

**Pastore, Candela**

---

**El rol del psicólogo clínico en el  
abordaje de pacientes con leucemia  
internados en un hospital general de  
la Ciudad de Córdoba**

**Tesis para la obtención del título de grado de  
Licenciada en Psicología**

**Directora: Baralle, Cristina**

Documento disponible para su consulta y descarga en Biblioteca Digital - Producción Académica, repositorio institucional de la Universidad Católica de Córdoba, gestionado por el Sistema de Bibliotecas de la UCC.



[Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-No Comercial-Sin Obra Derivada 4.0 Internacional.](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)



**UNIVERSIDAD  
CATÓLICA DE CÓRDOBA**  

---

*Universidad Jesuita*

Facultad de Ciencias de la Salud  
Licenciatura en Psicología

Trabajo Integrador Final  
Sistematización de Prácticas

**“EL ROL DEL PSICÓLOGO CLÍNICO EN EL ABORDAJE DE  
PACIENTES CON LEUCEMIA INTERNADOS EN UN HOSPITAL GENERAL  
DE LA CIUDAD DE CÓRDOBA”**

Alumna  
**Candela Pastore**

Directora  
**Lic. Cristina Baralle**

2024



**EL ROL DEL PSICÓLOGO CLÍNICO EN EL ABORDAJE DE  
PACIENTES CON LEUCEMIA INTERNADOS EN UN HOSPITAL GENERAL  
DE LA CIUDAD DE CÓRDOBA**

## **AGRADECIMIENTOS**

A mi papás, por siempre motivarme a descubrir quién y cómo quiero ser y por apoyarme y acompañarme en cada decisión que tomo. Gracias por todo el esfuerzo que hacen para que pueda cumplir lo que me propongo, lo voy a valorar para siempre.

A mi hermano Tomás, por ser la primera persona en escuchar mis relatos sobre la facultad o las prácticas, y también por ser la mejor compañía que podría tener en Córdoba.

A mis amigos y amigas, quienes me enseñaron que la hermandad trasciende los lazos de sangre. Por sostenerme, escucharme y ser mi luz cuando estoy perdida. Gracias por cada abrazo, por cada palabra de aliento y por hacerme saber que tanto cerca como a la distancia, siempre están.

A la licenciada Cristina Baralle, mi directora de este trabajo integrador final, por su apoyo incondicional y su admirable amor por la profesión. Gracias por acompañarme en este proceso tan lindo y por haber compartido conmigo su inmenso conocimiento.

Al servicio de salud mental del Hospital Córdoba, por abrirme sus puertas y por enseñarme la importancia de la salud pública y del trabajo en equipo.

A la universidad, por permitirme formarme no solo como profesional, sino también como persona y agente de la salud.

Y por último, gracias a las voces de todos los pacientes que hicieron posible, con cada testimonio, que este trabajo pudiera surgir. A los que están y a los que ya no, los llevo a todos en mi corazón.

## ÍNDICE GENERAL

<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>7</b>
<b>2. CONTEXTO DE LA PRÁCTICA</b> .....	<b>9</b>
2.1. PSICOLOGÍA CLÍNICA: DEFINICIÓN E HISTORIA .....	10
2.2. PSICOLOGÍA CLÍNICA EN LA ARGENTINA .....	11
<b>3. CONTEXTO INSTITUCIONAL</b> .....	<b>13</b>
3.1. HOSPITAL GENERAL Y SERVICIO DE SALUD MENTAL.....	14
3.2. HISTORIA Y CONFORMACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD MENTAL.....	15
3.3. SERVICIO DE SALUD MENTAL EN EL HOSPITAL CÓRDOBA EN LA ACTUALIDAD .....	16
3.4. SERVICIO DE HEMATOLOGÍA .....	17
3.5. ORGANIGRAMA DE LA INSTITUCIÓN .....	18
<b>4. EJE DE SISTEMATIZACIÓN</b> .....	<b>19</b>
<b>5. OBJETIVOS</b> .....	<b>21</b>
5.1. OBJETIVO GENERAL .....	22
5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	22
<b>6. PERSPECTIVA TEÓRICA</b> .....	<b>23</b>
6.1. EL PSICÓLOGO CLÍNICO EN EL HOSPITAL .....	24
6.1.1. POSICIÓN ACTIVA Y PASIVA DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL.....	25
6.2. EL SER HUMANO EN SITUACIÓN DE ENFERMO.....	27
6.3. LEUCEMIA.....	28

6.4. ¿SE ELIGE TENER CÁNCER? .....	29
6.4.1. ESTRÉS Y CÁNCER.....	31
6.5 ¿QUÉ ES LA PSICOONCOLOGÍA? .....	33
6.5.1. INTERCONSULTA PSICOONCOLÓGICA EN EL HOSPITAL.....	34
6.6. DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD: LA NOTICIA DEL CÁNCER COMO UN ACONTECIMIENTO TRAUMÁTICO.....	36
6.6.2. LAS DIFERENTES RESPUESTAS ANTE EL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER.....	37
6.7. DUELO Y CÁNCER.....	40
6.8. APOYO PSICOLÓGICO AL PACIENTE CON CÁNCER.....	46
<b>7. MODALIDAD DE TRABAJO .....</b>	<b>50</b>
7.1. CARACTERIZACIÓN DE LOS SUJETOS.....	51
7.2. TÉCNICAS PARA RECOLECTAR INFORMACIÓN .....	54
7.3. CONSIDERACIONES ÉTICAS .....	55
<b>8. ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA .....</b>	<b>56</b>
8.1. RECUPERACIÓN DEL PROCESO VIVIDO.....	57
8.1.1. INTERVENCIONES EN EL SERVICIO DE HEMATOLOGÍA .....	58
8.1.2. INTERVENCIONES EN EL INSTITUTO DEL QUEMADO .....	61
8.2. ¿QUÉ SISTEMATIZAR DE LA EXPERIENCIA?.....	62
8.3. ANÁLISIS DE DATOS .....	63
<b>9. CONSIDERACIONES FINALES.....</b>	<b>103</b>
<b>10. REFERENCIAS.....</b>	<b>111</b>

# 1. INTRODUCCIÓN



Este Trabajo Integrador Final tiene por objetivo poner en manifiesto el recorrido realizado en el marco de las Prácticas Profesionales Supervisadas de la carrera Licenciatura en Psicología de la Universidad Católica de Córdoba. A lo largo de este escrito se expone la experiencia vivida desde el mes de mayo hasta el mes de diciembre del año 2023 en el servicio de salud mental del Hospital Córdoba, lugar donde fueron llevadas a cabo las prácticas.

La sistematización de experiencia de las mismas fueron realizadas a partir de diferentes interconsultas con el servicio de hematología de dicho hospital. Este se encarga de prestar asistencia a pacientes adultos diagnosticados con enfermedades hematológicas benignas y malignas, como por ejemplo la leucemia, contando con un área específica de aislamiento diseñada para dicha enfermedad y con personal capacitado. Las interconsultas desde salud mental dirigidas a este servicio tenían el objetivo de evaluar, asistir y acompañar a estos pacientes. En dichas interconsultas se mantuvo al principio un rol de observadora no participante para luego ocupar un rol más activo hacia el final de las prácticas.

Por otro lado, este escrito contiene, en primer lugar, una contextualización de la psicología clínica así como un abordaje histórico de su desarrollo hasta la actualidad y las reglamentaciones para su ejercicio profesional en el país. A su vez, se realiza una descripción del contexto institucional, el Hospital Córdoba, teniendo en cuenta su historia y la organización actual del servicio de salud mental, así como una breve descripción del servicio de hematología. Además, se presenta un breve recorrido por la transición en el hospital durante los meses de práctica, así como la presentación del eje de sistematización elegido, los objetivos del mismo y la perspectiva teórica en la que se fundará el presente trabajo tomando los aportes de la psicooncología, los cuidados paliativos y la labor del psicólogo clínico en el hospital.

Por último, se concluye con un análisis de la experiencia, recuperando el proceso vivido en esta práctica y reflexionando acerca de la información obtenida en los registros diarios de cada interconsulta en el servicio de hematología. A su vez, en la segunda parte de este apartado se incluye el análisis de los datos obtenidos durante todos estos meses de práctica, relacionándolos con el marco teórico correspondiente con el fin de alcanzar los objetivos establecidos al inicio de este escrito.

## 2. CONTEXTO DE LA PRÁCTICA

### 2.1 PSICOLOGÍA CLÍNICA: DEFINICIÓN E HISTORIA

Para el abordaje del presente trabajo, es de fundamental importancia definir el contexto que lo enmarca, así como su desarrollo e historia. En primer lugar, resulta pertinente definir la psicología como disciplina y luego la psicología clínica, una de sus especialidades.

