreas afectadas. La intervención psicológica es necesaria ya que los pacientes han atravesado por una crisis psicológica acompañada de una serie de efectos emocionales que ha afectado su calidad de vida. Es importante tomar dimensión de la importancia que implica el rol del psicooncólogo en el equipo de salud y lo que la psicooncología como especialidad tiene para ofrecer y de este modo optimizar o potenciar sus resultados para que los nuevos avances y decisiones de la medicina oncológica busquen la mejoría de la calidad de vida del paciente. Adquiere relevancia la importancia de capacitar a los médicos y personal de salud para que también puedan



pesquisar problemas de adaptación del paciente a la enfermedad con el fin de ayudar de esta manera lograr que se trabaje realmente en equipo.

Abordajes como el mindfulness, la Activación Conductual, la Terapia de Aceptación y las técnicas de relajación pueden contrarrestar los síntomas mencionados, pero atento a lo acotado del enfoque del presente Estudio habría que pensar en otras posibles intervenciones en instancias ulteriores, como así también pensar en abordajes desde un modelo y enfoque Psicodinámico. El objetivo de este trabajo no es evaluar la eficiencia de una intervención por sobre otra, sino poder tomar conocimiento de las diferentes técnicas y los abordajes disponibles para cubrir estas necesidades. La investigación revisada nos muestra la eficacia del mindfulness como técnica de gran versatilidad, que logra su mayor eficacia en pacientes con sintomatología de estrés, ansiedad o depresión como así también, los mecanismos de acción que el mindfulness parece activar como intervención psicológica. Sin embargo, cabe destacar que no son tantos los abordajes disponibles, lo que nos enfrenta a una necesidad de investigar y descubrir posibles líneas terapéuticas para aliviar todos estos síntomas.

En conclusión, las investigaciones sobre mindfulness, tanto desde el plano psicológico como del neurobiológico, estarían demostrando su alto grado de eficacia como práctica, pero aún queda un largo camino por recorrer. Es preciso que en el futuro se desarrollen más intervenciones, para el abordaje de todos estos síntomas descriptos en este trabajo y lograr de esta manera aliviar el estrés emocional de todas las personas que atraviesan y superan una enfermedad oncológica para poder así brindarles una mejor calidad de vida.

Por otro lado, sabemos que conjuntamente con el estrés y el malestar emocional asociado al diagnóstico de cáncer, la enfermedad también puede estimular en los supervivientes el desarrollo de cambios vitales positivos. A estos cambios vitales positivos en la literatura se les ha denominado principalmente como crecimiento postraumático (CPT). El CPT podría ser una futura línea de investigación, como una manera de repensar la vida, dar sentido a la experiencia y considerar nuevas posibilidades ante las diferentes situaciones que nos enfrenta la existencia.

Finalmente, es mi deseo que la información recogida en este trabajo, constituya un valioso aporte para el desarrollo de intervenciones psicológicas en el campo de la oncología,

como futura línea de investigación y en el desarrollo de estrategias positivas que permitan mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos.

## 6. Referencias bibliográficas

- Aizpurúa, L. A. y Correa, V. J. (2014) *La actividad profesional del psicólogo en psicooncología infanto – juvenil* (Investigación de pregrado). Universidad Nacional de Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina.
- Acinas, M. P. A. (2014). Situaciones traumáticas y resiliencia en personas con cáncer. *Psiquiatría biológica*, 21(2), 65-71.
- Aguirre- Camacho, A. y Moreno- Jiménez, B. (2017). La relevancia de la flexibilidad psicológica en el contexto del cáncer: una revisión de la literatura. *Psicooncología*, 14(1), 11.
- Almanza- Muñoz, J, Romero. Romo, J. I. y Holland, J. C. (2018). Psico-oncología: abordaje psicosocial del paciente con cáncer. *Revista de Sanidad Militar*, 54(5), 261-273.
- Arrighi, E., Jovell, A. J. y Navarro, M. D. (2010). El valor terapéutico en oncología. La perspectiva de pacientes, familiares y profesionales. *Psicooncología*, 7(2/3), 363.
- Arrighi, E., Font Guiteras, A. A. y Jovell Fernández, A. J. (2014). Necesidades de personas que han finalizado tratamientos oncológicos en España.
- Arrighi, E., Jovell, A. J. y Navarro Rubio, M. D. (2011). *Después del cáncer. Necesidades y experiencias de personas que han superado una enfermedad oncológica* (Tesis de grado). Fundación Josep Laporte Eds., Barcelona, España.
- Arrighi, E., Jovell, A. J., Navarro, M. D. y Font, A. (2014). Desarrollo del cuestionario español para medir necesidades no cubiertas de supervivientes de cáncer (CESC). *Psicooncología*, 11(1), 117.
- Andrés Solana, C. (2005). Aspectos psicológicos en el paciente superviviente. *Oncología (Barcelona)*, 28(3), 51- 57.
- Ávila, B., Salomé, N. y Monsalve Albornoz, E. A. (2017). *Perfil clínico de pacientes oncológicos en estadios I, II y III* (Tesis de licenciatura). Universidad del Azuay, Cuenca, Ecuador.
- Cabrera Macías, Y., López González, E., López Cabrera, E. y Arredondo Aldama, B. (2017). La psicología y la oncología; en una unidad imprescindible. *Revista Finlay*, 7(2), 115-127.
- Calero, R. y Cruzado, J. A. (2018). La intervención psicológica en mindfulness con pacientes supervivientes de cáncer de mama. Revisión sistemática. *Psicooncología (Pozuelo de Alarcón)*, 15(1), 75-88.