Según la Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (FePRA, 2003), la psicología es una ciencia encargada de estudiar el comportamiento y la conducta humana en todas sus manifestaciones y en distintos contextos. Esta ciencia posee una diversidad de aplicaciones profesionales, lo que implica que existen varios contextos y campos en los que puede ser requerida y aplicada. Dentro de ellos, se encuentra la psicología clínica la cual

puede ser definida como una rama especializada de la psicología que aplica conocimientos y técnicas al estudio del comportamiento humano con el fin de estudiarlo.

La FePRA (2003) define a la psicología clínica como una disciplina científico-profesional con historia e identidad propias y cuyos objetivos son la evaluación y diagnóstico, brindando asistencia en salud mental y conductual a personas que así lo requieran. A su vez, dentro del ámbito de la psicología clínica se emplean diversas herramientas, entre ellas, se destacan la evaluación, la cual involucra principalmente el uso de pruebas para medir habilidades o diagnosticar trastornos mentales; la entrevista, que implica la interacción directa entre el psicólogo y el paciente; y el tratamiento, donde el psicólogo clínico emplea diversas formas de psicoterapia.

Por otro lado, Lagache (1982) explica que la psicología clínica no sólo se encarga de estudiar el comportamiento patológico del individuo sino que también estudia la conducta normal del mismo. Por lo tanto, su objeto de estudio es el ser humano y sus relaciones con el mundo que lo rodea, teniendo en cuenta que el comportamiento anómalo es también una forma de adaptarse al entorno.

Si se debiera establecer una fecha de inicio para la psicología clínica, sería en el año 1896 cuando Wilmer fundó la primera clínica con el nombre de "psicología clínica" en la Universidad de Pensilvania Estados Unidos. La misma brindaba tratamiento para deficiencias en el desarrollo infantil, basado en una terapia de reaprendizaje. En aquel entonces, el papel terapéutico propuesto por Wilmer era muy similar al papel que desempeña el terapeuta en la actualidad (FePRA, 2003). Además, es importante destacar que en el año 1896 Sigmund Freud nombró "Psicoanálisis" a su propio método clínico, rompiendo con la visión biologicista que se tenía hasta entonces de la psicología.

Aunque tanto Freud como Wilmer reconocían el tratamiento como una de las principales funciones de la psicología clínica, en realidad, el psicodiagnóstico y la investigación fueron las características más distintivas del psicólogo clínico durante aquellos primeros tiempos, sobre todo al principio del siglo XX gracias a las innovaciones psicodiagnósticas introducidas por Alfred Binet en el desarrollo de pruebas para medir la inteligencia. De esta forma, la investigación y el psicodiagnóstico se convirtieron en los sellos de identidad del psicólogo clínico en esa época hasta finales de la década de 1930,

momento en el que los psicólogos clínicos empezaron a desempeñar con mayor frecuencia funciones terapéuticas aparte de la función diagnóstica original (FePRA, 2003).

## 2.2. PSICOLOGÍA CLÍNICA EN LA ARGENTINA

En el año 1977 se fundó en nuestro país la Federación de Psicólogos de la República Argentina (FePRA). La misma es una organización que agrupa a las entidades de primer grado de cada jurisdicción del país, con el objetivo de representar a los psicólogos tanto a nivel nacional como internacional. Su propósito es promover la total integración laboral de los psicólogos, otorgando un mayor valor a la psicología desde una perspectiva científica y en el ámbito profesional en todas las áreas de aplicación. Asimismo, busca establecer criterios actualizados sobre ética y regulación del ejercicio profesional mediante consensos e intenta promover la integración de la psicología en todos los aspectos de la vida cotidiana en un contexto de Estado de Derecho, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de la población mediante la práctica profesional de cada psicólogo del país (FePRA, 2020).

En nuestra provincia, la Ley 7.106 regula el ejercicio de los profesionales de la psicología y en su ARTÍCULO 2 promulga:

El ejercicio de la psicología se desarrollará en los niveles, individual, grupal, institucional y comunitario, ya sea en forma pública o privada, en las áreas de la psicología clínica, educacional, laboral, jurídica y social. Se entenderá por área de la psicología clínica: la esfera de acción que se halla en hospitales generales, psiquiátricos, neuropsiquiátricos, centros de salud mental, clínicas e instituciones privadas de la misma índole y en práctica privada de la profesión” (Ley 7.106, 1984 Art. 2).

Por último, en Córdoba, los profesionales de salud mental deben ejercer su profesión siguiendo la ley mencionada anteriormente, sancionada en el año 1984; la Ley N° 26.529 “Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado sancionada en el año 2009; Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657”.



## 3. CONTEXTO INSTITUCIONAL

### 3.1 HOSPITAL GENERAL Y SERVICIO DE SALUD MENTAL

La atención psicológica en el hospital general se configura como una forma de intervención sumamente compleja, que engloba tanto actividades asistenciales, educativas como de investigación. Este enfoque parte de una comprensión integral del paciente

hospitalizado o enfermo, considerando aspectos bio-psico-sociales, junto con las particularidades del entorno y las diversas dinámicas presentes en la institución hospitalaria (López Fuentejara e Iriundo Villaverde, 2019).

Por su parte, el Hospital Córdoba es un hospital general de carácter público de la ciudad de Córdoba ubicado en la Avenida Patria inaugurado el 1° de julio del año 1950. Esta institución se dedica primordialmente a brindar servicios de alta complejidad, destacándose en la atención de las neurocirugías y trasplantología. A su vez, se destaca por ofrecer servicios únicos en la provincia tales como el servicio del quemado, el servicio de diabetes, centro de diálisis, red de infartos agudos y un laboratorio propio. Además, cuenta con una amplia gama de especialidades médicas que incluyen hematología, nefrología, neumonología, neurocirugía, neurología, nutrición, oftalmología, proctología, salud mental, reumatología, terapia intermedia e intensiva para adultos, urología, vascular periférico y trasplantología, entre otras.

En cuanto al servicio de salud mental del Hospital Córdoba, en la página institucional (2019) se describe al mismo como un dispositivo encargado de resolver la demanda asistencial de la población con padecimiento mental siendo su objetivo llevar a cabo las siguientes acciones:

- Brindar atención psicológica y psiquiátrica a pacientes que realicen consultas espontáneas o que sean derivados por otros servicios o instituciones tanto del sistema de salud como de la justicia
- Implementar diversos programas de salud mental adaptados al perfil de la institución tales como el programa de cirugía bariátrica, el consultorio inclusivo, la junta de discapacidad, el programa de psicoterapia de grupo para adultos y jóvenes, la psicoterapia individual y la psicofarmacología
- Coordinar respuestas intersectoriales con instituciones monovalentes de salud mental, el Equipo de Abordaje Comunitario (EAC) y la Justicia de la División de Salud Mental
- Formar parte del programa de trasplante renal, cardíaco y hepático, llevando a cabo diferentes prestaciones según la etapa en la que se encuentre cada paciente como la valoración psicológica para la lista de espera y el apoyo post trasplante



## 3.2. HISTORIA Y CONFORMACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD MENTAL

En su libro, la licenciada Baralle (2017) explica que entre los años 1961 y 1975 habían solo tres profesionales psicólogos en el hospital: la licenciada Vaccarini, incorporada en el servicio de traumatología, la licenciada Santucci, en el servicio de otorrinolaringología y el licenciado Barcher en el de endocrinología. Como se puede observar, no existía un servicio de salud mental propiamente dicho sino que los psicólogos trabajaban dentro de cada servicio de forma aislada y su función era “apoyar el sostenimiento del tratamiento médico y brindarle a este un psicodiagnóstico del paciente mediante entrevistas clínicas, en las que se utilizaban diferentes test: Roschard, Tat, Phillipson, Figura Humana de Mc Cover y el de Bender” (Baralle, 2017, p.42). Es importante resaltar que en ese momento los profesionales psicólogos realizaban su labor en el hospital ad honorem, es decir, que ninguno de ellos recibía retribución económica por su trabajo ya que su inserción en el hospital era todavía muy reciente.

Por otro lado, la incorporación de psicólogos en determinados servicios médicos representaba un progreso inicial dado que implicaba el reconocimiento de que el cuerpo biológico estaba relacionado a lo psíquico. Sin embargo, aún prevalecía la idea de que el psicólogo no debía operar de manera autónoma e independiente, sino como un auxiliar de la medicina. Es por ello que en aquel momento se estaba gestando en nuestro país un movimiento de lucha por parte de los psicólogos para la consolidación de su profesión y también se estaba luchando para implementar la ley del psicólogo y el reconocimiento legal de la profesión. En el año 1973 empezó a gestarse la idea de organizar un servicio que funcione de forma autónoma en el Hospital Córdoba y ese mismo año surgió el anteproyecto de ley de ejercicio profesional del psicólogo.

No obstante, con la llegada del golpe militar en el año 1976, la promulgación de esta ley quedó en la nada y en el año 1979 casi todos los psicólogos del Hospital Córdoba

habían sido despedidos, los pocos que permanecieron trabajando allí lo hicieron bajo el ala de los médicos. Como explica la licenciada Baralle (2017) en su libro “en aquellos tiempos el trabajo de los psicólogos se limitaba a la realización de test y en el campo de la salud mental se volvió a instalar la psiquiatría biológica. La salud mental se diluía en la neuropsicología” (p.59).

En el libro conmemorativo de los 50 años de historia del Hospital Córdoba, el doctor Mauricio Salgado (2000) expresa: “la inclusión de la salud mental en el contexto del hospital general abarca el período comprendido entre el retorno de la democracia y los primeros esbozos organizativos del servicio en el año 1986” (p. 252).

Con el retorno de la democracia en nuestro país, se empieza a consolidar un servicio de salud mental en el Hospital Córdoba y en ese mismo año asume la jefatura de dicho servicio el doctor Salgado. La conformación de un servicio de salud mental independiente que integrara a todos los profesionales del área en una única entidad fue un desafío complicado que finalmente logró materializarse en el año 2003 con la asunción del licenciado Patricio Angulo. A partir de ese momento, fue la primera vez que todos los psicólogos fueron integrados en un mismo servicio y que un profesional de la salud mental (sin ser médico) fue nombrado jefe.

### 3.3. SERVICIO DE SALUD MENTAL EN EL HOSPITAL CÓRDOBA EN LA ACTUALIDAD

Hoy en día, la división de salud mental del hospital se encuentra integrada por siete psicólogas y tres médicos psiquiatras. El servicio cuenta con tres consultorios, dos son utilizados por las psicólogas y uno de ellos por el psiquiatra que esté atendiendo ese día. Desde la pandemia, la división opera bajo un sistema de turnos de doce horas, desde las 8 a.m. hasta las 8 p.m., con la participación diaria de cuatro miembros del equipo del área.

En cuanto a los turnos de los consultorios ambulatorios, todos son gestionados mediante un turnero central que es la modalidad de funcionamiento en todo el hospital. A

través de este sistema, es posible solicitar consultas tanto para psicología como para psiquiatría. Además, las intervenciones en los diferentes servicios se llevan a cabo a través de interconsultas o a petición del servicio que requiere la intervención. Por último, en lo que respecta al trabajo en las áreas de sala e internación, los profesionales de este servicio asisten solamente cuando se les solicita una interconsulta.

### 3. 4. SERVICIO DE HEMATOLOGÍA

En el Hospital Córdoba, gran cantidad de interconsultas que llegan al servicio de salud mental provienen de la unidad de hematología. La misma es la única en el ámbito de la salud pública y, a su vez, es reconocida por ser un centro de derivación de pacientes con leucemias agudas. Este servicio cuenta con dos consultorios externos, un laboratorio y un área de internación. Por su parte, el plantel profesional se encuentra conformado por tres médicas hematólogas, dos médicas clínicas, dos técnicas en laboratorio y una bioquímica. En determinadas circunstancias, las profesionales del servicio requerían interconsultas por parte del servicio de salud mental para los pacientes ingresados, mientras que en otros casos, eran los propios pacientes quienes solicitaban atención por parte de los profesionales de salud mental.

### 3.5. ORGANIGRAMA DE LA INSTITUCIÓN

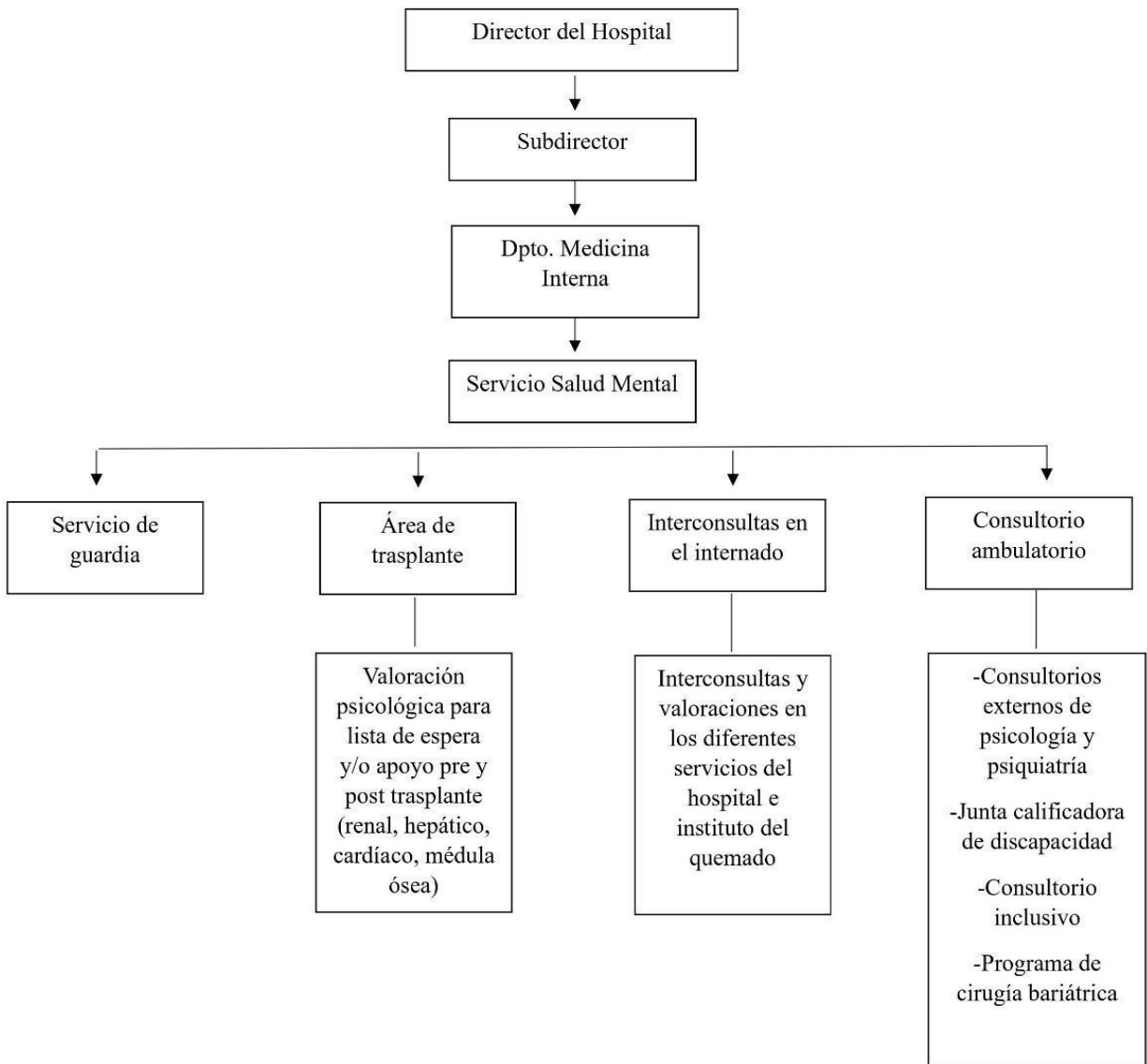


Figura 1: Organigrama del Hospital Córdoba. De elaboración propia basada en la información brindada en la página web del Hospital Córdoba (<http://hospitalcordoba.com.ar/servicio/division-salud-mental>).

## 4. EJE DE SISTEMATIZACIÓN

*El rol del psicólogo clínico en el abordaje de pacientes con leucemia internados  
en un hospital general de la Ciudad de Córdoba*



## 5. OBJETIVOS



## 5.1. OBJETIVO GENERAL

Analizar el rol del psicólogo clínico en el abordaje pacientes con leucemia internados en un hospital general de la ciudad de Córdoba

## 5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Analizar el impacto subjetivo y psicológico que tiene el diagnóstico de leucemia en los pacientes y las diferentes etapas del duelo por las que atraviesan
2. Caracterizar el trabajo del psicólogo clínico en pacientes que requieren cuidados paliativos
3. Describir las intervenciones y técnicas psicológicas llevadas a cabo para contener emocionalmente al paciente con leucemia



## 6. PERSPECTIVA TEÓRICA

## 6.1. EL PSICÓLOGO CLÍNICO EN EL HOSPITAL

Uzorskis (2002) explica que la labor del psicólogo clínico en el hospital está orientada a ocuparse de los pacientes que estén atravesando alguna enfermedad médica y, cómo consecuencia de ésta, de su padecimiento subjetivo. Se juega aquí la demanda de un profesional que escuche el sufrimiento de la persona que padece, brindando contención, una palabra de alivio o mirada reconfortante en aquel lugar donde predomina lo biológico y lo tecnológico.