- Cardona, A. D. y Agudelo, G. H. (2009). Construcción cultural del concepto calidad de vida. *Facultad Nacional de Salud Pública*, 23(1). Recuperado de <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/view/521>
- Cardoso, M. C. y Massone, M. (2018). *Relación entre Calidad de Vida y Sobrevida en Pacientes oncológicos* (Tesis doctoral). Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Mar del Plata.
- Carrión, P. G. y Muñoz, A. C. (2005). Experiencias y necesidades percibidas por los niños y adolescentes con cáncer y por sus familias. *Nure investigación*, 16, 1-15.
- Costa Requena, G., Pérez Martín, X., Salamero Baró, M. y Luis Gil Moncayo, F. (2009). Discriminación del malestar emocional en pacientes oncológicos utilizando la escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS). *Ansiedad y estrés*, 15.
- Ferro, T. y Borrás, J. M. (2011). Una bola de nieve está creciendo en los servicios sanitarios: los pacientes supervivientes de cáncer. *Gaceta Sanitaria*, 25(3), 240-245.
- Galindo Vázquez, O., Benjet, C., Juárez García, F., Rojas Castillo, E., Riveros Rosas, A., Aguilar Ponce, J. L. y Alvarado Aguilar, S. (2015). Propiedades psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) en una población de pacientes oncológicos mexicanos. *Salud mental*, 38(4), 253-258.
- González- Fernández, S., Fernández- Rodríguez, C., Paz- Caballero, M. D. y Pérez- Álvarez, M. (2018). Treating anxiety and depression of cancer survivors: Behavioral activation versus acceptance and commitment therapy. *Psicothema*, 30(1), 14-20.
- Hayes, S. C. (2015). *Terapia de aceptación y compromiso*. Desclée De Brouwer.
- Hernández, M. y Cruzado, J. A. (2013). La atención psicológica a pacientes con cáncer: de la evaluación al tratamiento: 1er Premio de la XIX edición del Premio de Psicología Aplicada "Fael Burgaleta" 2012. *Clínica y Salud*, 24(1), 1-9.
- Hervás, G., Cebolla, A. y Soler, J. (2016). Intervenciones psicológicas basadas en mindfulness y sus beneficios: estado actual de la cuestión. *Clínica y salud*, 27(3), 115-124.
- Hölzel, B. K., Carmody, J., Vangel, M., Congleton, C. Yerramsetti, S. M., Gard, T. y Lazar, S. W. (2011). Mindfulness practice leads to increases in regional brain gray matter density. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 191(1), 36-43.
- Holland, J. y Sheldon. L. (2003). *La cara humana del cáncer. Vivir con esperanza, afrontar la incertidumbre*. Barcelona: Herder.
- Lazarus, R. S., Váldez Miyar, M. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. España: Martinez Roca Editores.