El autor explica que, desde el punto de vista médico, se suelen dejar de lado las cuestiones emocionales y personales de cada paciente y se termina generando una “reducción del paciente singular a un elemento general y abstracto, despojado así de su carga dramática” (Uzorskis, 2002, p.17). Es por eso, que la visión del cuerpo difiere entre el enfoque médico y el psicoanalítico: mientras que la biología ve al mismo sólo como un organismo viviente, el psicoanálisis lo conceptualiza como una superficie con zonas erógenas, dotado de una historia relacional y, por ello, propone una interpretación diferente

del paciente, considerándolo como un cuerpo que lleva consigo una historia personal y está atravesado por su subjetividad. Esto implica reconocer la manera única en que cada individuo enfrenta su padecimiento además, es crucial tener en cuenta que no sólo el cuerpo físico se ve afectado y amenazado cuando existe un malestar, sino que bajo estas situaciones también se pone en juego la forma en la que el paciente se concibe a sí mismo, su posición frente a su vida actual, frente al futuro, sus relaciones interpersonales y también las herramientas con las que cuenta para transitar el momento del padecimiento.

Bajo estas circunstancias, el paciente supone en la institución o en la persona del médico la posibilidad de aliviarlo, es decir, supone que existe un Otro que sabe lo que hay que hacer para curarlo. Como explica el autor, todo sujeto busca el encuentro con un Otro que encarne un lugar de saber, que lo guíe, lo oriente o, en este caso, que sepa cómo curarlo.

### 6.1.2. POSICIÓN ACTIVA Y PASIVA DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL

Desde el servicio médico, se le suele demandar al profesional psicólogo que logre calmar y serenar al paciente mientras que, a este último, se le exige que sea un colaborador pasivo con los procedimientos que los médicos deben realizarle, es decir, se le pide que sea un “buen paciente” y de ésta manera surge una actitud tecnicista en donde el paciente pasa a ser un elemento pasivo al que tratar y estudiar por presentar alguna falla, al igual que una máquina a la que se debe arreglar y a la que no se le explica nada de lo que se le realiza. Es por ello, que desde el campo de la salud mental se busca acercarse a la subjetividad del paciente para poder lograr una posición activa de su parte. Uzorskis (2002) plantea diferentes estrategias para poder lograr esto:

- Tener en cuenta la necesidad y la importancia de brindarle al paciente explicaciones sencillas de lo que le sucede y los procedimientos que se le están realizando
- Nombrar al paciente por su nombre de pila en cada encuentro con él ya que el anonimato puede causar desconfianza y angustia
- Transmitir al paciente que las mejoras pueden ser lentas y tener altibajos, siendo su proceso de recuperación un camino sinuoso a recorrer y no un proceso lineal ni mágico. Enfatizar en la importancia del tiempo para poder conseguir logros en su mejoría
- Incentivar al paciente para realizar actividades durante su internación en el hospital que apunten al entretenimiento activo de acuerdo a sus gustos personales, como escribir, dibujar, escuchar música, etcétera

Respecto a esto, en el año 1981, el jefe del servicio de terapia intensiva del Hospital Israelita de la Ciudad de Buenos Aires, Guillermo Doglio, y su equipo llevaron a cabo una investigación basada en los datos recopilados durante entrevistas realizadas a 216 pacientes que permanecieron internados en el hospital entre mayo de 1978 y junio 1980 y posteriormente dados de alta (Doglio, Uzorskis et. al., 1983). Los resultados de la investigación confirmaron que la intervención *psi* tuvo una incidencia modificadora y positiva para la evolución de los pacientes, es decir, se demostró que esta intervención fue favorable para la recuperación de los mismos. De esta forma, en dicha investigación se concluyó que, durante la internación en el hospital, la falta de información por parte del equipo médico produce miedo y deseo de ser contenido y escuchado por parte del paciente. Es por ello, que se demostró que la intervención del profesional psicólogo ayuda al mismo a esclarecer el motivo de su internación, produciendo de esta forma tranquilidad, sensación de bienestar y vivencia de estar acompañado y cuidado durante este proceso. Así, el paciente cobra una conducta más activa y colaboradora con los médicos y se disminuyen los sentimientos de miedo y angustia durante la internación.

Siguiendo esta línea, Faberman (2010) teoriza que los médicos suelen tener una alta expectativa acerca de cómo deberían comportarse los pacientes. Para ellos, el denominado “buen paciente” será aquel que cumpla con las órdenes del personal sin emitir queja u objeción alguna y comprenda rápidamente las rutinas y los procesos hospitalarios, sin

causar problemas y siendo siempre agradecido de las intervenciones que se le realizan. Por el contrario, el “paciente problemático” será aquel que pida demasiado o se muestre exigente. Es en este caso donde los médicos suelen pedir intervención del profesional psicólogo ya que consideran que el paciente se encuentra lejano de “aquello que debería ser” y, por lo tanto, se necesita de la ayuda de otro tipo de profesional que lo corrija u oriente (Faberman, 2010).

Sin embargo, la autora explica que en estos casos la tarea del psicólogo en el hospital será “trabajar junto al paciente para que puedan atenderse sus necesidades particulares de forma conjunta al cuidado con su salud” (Faberman, 2010, p.31). El psicólogo ayudará al paciente a adaptarse a las condiciones necesarias para su internación, pero también lo asistirá en defensa de sus necesidades particulares, sugiriendo para ello ajustes en la estructura hospitalaria mediando entre este y la institución para llegar a la mejor solución posible. En el caso de las intervenciones hospitalarias prolongadas, el rol del psicólogo también estará destinado a preparar al paciente para lograr una mayor tolerancia a los procesos e intervenciones dolorosas que pudiesen ser parte de su tratamiento.

## 6.2. EL SER HUMANO EN SITUACIÓN DE ENFERMO

Según Mucci (2004), padecer una enfermedad orgánica produce en el sujeto sensaciones de angustia, miedo y estrés que lo llevan a emplear estrategias y mecanismos de defensa particulares. Todas estas manifestaciones se encarnan en forma de pensamientos, emociones y fantasías en torno al dolor, el sufrimiento y la muerte. Sin embargo, ante la presencia de enfermedad orgánica, cada paciente sufre de forma distinta y esto depende de gran variedad de factores como edad, situación socioeconómica, respuesta al estrés, rasgos de personalidad y, fundamentalmente, la historia personal y familiar de enfermedades y muerte.

Enfrentarse a una internación prolongada, como ocurre en los casos de enfermedad oncológica, supone una vivencia disruptiva para la persona y puede manifestar distintos síntomas psicológicos, tales como: ansiedad situacional, angustia, indiferencia, hostilidad, rabia, negación, defensas hipomaniacas, temor, desadaptación, sobreadaptación y/o vivencias de pánico. Evaluando la intensidad de estas reacciones se puede determinar parcialmente la capacidad del paciente para afrontar la situación de internación y su cooperación con el tratamiento.

Por otro lado, Faberman (2010) explica que el paciente que se encuentra atravesando una enfermedad orgánica va a transitar diferentes duelos: por la salud perdida, por la pérdida de funcionalidad, por los planes a futuro cancelados o postergados a causa de la enfermedad y por saber que la misma será parte de su vida cotidiana de forma indefinida. Esto quiere decir que desde el momento en que el paciente recibe el diagnóstico, se produce una disrupción en su vida en donde la enfermedad marcará un antes y un después en la misma y, por ello, se hace necesario no solo un cambio de conducta, sino también cambios emocionales (Taylor y Aspinwall, 1997).

A su vez, la enfermedad provoca que el paciente cambie trascendentalmente la manera de pensarse así mismo, ocasionando una alteración en todas las dimensiones de su ser. Se empieza a percibir como una persona vulnerable, frágil y limitada ya que su padecimiento afecta su condición de sujeto, su papel en su familia, en la sociedad, en su modo de ser y estar en el mundo (Waldow, 2014). No sólo percibe en sí mismo alteraciones físicas, tales como malestar, dolor o cansancio, sino también se puede percibir a sí mismo más irritante, frustrado y angustiado.

Por otro lado, el hecho de estar internado intensifica los sentimientos de dependencia, impotencia y falta de control de su cuerpo, pudiendo producir despersonalización. Es en este momento cuando el apoyo de la familia se vuelve crucial: en la actualidad, se concibe a la familia como una copartícipe en el cuidado del enfermo junto con el personal de salud del hospital. Sus miembros se convierten en colaboradores, no sólo en el hogar sino también en la institución en el caso de las internaciones prolongadas. La familia sostiene, contiene y cuida del paciente; por ello también se verán alteradas sus funciones, roles, relaciones y dinámicas a partir de la enfermedad de uno de sus miembros. La familia se preocupa, sufre, cambia al igual que el miembro enfermo y es por ello que



también debe ser cuidada y contenida desde el hospital. El profesional psicólogo también debe acompañarla y ayudarlos a transitar, en la medida de lo posible, los sentimientos que se afloran a partir de la enfermedad de su ser querido.

### 6.3. LEUCEMIA

Según la Asociación Americana del Cáncer (2012) la leucemia es un tipo de cáncer que afecta a los tejidos responsables de la formación de la sangre en el cuerpo, incluyendo la médula ósea y el sistema linfático. Se identifican múltiples variedades de leucemia, algunas de las cuales son más prevalentes en niños, mientras que otras se presentan principalmente en adultos. En términos generales, la leucemia implica una proliferación anormal de glóbulos blancos en la médula ósea, células que normalmente desempeñan un papel crucial en la lucha contra infecciones y se multiplican de manera controlada según las necesidades del organismo. No obstante, en individuos con leucemia, la médula ósea produce una cantidad excesiva de glóbulos blancos que presentan anomalías y no cumplen adecuadamente su función.

En cuanto a los síntomas de esta enfermedad, los mismos varían según el tipo de leucemia. Los signos y síntomas comunes incluyen los siguientes: fiebre o escalofríos, fatiga persistente, debilidad, ganglios linfáticos inflamados, agrandamiento del hígado o del bazo, pérdida significativa de peso, sangrados nasales frecuentes, dolor o sensibilidad en los huesos, entre otros.

Respecto al tratamiento, la quimioterapia suele ser el tratamiento principal para combatir la leucemia. Asimismo, se pueden utilizar otros métodos para combatir esta enfermedad como el tratamiento con fármacos, la radioterapia y/o el trasplante de médula ósea. Éste último, es un procedimiento bastante común para el tratamiento de la leucemia

y consiste en reemplazar las células madre defectuosas de la médula ósea del paciente con células sanas.

#### 6.4. ¿SE ELIGE TENER CÁNCER?

Uzorskis (2002) sostiene que a lo largo de las últimas décadas han sido exhaustivos los intentos de explicar el origen del cáncer, como si se tratara de una especie de moda. Para el autor, uno de los grandes riesgos en los encuentros interdisciplinarios es proponer una sola respuesta sobre la causalidad de esta enfermedad en términos competitivos. De esta forma, incluso desde la psicología, se acaba adoptando una lógica de totalización en donde se sostiene una posible causa del cáncer pero de forma provisoria ya que, como se ha demostrado anteriormente, los conocimientos y las causas que se conciben hoy no son inmutables y van variando con el correr de los años. Asimismo, el autor plantea que ninguna teoría puede explicar la causalidad de todo lo observable y por ello mismo, se debe aceptar esta imposibilidad promoviendo cautela en las intervenciones para poder pensar en aquello que sí se puede hacer actualmente para ayudar al paciente.

Respecto a esto, Holland (2003) argumenta que las consecuencias de los mitos y creencias que se realizan en torno al cáncer llevaron a culpabilizar al paciente por padecer esta enfermedad. En las últimas décadas se han hecho populares los cuestionamientos y acusaciones del estilo “¿Por qué necesitabas tener cáncer?” o “seguro querías tener cáncer” que sugieren que el paciente debe haber deseado enfermarse y le atribuyen esa responsabilidad. Respecto a cómo llegó a producirse el fenómeno de culpar al paciente de su enfermedad, Holland (2003) explica que esto está relacionado al hecho de que durante años el cáncer ha sido un misterio y se sabía muy poco respecto a qué lo causaba y cómo tratarlo. Es por ello, que cuando se tiene poca información sobre algo, la ansiedad y el miedo aumenta y desarrollamos mitos para intentar darle alguna explicación.

Una autora que profundizó sobre este tema y cuestionó el modo en el que se concibe a las enfermedades, fue Susan Sontag quien escribió el libro “La enfermedad y sus metáforas”. En el mismo, trata de demostrar cómo los mitos acerca de algunas enfermedades incrementan el dolor de los pacientes y frecuentemente los desalienta a buscar el tratamiento adecuado.

Basándose en su propia experiencia de padecer esta enfermedad, Sontag (1978) analiza las metaforizaciones a las que han sido sometidas ciertas enfermedades, entre ellas, el cáncer. Partiendo del hecho de que la enfermedad no se reduce meramente a un proceso biológico, sino que constituye un fenómeno mucho más complejo dotado de diferentes connotaciones y significados sociales, la autora nos alerta sobre la poderosa influencia de la dimensión simbólica en la vivencia y percepción que los individuos tienen de sus procesos patológicos y mórbidos.

Asimismo, la autora plantea que históricamente ha existido la creencia o el mito de que la causa principal del cáncer suele ser la represión constante de un sentimiento. Antiguamente, se creía que los sentimientos reprimidos eran de orden sexual, sin embargo, en la actualidad se asocia más con el sentimiento de rabia. Con respecto a las enfermedades modernas, como es hoy el cáncer, se tiende a concebir que estas son una expresión del carácter y que este es su principal desencadenante debido a la falta de otras formas de expresión. La autora cita al médico Groddeck quien afirmaba: “es el enfermo mismo quien crea la enfermedad. Él es la causa de su enfermedad, no hay por qué buscar otra.” y critica vorazmente sus dichos argumentando que este tipo de opiniones tan peligrosas culpan al paciente y depositan en él la responsabilidad del padecimiento y el dolor que lo aqueja y, a su vez, lo aleja de comprender toda la gama de tratamiento posible.

Por otro lado, Sontag hace especial hincapié a la predilección por las explicaciones psicológicas de las enfermedades que se realizan en la época actual. En palabras de la autora: “la explicación psicológica mina la realidad de una enfermedad. Dicha realidad pide una explicación; quiere decir que; es un símbolo de; debe interpretarse como” (Sontag, 1978, p.15). Asimismo, las teorías psicológicas más reconocidas les asignan a los enfermos de cáncer una doble responsabilidad: haberse enfermado y deber curarse y se terminan transformando en modos muy poderosos de culpabilizar al paciente. De esta forma, se le confiere al cáncer una causalidad meramente psicológica en donde se cree que la persona

enferma porque, inconscientemente, así lo quiere y que puede curarse movilizándolo su fuerza de voluntad optando no morir a causa de su enfermedad.

Por último, la autora propone liberar al cáncer del peso abrumador de las metáforas que se le imponen ya que estas terminan teniendo consecuencias negativas para los pacientes: lo culpabilizan de su padecimiento y lo inhiben de buscar el tratamiento adecuado a tiempo. En palabras de Sontag:

Porque todo el interés de la metáfora reside, precisamente, en su referencia a una enfermedad tan sobrecargada de mitificación y tan agobiada por la fantasía de un destino ineluctablemente fatal como lo es el cáncer. Y porque nuestros modos de ver el cáncer, y las metáforas que le hemos impuesto, denotan tan precisamente las vastas deficiencias de nuestra cultura, la falta de profundidad de nuestro modo de encarar la muerte (Sontag, 1978, p. 50).

### 6.4.1. ESTRÉS Y CÁNCER

Hipócrates, conocido como el padre de la medicina, resalta en sus escritos la influencia del cuerpo sobre lo anímico y la influencia del alma sobre el estado físico y explica cómo el ambiente que nos rodea se configura como un factor etiológico de la enfermedad (Arbizu, 2000).

Respecto a esto, en su libro “Cáncer y Psiconeuroinmunología” la licenciada en psicología Margarita Dubourdieu y la oncóloga María Laura Nasi (2023) definen al cáncer como “un emergente en un sistema de desequilibrio” que no sólo abarca las células de crecimiento descontrolado, sino todo el sistema de la persona en su unidad psique-soma. Las autoras explican que los conceptos de estrés, los sistemas de alostasis y carga alostática contribuyen a entender el desarrollo de las enfermedades, en este caso, el cáncer. La alostasis hace referencia al proceso mediante el cual el cuerpo sometido a situaciones de exigencia o estrés busca mantener la estabilidad interna realizando cambios de comportamiento fisiológicos o psicológicos, por lo que implica continuos ajustes en el

cuerpo para poder adaptarse a las demandas del entorno y mantener la homeostasis. Por su parte, la carga alostática es el costo fisiológico que resulta de la adaptación continua del cuerpo a las demandas del entorno. Es decir, hace referencia al desgaste acumulativo que sufre el organismo cuando se lo expone a una respuesta prolongada e intensa de estrés.