- Linares, L., Estévez, A., Soler, J. y Cebolla, A. (2016). El papel del mindfulness y el descentramiento en la sintomatología depresiva y ansiosa. *Clínica y salud*, 27(2), 51-56.
- León, C., Mirapeix, R., Blasco, T., Jovell, E., Arcusa, Á., Martín, A. y Seguí, M. Á. (2013). Mindfulness para la reducción del malestar emocional en pacientes oncológicos. Estudio comparativo con una intervención psicoeducativa estándar. *Psicooncología*, 10(2/3), 263.
- López Camacho, C. (2018). Diferencias entre pacientes oncológicos y no oncológicos en doble presencia, inseguridad y necesidad de esconder emociones. *Reidocrea*, 7(11), 110-123.
- Massone, A. M. y Llull, D. M. (2015). Análisis de la relación entre optimismo, calidad de vida y estabilidad emocional en personas con cáncer. *Revista de Psicología*, 11(22), 19-29.
- Maté, J., Hollenstein, M. y Gil, F. (2004). Insomnio, ansiedad y depresión en el paciente oncológico. *Psicooncología*, 1(2-3), 211-230.
- Medina, X. y Alvarado, S. (2017). Psicooncología. *Revista Médica HJCA*, 3(2), 190-196.
- Mitchell, A. J., Chan, M., Bhatti, H., Halton, M., Grassi, L., Johansen, C. y Meader, N. (2011). Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *The lancet oncology*, 12(2), 160-174.
- Miró, M. T., Perestelo- Pérez, L., Pérez Ramos, J. Rivero, A., González, M. y Serrano, P. (2011). Eficacia de los tratamientos psicológicos basados en mindfulness para los trastornos de ansiedad y depresión: una revisión sistemática= Effectiveness of mindfulness based treatments for anxiety and depressive disorders: a systematic review. *Psicooncología Revista Médica HJCA*, 3(2), 190-196.
- Muñoz, J., Rush, C., Flashner, B., Cibrian, G., Martinez, S., Campos, C., Torres, M., Cepeda, O., Kuo, C., Katman, S., Jandorf, L. y Graves, K. (2017). “The song inside”: “La canción por dentro”-Individual and dyadic impact of breast cancer for caregivers of Latina survivors. *Psycho Oncology*, 26(10), 1700-1703.
- National Cancer Research Institute, Mapping patient and public involvement in cancer research (2010).  
<http://ncrndev.org.uk/downloads/MiscDocs/PPI%20mapping%20survey%202010.pdf>
- Ps. Robert, M. V., Ps. Álvarez, O. C. y Ps. Valdivieso, B. F. (2013). Psicooncología: Un modelo de intervención y apoyo psicosocial. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 24(4), 677-684.

- Ochoa, C., Casellas- Grau, A., Vives, J., Font, A. y Borrás, J. M. (2017). Psicoterapia positiva para supervivientes de cáncer con elevados niveles de malestar emocional: la facilitación del crecimiento postraumático reduce el estrés postraumático. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 17(1).
- Pozo- Kaderman, L. D. y Pirl, E. D. (2017). Depresión y Trastornos de Ansiedad en pacientes oncológicos. *Psychiatric Times*.
- Real Academia Española (2014). *Diccionario de la lengua española, 23ª Edición*. Madrid, España: Espasa.
- Reynoso, M. (2018). *Mindfulness. La meditación Científica*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Rodríguez, V. P., Amboage, A. M., Blázquez, M. H., Torres, M. Á. G. y Gaviria, M. (2015). Depresión y cáncer: una revisión orientada a la práctica clínica. *Revista Colombiana de Cancerología*, 19(3), 166-172.
- Rodríguez, B., Priede, A., Maeso, A., Arranz, H. y Palao, Á. (2011). Cambios psicológicos e intervenciones basadas en mindfulness para los supervivientes de un cáncer. *Psicooncología*, 8(1), 7.
- Sociedad Española de Oncología Médica (2017). *Las cifras del cáncer en España*. (Archived WebCite at <http://www.webcitation.org/6yWuco3Hz>).
- Solana, A. C. (2005). Aspectos psicológicos en el paciente superviviente. *Oncología (Barcelona)*, 28(3), 51-57. Recuperado el 29 de octubre de 2018, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0378-48352005000300009&lng=es&tlng=en](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0378-48352005000300009&lng=es&tlng=en).
- Vázquez, O. G., Castillo, E. R., Benjet, C., García, A. M., Ponce, J. L. A. y Aguilar, S. A. (2014). Efectos de intervenciones psicológicas en supervivientes de cáncer: una revisión. *Psicooncología*, 11(2/3), 233.
- Yélamos, C., Sanz, A., Marín, R. y Martínez- Ríos, C. (2018). Experiencia del paciente: una nueva forma de entender la atención al paciente oncológico. *Psicooncología: investigación y clínica biopsicosocial en oncología*, 15(1), 153-164.

## 6. Anexo

➤ Texto: *Eficacia de los tratamientos basados en Mindfulness para los trastornos de ansiedad y depresión.*

Autor: Miró, T., Perestelo-Pérez, L., Pérez, J., Rivero, A., González, M., Dela Fuente, J., Serrano, P.

Año: 2011.

Síntesis y comentarios: El objetivo de este estudio es conocer el grado de eficacia clínica de los tratamientos psicológicos basados en la atención plena (mindfulness) para tratar síntomas asociados a los trastornos de ansiedad y/o depresión, a través de trabajos relevantes existentes en la literatura científica. Nos brinda información acerca del concepto de atención plena y su sustento. Es de gran utilidad para comprender la ventaja de esta técnica en formato grupal y como se pueden reducir síntomas de depresión y ansiedad tanto como problemas físicos.

➤ Texto: *Cambios psicológicos e intervenciones basadas en mindfulness para los supervivientes de un cáncer.*

Autor: Rodríguez, B., Priede, A., Maeso, A., Arranz, H., Palao, A.

Año: 2011.

Síntesis y comentarios: Este artículo propone que la población de supervivientes de cáncer va en aumento gracias a los avances de la medicina. El interés radica no solo en la supervivencia como logro en sí, sino en mejorar la calidad de vida de dichos pacientes, a partir del surgimiento de necesidades psicosociales no cubiertas. Sostiene que los trastornos depresivos, ansiosos o mixtos son los más frecuentes, pero junto a estos cambios negativos, se han descrito cambios psicológicos positivos englobados en el concepto de crecimiento postraumático (CPT). Concluye que el entrenamiento en mindfulness podría promover dicho crecimiento postraumático.

➤ Texto: *La atención psicológica a pacientes con cáncer: de la evaluación al tratamiento.*

Autor: Hernández, M., Cruzado, J.A.

Año: 2013.

Síntesis y comentarios: En este artículo, a través de una revisión de la literatura científica, se hace incapié acerca de la sintomatología ansiosa, depresiva y el malestar psíquico de las personas que padecen una enfermedad oncológica. Plantea al malestar emocional como un factor de riesgo de trastornos psicopatológicos ya que su presencia es alta desde el inicio hasta el final de los tratamientos. Aborda la necesidad de herramientas sencillas para detectar este malestar emocional y de esta manera hacer la derivación al psicooncólogo para el tratamiento específico y adecuado destinado a este tipo de pacientes.

➤ Texto: *Necesidades de personas que han finalizado tratamientos oncológicos en España.*

Autor: Arrighi, E.

Año: 2014.

Síntesis y comentarios: Esta Tesis Doctoral trata el tema de las necesidades de supervivientes de cáncer en España, para disponer de servicios necesarios tanto para su rehabilitación física como psicológica y social, además de identificar la necesidad de un plan de seguimiento estandarizado. En sus principales resultados se encontraron angustia, miedo a una posible recaída y preocupación por el futuro. Es de gran utilidad para describir el concepto de supervivencia, el impacto emocional que genera la enfermedad y como se ve afectada la calidad de vida en estos pacientes. Concluye que actualmente no se dispone de evidencia que confirme que muchas de estas necesidades de las personas que han sobrevivido a una enfermedad oncológicas no se encuentran aún cubiertas.

➤ Texto: *Efectos de intervenciones psicológicas en supervivientes de cáncer: una revisión.*

Autor: Galindo Vázquez, O., Rojas Castillo, E., Benjet, C., Meneses García, C., Aguilar Ponce, J.L., Alvarado Aguilar, S.

Año: 2014.

Síntesis y comentarios: A través de la revisión de literatura, este artículo científico propone abordar los efectos de las terapias psicológicas en el manejo de aspectos psicológicos y/o síntomas de los supervivientes del cáncer. Dichos síntomas presentan afectaciones en la calidad de vida como miedo a la recurrencia, necesidad de apoyo, y otros síntomas como ansiedad, depresión, dolor, fatiga e insomnio. Reafirma



la idea de identificar factores de riesgo y de protección para la calidad de vida durante la supervivencia. Señalan la eficacia de terapias como el mindfulness y la utilización de instrumentos como la escala hospitalaria de depresión y ansiedad (HADS) y el Inventario de Calidad de Vida (EORTC).