Las autoras explican que los estados de estrés crónico derivan de la insatisfacción de necesidades en cualquier área como pueden ser alteraciones en el sueño, la nutrición, conflictos emocionales y vinculares, el sedentarismo, pensamientos negativos recurrentes o la falta de sentido de vida. Esta insatisfacción de necesidades es interpretada a nivel cerebral como una señal de alarma que produce la respuesta de estrés y la activación de los sistemas de alostasis que buscan recuperar el equilibrio interno del organismo.

Esto se ha relacionado intrínsecamente con la enfermedad oncológica, ya que se ha demostrado que al vivir continuamente bajo estados de malestar crónico, los sistemas adaptativos se sobreexigen en su funcionamiento produciendo una inhibición del sistema inmune, el cual en vez de eliminar las células mutadas permitirá que crezcan. Por lo tanto, estos aportes proporcionados por la inmunología son sumamente valiosos para la investigación del cáncer, dado que en muchas ocasiones se atribuye solamente a los antecedentes familiares el desarrollo de la enfermedad. Las autoras explican que, si bien los genes alterados causan una predisposición al cáncer, estos pueden permanecer silenciados o, por el contrario, expresarse a partir de vivencias psicoemocionales u otros factores. Citando a las autoras:

El desarrollo científico está produciendo cambios en el paradigma de la propia ciencia. Desde la física y desde el paradigma de la complejidad ya no se sostienen la uncausalidad y la causalidad lineal, y esta visión de convergencia causal se aleja del determinismo (Dubourdieu y Nasi, 2023, p. 191).

De esta forma, las intervenciones psico-socio-emocionales representan otra vía de incidir en el proceso salud-enfermedad y contribuyen a una mejor comprensión de los factores que influyen en la salud de las personas.

Por otro lado, Vidal y Benito (2008) define al estrés como “el cuadro de descompensación psicosomática causada por estímulos inespecíficos que superan la capacidad adaptativa del individuo” (p.14) y explica que en los seres humanos la

combinación de la predisposición genética más la exposición al estrés durante etapas tempranas del desarrollo pueden dar lugar a un fenotipo neurobiológico vulnerable que facilita el desarrollo de enfermedades en la adultez. Este fenotipo puede implicar alteraciones en el sistema nervioso central, así como en la regulación del estrés a nivel fisiológico y emocional. Esta relación entre la predisposición genética, el estrés temprano y la vulnerabilidad neurobiológica puede tener implicaciones en la susceptibilidad a padecer cáncer. Se ha sugerido que la exposición crónica al estrés desde la infancia y las respuestas fisiológicas asociadas podrían contribuir al desarrollo y la progresión de esta enfermedad.

## 6.5. ¿QUÉ ES LA PSICOONCOLOGÍA?

Como menciona De la Fuente (2023), durante gran cantidad de años el cáncer ha sido una enfermedad extremadamente temida de la que no se hablaba ni mencionaba. Sin embargo, gracias a los avances científicos y a la formación constante de las últimas décadas, no sólo se ha podido lograr un significativo aumento de la tasa de supervivencia de esta enfermedad, sino que el miedo ha ido disminuyendo haciendo que la misma se afronte con una actitud distinta a la de antes y que en gran cantidad de centros de salud, tanto públicos como privados, haya personal capacitado en psicooncología.

La autora define a la misma como un campo interdisciplinar entre la psicología y la medicina cuyo objetivo es la prevención, evaluación, diagnóstico, tratamiento y cuidados de cualquier tipo de cáncer. Por otro lado, hace una especial mención a Jimmie Holland, fundadora de la psicooncología en la década de los 70, quien definió los aspectos psicológicos, psiquiátricos, sociales y comportamentales del cáncer. Para la doctora Holland, la psicooncología tiene como objetivo brindarle apoyo psicológico al paciente con cáncer y su familia, intentando disminuir su sufrimiento y aumentando los recursos para poder enfrentar la amenaza del proceso y tratamiento oncológico. Además, este campo

disciplinar se ocupa de acompañar y atender a las respuestas emocionales durante todos los estadios de la enfermedad, así como la de sus familiares y del personal sanitario que se ocupa de tratar a los pacientes. Por último, también se encarga de estudiar los factores psicológicos, conductuales y sociales que influyen en la mortalidad y morbilidad del cáncer.

### 6.5.1. INTERCONSULTA PSICOONCOLÓGICA EN EL HOSPITAL

En primer lugar, se considera pertinente explicar qué se entiende por interconsulta médico-psicológica en el marco de un hospital público y cómo se desarrolla el trabajo del profesional psicólogo en el ámbito hospitalario.

Ferrari et.al (2010) describen a esta interconsulta como un instrumento teórico y clínico que se desarrolla como un espacio de articulación y colaboración entre la práctica médica y la psicológica. Si bien ambas disciplinas poseen diferentes teorías explicativas y modelos de acción, se pueden articular y trabajar de forma conjunta para poder tratar de manera integral la salud de cada paciente. Esta colaboración permite lograr una atención más completa y efectiva para abordar las necesidades de salud tanto físicas como emocionales de cada usuario dentro del hospital y para ello es necesario tanto la comunicación como la colaboración entre los profesionales médicos y psicólogos a la hora de evaluar, diagnosticar y tratar a cada uno de ellos.

En palabras de Uzorskis (2002) “no sólo el organismo está implicado cuando hay malestar” (p.37) y es por ello que, como explica el autor, es de suma importancia que en las instituciones, en este caso en hospitales públicos, se tenga en cuenta el rol del psicólogo a la hora de abordar a los pacientes que estén atravesando por un padecimiento físico. De esta forma, el trabajo interdisciplinario entre psicólogos y médicos enfatiza el carácter de

cooperación entre los diferentes especialistas que se ocupan de tratar a la misma persona, cada uno desde su propia disciplina pero atendiendo a las demandas del propio paciente.

Profundizando acerca de la labor interdisciplinaria hospitalaria, Farberman (2010) explica que el profesional psicólogo lleva a cabo la evaluación y el tratamiento con el paciente utilizando las herramientas y recursos específicos de su campo de especialización. De esta manera, selecciona la información que será útil transmitir al equipo médico. Por otro lado, es crucial que el psicólogo conozca y esté atento a las características de la enfermedad orgánica que padecen sus pacientes, incluyendo la evolución esperable, las posibles complicaciones que pueden aparecer y las pautas que el paciente debe seguir para su recuperación. Estos conocimientos le permitirán contextualizar de mejor forma las referencias que el paciente haga sobre su enfermedad, evaluar su comprensión del diagnóstico, anticiparse y estar preparado para la aparición de dificultades. Además, el psicólogo debe estar integrado permanentemente al equipo de profesionales médicos con el que trabaja, manteniendo con ellos una relación fluida en donde ambas partes se brinden información sobre el estado de cada paciente, cada uno desde su propia área. Por último, es imprescindible que el psicólogo siga la evolución del caso y realice devoluciones periódicas sobre el mismo tanto al paciente como a los médicos que solicitaron la interconsulta.

Por otro lado, los médicos a cargo de los pacientes con cáncer suelen pedir interconsultas con el servicio de salud mental por diversos motivos: cuando el médico o la familia detectan un comportamiento inusual en el paciente o exhibe un nivel de ansiedad o angustia mayor al habitual; cuando el dolor experimentado por el paciente es significativo y difícil de controlar; para evaluar la capacidad de consentir o rechazar el tratamiento propuesto; cuando el paciente padece algún trastorno psiquiátrico o tiene historial de trastornos psiquiátricos previos, cuando se desarrollan conflictos entre el paciente, el equipo médico y la familia, entre otros (Vidal y Benito, 2008).

Siguiendo lo expuesto por esta autora, en todos estos casos la consulta psicooncológica se trata de una entrevista tanto diagnóstica como terapéutica, debido a que generalmente los pacientes que atraviesan esta enfermedad necesitan contención. Por lo tanto, la consulta estará orientada a evaluar el grado de comprensión del paciente respecto a su enfermedad, detectar las estrategias de afrontamiento frente a la misma, realizar un diagnóstico psiquiátrico, generar un espacio donde la emocionalidad pueda expresarse y,



por último, en palabras de la autora “el psicooncólogo debe esforzarse para que los pacientes perciban que se ha creado un ámbito, donde además de relatar lo que les pasa, es posible la reflexión” (Vidal y Benito, 2008, p. 162).

## 6.6. DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD: LA NOTICIA DEL CÁNCER COMO UN ACONTECIMIENTO TRAUMÁTICO

Es vital tener en cuenta, en primer lugar, que para el tratamiento de pacientes con cáncer, el apoyo psicológico dentro del hospital es fundamental. Como señala Schavelzon (2004), el cáncer es una enfermedad que obliga al paciente a reorganizar su realidad desde el momento en que recibe el diagnóstico. Implica aceptar renunciaciones, duelos y convivir con una sensación de incertidumbre permanente que se despliega a partir del momento en el que se recibe la noticia. Además, gran parte de su cotidianidad se verá afectada, no sólo por los efectos del tratamiento sino también debido a las posibles internaciones prolongadas y las características clínicas de la enfermedad. Su contexto y sus dinámicas familiares y relacionales también se verán modificadas a causa de su condición de salud, alterando la manera en la que la persona se concibe a sí misma y al resto.

El cáncer es una enfermedad que soporta una innumerable carga de significados ominosos tales como: la convicción de la muerte como inevitable, la destrucción física asegurada e incontrolable, dolor imposible de controlar, entre otros mitos que, en palabras de Vidal y Benito (2008) invaden al paciente oncológico de temor. La posibilidad de verse desfigurados o transformados en un otro desvitalizado, la pérdida de autonomía, la dependencia de los otros generada por el deterioro físico, son algunos de los múltiples miedos y preocupaciones que inundan a los pacientes desde el momento en el que reciben el diagnóstico de la enfermedad, seguido del temor más grande: el miedo a morir. Citando a Vidal y Benito (2008): “la comunicación del diagnóstico de cáncer inevitablemente actúa como un impacto psicológico de gran magnitud” (p. 31). A su vez, la noticia de que se está

enfermo de cáncer, se puede considerar como un acontecimiento traumático, ya que este mismo cumple tanto con las características de intensidad como de duración en el tiempo propias de un trauma importante.

Sintetizando las palabras de Otto Fenichel (2004), la función del aparato psíquico es restablecer la estabilidad una vez que ésta ha sido afectada por estímulos externos. Esto es posible mediante la descarga de la excitación provocada y la ligazón de ésta, pero cuando el estímulo externo es tan intenso que excede la capacidad de control del aparato psíquico, puede ocurrir un bloqueo o disminución de diversas funciones del Yo o el desencadenamiento de emociones incontrolables, especialmente de rabia y ansiedad. A su vez, esto depende del compromiso defensivo previo al suceso traumático, por lo que cualquier evento podría resultar traumático dependiendo de las características propias de cada individuo y su historia de vida.

Siguiendo esta misma línea, la doctora Jimmie Holland, reconocida por ser la fundadora de la psicooncología, ha dedicado gran parte de su carrera al estudio y tratamiento de pacientes oncológicos. En sus investigaciones, ha observado que la mayoría de estos pacientes señalan como la peor parte de la enfermedad al período de espera entre escuchar el diagnóstico (las tan temidas palabras: tiene cáncer) y el inicio del tratamiento. Es en este punto, donde se da a conocer la mala noticia pero todavía no hay ningún plan ejecutándose para combatirla, que se alcanza el punto más alto de ansiedad. Tolerar la sensación de que hay células cancerígenas en el cuerpo pero que aún no se está haciendo nada para destruirlas, provoca en el paciente grandes montos de angustia así como sentimientos de incertidumbre, dependencia y preocupación. Además, esta ansiedad generalizada puede agravarse debido a la preocupación que causan determinados tratamientos como la quimioterapia o radioterapia.

### 6.6.1. LAS DIFERENTES RESPUESTAS ANTE EL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER

Como explica Holland (2003), desde el momento en que el paciente recibe el diagnóstico de cáncer, la enfermedad empieza a ocupar un lugar central en su vida y existe el riesgo de que el cáncer llegue a dominarlo por completo, sumiéndose absolutamente en su diagnóstico.

A su vez, la autora explica las primeras respuestas típicas a un diagnóstico de cáncer. Tras haber realizado numerosas entrevistas a diferentes pacientes, descubrió que la mayoría de ellos reaccionaba de la misma forma en la que suele reaccionar la gente ante otras noticias catastróficas, como ante una desgracia personal, la muerte de un ser querido o una catástrofe natural inesperada. De esta forma, se dio cuenta de que existía un patrón general de respuesta al escuchar las malas noticias, en este caso, el diagnóstico de cáncer.

En primer lugar, Holland (2003) describe la respuesta inicial de negación e incredulidad donde se percibe el diagnóstico como un error. El paciente no puede aceptar ni concebir la idea de que padece cáncer: solicita que se repitan los estudios, acusa a los patólogos de estar equivocados o a los médicos de haberse confundido sus pruebas con las de otro paciente. Esta incredulidad, es decir, esta sensación de “esto no me puede estar pasando a mí”, funciona como mecanismo protector de la psique para brindarle a la persona un lapso de tiempo y espacio que le permita asimilar toda la información que le están brindando y evitar que se agobie de inmediato. Es una forma que tiene el psiquismo de “acomodarse” ante esta noticia que marcará un antes y un después en el desarrollo de su cotidianeidad y de su vida como la conocía hasta ahora.

Luego existe una segunda fase, la fase de la confusión. Aquí, el paciente ya no puede negar su verdad evidentemente, tiene cáncer. Así, cae en cuenta de que los estudios son correctos y que los médicos no están equivocados por lo que empieza a enfrentarse a su realidad más directamente. En este momento, el paciente puede pasar por estados de inquietud, ansiedad o preocupación por el diagnóstico y sus implicaciones. A su vez, conviven en él sentimientos de impotencia ya que, por un lado, siente que no puede hacer

nada para cambiar su estado. y por otro, de desesperanza porque no puede encontrar una salida. Al mismo tiempo, ambas sensaciones se alternan con una supuesta calma difusa, la sensación de que todo va a salir bien. Conviven así diferentes sensaciones que se van alternando confundiendo al paciente y no le permiten tener una continuidad en su forma de afrontar el diagnóstico.

Asimismo pueden verse afectadas funciones de su vida cotidiana, por ejemplo, el sueño y el apetito pueden volverse irregulares y puede tener problemas para concentrarse en el trabajo o en las actividades rutinarias. Esto se debe a que la atención del paciente gira en torno a sus miedos relacionados con la enfermedad: la posibilidad de morir, experimentar fuertes dolores, cambiar físicamente y transformarse en algo irreconocible para sí mismo y los otros, perder el sentimiento de aceptación por parte de sus seres queridos y atravesar un desamparo total. Holland (2003) explica que, si bien estos miedos son exagerados, son muy poderosos porque paralizan al paciente y lo confunden. Por otro lado, esta fase suele durar entre una y dos semanas y, generalmente, finaliza cuando empieza el tratamiento y se recupera el sentimiento de esperanza.

En este punto, los autores destacan la importancia de que el paciente pueda apoyarse y sostenerse no sólo de sus seres queridos, sino también del personal del hospital y sobre todo de los profesionales de salud mental, quienes pueden acompañar al paciente en este proceso ayudándolo a salir de su confusión para que pueda aceptar su enfermedad y afrontarla del mejor modo posible. Asimismo, como explica Schavelson (2004), la persona que padece cáncer siente que entre él y su entorno se ha modificado tanto la interrelación física como la psíquica, produciendo un conjunto de dificultades a las que denomina como “desadaptación”, que ocurre fundamentalmente en el territorio de su Yo.

Es por ello, que el trabajo del psicólogo en estos casos va a estar orientado a, no sólo contener y acompañar al paciente en el proceso de su enfermedad, sino también a alentarlo a hablar de la muerte, especialmente de la suya; a ayudarlo a reconocer sus verdaderos afectos; a reelaborar los contenidos simbólicos de la enfermedad, de los tratamientos y de la agresión de los mismos.

Por último, Holland (2003) describe la última fase de reajuste al diagnóstico que toma lugar cuando el paciente comienza el tratamiento. Este alivio de que está “haciendo algo” para combatir la enfermedad, lo hace sentir menos inseguro que en las etapas

anteriores volviéndolo más optimista y permitiéndole trabajar activamente para combatir la enfermedad y poder regresar a su vida normal. Además, es en este momento cuando se pueden observar las diferentes formas que tiene cada persona de enfrentarla y las estrategias que emplea para ello, perfiladas a lo largo de su vida.

## 6.7. DUELO Y CÁNCER

Carmona Berrios y Bracho de Lopez (2008) definen el duelo como la respuesta ante cualquier tipo de pérdida. Explican que, si bien esta respuesta es personal y propia de cada individuo, produce reacciones humanas comunes que afectan a la persona en su totalidad en sus aspectos psicológicos, emocionales, sociales, físicos y espirituales.

Asimismo, los autores explican que el duelo puede ser definido como una reacción psicosomática de dolor frente a situaciones de pérdida de algo o alguien significativo para la persona. Puede tratarse de la muerte de un ser querido, la pérdida de un órgano, las pérdidas de responsabilidades propias de una etapa de crecimiento o, como es en este caso, el duelo por la salud perdida que trae consigo una enfermedad como el cáncer.