➤ Texto: *Depresión y cáncer: una revisión orientada a la práctica clínica*

Autor: Pousa Rodríguez, V., Amboage, A.M., Hernández Blázquez, M., González Torres, M.A., Gaviria, M.

Año: 2015.

Síntesis y comentarios: Esta revisión aporta que la depresión es una entidad que afecta a una proporción de 25% de pacientes con cáncer y que a pesar de esto, es un trastorno mal diagnosticado, y que conduciría a una mala calidad de vida, una inadecuada adherencia a los tratamientos y una menor tasa de supervivencia en estos pacientes oncológicos. También demostraron que existe evidencia sobre la eficacia de abordajes tanto farmacológicos como psicoterapéuticos en pacientes oncológicos con depresión. Dichas intervenciones terapéuticas permiten a los pacientes con cáncer desarrollar un mejor afrontamiento de su enfermedad y lograr una mejor calidad de vida. Este artículo fue de gran utilidad para comprender la neurobiología de la depresión, las hipótesis de los neurotransmisores involucrados en la misma, las estructuras cerebrales implicadas, como así también la importancia de la detección y tratamiento de la depresión en pacientes oncológicos. Se describen las herramientas para el acercamiento a la clínica depresiva de los pacientes oncológicos y las intervenciones eficaces como el mindfulness o atención plena, la relajación y terapias basadas en la imaginación.

➤ Texto: *El papel del mindfulness y el descentramiento en la sintomatología depresiva y ansiosa.*

Autor: Linares, L., Estévez, A., Soler, J., Cecolla, A.

Año: 2016.

Síntesis y comentarios: En este artículo científico se exponen como los síntomas ansiosos y depresivos tienen un fuerte impacto en el funcionamiento de las personas, afectando su calidad de vida. Proponen la atención plena como intervención en pacientes con estas sintomatologías con resultados alentadores. Aporta el concepto de

metacognición referido a la capacidad de reconocer el estado mental de uno mismo, tolerándolo y regulándolo y simultáneamente reconociendo la mente de un otro con un contenido mental diferente del propio.

➤ Texto: *Intervenciones psicológicas basadas en mindfulness y sus beneficios: estado actual de la cuestión.*

Autor: Hervás, G., Cebolla, A., Soler, J.

Año: 2016.

Síntesis y comentarios: Este paper científico describe a las intervenciones basadas en mindfulness (IBM), fundamentadas en antiguas prácticas budistas y actualizadas y adaptadas al mundo occidental. Promueven a las IBM como un grupo de intervenciones eficaces en un amplio rango de problemas tanto de salud como mentales. Es de gran utilidad para comprender los mecanismos psicológicos y neurobiológicos para la regulación emocional y de que forma se aplica el mindfulness en problemas de salud mental. Se concluye que las IBM son eficaces en trastornos mentales adultos, como herramienta directa utilizada a través de la terapia cognitiva basada en mindfulness (MBCT), el programa de reducción del estrés (MBSR) o aquellos programas que utilizan el mindfulness como un instrumento más dentro de un paquete terapéutico, como la terapia de aceptación y compromiso. Por último, se destaca la importancia de la práctica del terapeuta para maximizar la eficacia de la técnica.

➤ Texto: *La relevancia de la flexibilidad psicológica en el contexto del cáncer: una revisión de la literatura.*

Autor: Aguirre- Camacho, A., Moreno-Jiménez, B.

Año: 2017.

Síntesis y comentarios: Este artículo científico tiene como objetivo, a través de una revisión descriptiva de estudios, examinar la flexibilidad psicológica asociada a diferentes indicadores de bienestar en pacientes con cáncer y evaluar el impacto de las intervenciones destinadas a incrementar el nivel de flexibilidad psicológica en pacientes oncológicos. Aporta un recuento breve sobre la construcción social del cáncer en los medios de comunicación y su influencia en las creencias y significados que las personas atribuyen a la enfermedad. Estas creencias y atribuciones serían relevantes en el entendimiento de la relación entre inflexibilidad psicológica y el estrés relacionado

con el cáncer. Sus resultados, arrojan que la flexibilidad psicológica está asociada a altos niveles de bienestar en pacientes con cáncer, aún en presencia de deterioro físico. Propone también la implicancia e importancia de la Psicooncología para la práctica clínica.

➤ Texto: *El cambio vital positivo tras un cáncer: ingredientes claves para facilitarlos y efectos sobre el bienestar.*

Autor: Ochoa Arnedo, C., Casellas-Grau, A.

Año: 2017.

Síntesis y comentarios: En este artículo se propone impulsar desde la Psicología Positiva, el estudio de los cambios vitales positivos tras una enfermedad como es el cáncer. A pesar de que en muchas personas se daría de forma natural el crecimiento postraumático (CPT), resultan de gran utilidad el diseño de terapias para su fomento, en los casos de pacientes, que tras los tratamientos, manifiestan malestar emocional significativo. Concluyeron en sus estudios, que parte del malestar emocional está asociado a la imposibilidad de realizar cambios vitales positivos tras la enfermedad. Es por esta razón, que se presenta a la Psicoterapia Positiva como facilitadora de CPT y también eficaz en la reducción del malestar en supervivientes de cáncer que muestran altos niveles de estrés.

➤ Texto: *Treating anxiety and depression of cancer survivors: Behavioral activation versus acceptance and commitment therapy.*

Autor: González-Fernández, S., Fernández-Rodríguez, C., Paz-Caballero, M.D., Pérez-Álvarez, M.

Año: 2018.

Síntesis y comentarios: Este artículo plantea a la activación conductual (AC) y la terapia de compromiso (ACT) como tratamientos útiles para los problemas emocionales de los supervivientes del cáncer. Los estudios evaluaron la eficacia en ambas terapias aplicadas en formato grupal. Los resultados apuntaron a la activación y la evitación como mecanismos responsables de cambio y una reducción tanto en la ansiedad como la depresión, por lo que concluyeron que estas terapias serían eficaces para el tratamiento de estos síntomas.

➤ Texto: *Diferencias entre pacientes oncológicos y no oncológicos en doble presencia, inseguridad y necesidad de esconder emociones.*

Autor: López Camacho, C.

Año: 2018.

Síntesis y comentarios: Esta investigación aborda al cáncer como una de las principales causas de mortalidad en el mundo y las implicancias de dicho diagnóstico. Plantea que tener cáncer va asociado frecuentemente a un gran deterioro tanto físico como funcional, lo cual tiene repercusiones en todos los niveles y su abordaje debe ser multidisciplinario. El hecho de ser diagnosticado de una enfermedad oncológica genera ansiedad, estrés postraumático e inseguridad. Numerosos estudios demuestran que la terapia grupal en pacientes con cáncer tiene efectos psicosociales positivos, como mejoras en el estado de ánimo, y en la supervivencia del paciente oncológico. También aborda la angustia que para muchos pacientes genera el recibir el diagnóstico de la enfermedad y que este malestar puede activar narrativas que podrían derivar en inflexibilidad psicológica, que pasarían a conformar cierta vulnerabilidad en la etiología y mantenimiento de la ansiedad, estrés postraumático y síntomas depresivos.

➤ Texto: *Relación entre calidad de vida y supervivencia en pacientes oncológicos.*

Autor: Cardoso, M.C., Massone, M.

Año: 2018.

Síntesis y comentarios: Este trabajo final de grado plantea al cáncer como la segunda causa de muerte a nivel mundial. La enfermedad provoca en los pacientes grandes consecuencias y alteraciones psicológicas asociadas a niveles de ansiedad y depresión. Como así también repercusiones sociales, familiares y laborales. Todo esto es de gran utilidad para comprender el concepto de calidad de vida y como la enfermedad produce un gran impacto en la calidad de vida de estas personas y sus familias. Destaca la importancia de la Psicooncología, para responder a las necesidades emocionales de los pacientes, sus familias y equipo médico tratante, con el fin de mediar y aliviar el dolor. Propone que los cambios vitales positivos, transcurrida la enfermedad juegan un papel importante en la adaptación psicosocial y en el bienestar y calidad de vida de quien atravesó una enfermedad oncológica. Concluye la importancia de apuntar hacia una visión integral del paciente oncológico, lo cual nos lleva a

comprender a la enfermedad más allá de su sustrato biológico y su aspecto somático, para enfocarnos en la calidad de vida y sus aspectos emocionales asociados.