Por otro lado, Elisabeth Kübler-Ross (2005), psiquiatra y escritora que dedicó gran parte de su carrera a investigar sobre este tema, identificó cinco etapas en el proceso del duelo: negación, ira, negociación, depresión y aceptación. La autora observó que estas fases tienen duraciones variables y pueden sucederse una tras otra o superponerse en ocasiones, por lo tanto, todas las etapas se relacionan entre sí. Para Kübler-Ross, lo esencial es tener presente que toda pérdida desencadena un proceso de duelo en la persona afectada y para que éste se lleve a cabo de forma saludable, es crucial que pueda desarrollarse en estas etapas y dentro de un determinado tiempo que dependerá de varios factores: la vida emocional del individuo, el apoyo de su entorno, sus comportamientos de adaptación, sus antiguas experiencias en situaciones de duelo, entre otros.

A continuación, se detalla cada etapa del proceso de duelo propuesto por la autora Kübler-Ross y cómo se desarrollan en gran parte de los pacientes oncológicos:

1. Negación. En su libro “Sobre el duelo y el dolor” (2005), Kübler-Ross y Kessler explican que esta primera etapa del duelo es la que ayuda a la persona afectada a sobrevivir a la pérdida. En el caso del cáncer, el paciente se enfrenta al duelo por la pérdida de su salud que lo introduce en un nuevo estado que supone ciertas limitaciones y cambios en su vida cotidiana durante un período de tiempo indefinido. Inevitablemente, este evento ocasiona un significativo desequilibrio emocional ya que no sólo implica la pérdida de salud en sí misma, sino también la pérdida de la vida como se la conocía hasta esos momentos.

Como detallan los autores, en la etapa de negación la vida parece no tener sentido, el mundo se vuelve absurdo y sofocante. La persona se encuentra tan conmocionada que niega los hechos, se vuelve insensible, se pregunta si alguna vez podrá salir adelante y por qué debería hacerlo. Sin embargo, la negación y la conmoción es lo que ayuda a la persona a dosificar el dolor de la pérdida, es la única manera que tiene la naturaleza de dejar entrar sólo aquello que el sujeto puede soportar. Se trata de los mecanismos de protección de la psique, ya que dejar entrar repentinamente todos los sentimientos asociados a la pérdida y al dolor sería algo emocionalmente abrumador que la persona podría no aguantar. Por lo tanto, la persona no puede creer lo que le está sucediendo porque, justamente, es incapaz de hacerlo y en esta etapa sería excesivo creerlo del todo.

En este momento, el paciente comienza a preguntarse el cómo y el porqué de su enfermedad. Preguntas del estilo ¿cómo ha sucedido esto? ¿por qué me pasa esto a mí? ¿hice algo para provocarlo? ¿podría haber evitado esta enfermedad? son comunes que la persona se formule repetidas veces volviendo la mirada hacia adentro para intentar encontrar una explicación. A medida que el paciente va aceptando la realidad de la pérdida y empieza a hacerse estas preguntas, está iniciando el proceso de curación y la negación comienza a remitir. Sin embargo, también empiezan a aflorar todos los sentimientos que se estaban negando.

2. Ira. Kübler-Ross (2005) define a la ira como una etapa necesaria del proceso curativo y no tiene que ser lógica o válida. El paciente puede estar enojado por no haber visto que esto iba a pasar y, ahora que está sucediendo, el enojo radica en que no puede

hacer nada para evitar estar enfermo. La autora explica que mientras más auténticamente se sienta la ira, antes comenzará a disiparse y que, bajo la misma, también existen otras emociones que abordar en su debido tiempo.

3. Sin embargo, la ira es la emoción con la que estamos más acostumbrados a tratar y solemos elegirla para evitar aquellos sentimientos más profundos hasta que estemos listos para afrontarlos. Citando a la autora: “en la ira anida el dolor, tu dolor. Es natural sentirse desamparado y abandonado, pero vivimos en una sociedad que teme a la ira ” (Kübler Ross, 2005, p.30). Suele suceder que los allegados al paciente sientan que su enojo es inoportuno pero, de todas formas, es importante que tome lugar ya que la ira es fuerza y puede anclar confiriendo temporalmente una estructura al vacío que produce la pérdida. La autora recomienda que el paciente pueda expresar esta ira con sus seres queridos, con el personal del hospital o con alguna persona que pueda receptar ese enojo, evitando guardarlo para sí mismo y reprimirlo. La ira significa que el paciente está progresando, que está permitiéndose aquellos sentimientos que antes eran demasiado intolerables para dejarlos aflorar.

La ira puede adoptar muchas formas y estar dirigida a diferentes personas, lugares u objetos: ira hacia el sistema de salud, hacia la vida, hacia Dios o hacia nosotros mismos. Por último, Kübler-Ross (2005) explica que mientras más ira se permita expresar el paciente, más sentimientos encontrará debajo de ella. La ira es la emoción más inmediata y fugaz, pero debajo de ella mientras más se la aborda, se podrán encontrar sentimientos más profundos y ocultos principalmente, se encontrará el dolor ante la pérdida y la sensación de que la intensidad de la ira es abrumante e interminable. Al paciente puede parecerle que jamás dejará de sentir dolor, que no podrá superarlo pero, finalmente, esa ira remitirá y los sentimientos que provocan la pérdida volverán a cambiar de forma.

Dentro de esta fase del duelo, Schavelson (2004) introduce el sentimiento de bronca. Para este autor, “la bronca es la expresión de una defensa o reacción ante el miedo a la muerte” (p. 111). Es decir, en esta etapa la bronca del paciente es un intento de expulsión de algo sentido como peligro de muerte, es la expresión de la defensa contra el miedo que, en psicooncología, está siempre referido a la misma. El paciente con bronca es una persona con miedo, y por ende, muy angustiada.

Schavelson (2004) diferencia el miedo de la angustia. explicando que el primero está dirigido a un objeto (en este caso el miedo a la muerte), mientras que la angustia es un estado que tiene un monto, especialmente en el caso del paciente con cáncer donde su angustia es comprensible y real. Por lo tanto, el autor se cuestiona cómo trabajar terapéuticamente con este tipo de casos y propone como elemento terapéutico posible y eficaz a la sublimación: lo ideal es poder lograr una sublimación de su bronca en el paciente. Así, el terapeuta puede pensar junto a este en actividades artísticas, técnicas, científicas o en algún hobby “en donde la pulsión dejaría de ser sexual para ser social” (Freud; XVI, p.365).

3. Negociación. En esta etapa, Kübler-Ross (2005) explica que el paciente se pierde en una especie de laberinto en donde no para de repetirse ¿qué hubiera pasado si...? en donde desea volver el tiempo atrás, encontrar el tumor a tiempo, reconocer la enfermedad con mayor rapidez, entre otras miles de posibilidades que ya no van a ocurrir. La negociación viene acompañada de la culpa ya que todos estos “y si...” llevan al paciente a criticarse a sí mismo y a cuestionar todo aquello que él considera que podría haber hecho de forma diferente para no enfermarse.

En esta etapa el paciente hará distintos tratos o promesas en un esfuerzo por cambiar su estado o el curso de la enfermedad. Por ejemplo, la persona puede negociar consigo misma prometiendo cambiar ciertas conductas y ser una mejor persona como forma de controlar la enfermedad. Asimismo, los pacientes también pueden recurrir a la religión o a la espiritualidad prometiendo dedicarse más a la fe y ayudar al prójimo con la esperanza de curarse o mejorar su condición.

La autora termina de explicar esta etapa del duelo concluyendo que cuando el paciente atraviesa la fase de negociación, su mente modifica los acontecimientos pasados y explota todo lo que siente que podría haber hecho para evitar la situación y no hizo. Lamentablemente, la mente siempre termina llegando a la misma conclusión: la triste realidad de que está enfermo de cáncer.

4. Depresión. En esta etapa, la autora explica que la atención del paciente se vuelve al presente. Aparece así una sensación de vacío que se percibe como insuperable. Es crucial entender que esta depresión descrita por Kübler-Ross no es un síntoma de



enfermedad mental, sino la respuesta adecuada y esperable cuando se padece una enfermedad como el cáncer.

Cuando el paciente llega al punto en donde no puede seguir negando más su enfermedad y se enfrenta a internaciones prolongadas, tratamientos molestos o dolorosos, o cuando empieza a tener más síntomas y su cuerpo cambia y ya no puede realizar las mismas actividades que hacía antes porque atraviesa cada vez más limitaciones, puede empezar a pensar que su vida ya no tiene ningún sentido. Actividades que antes le eran habituales como dormir o comer, le pueden requerir ahora de demasiado esfuerzo y no logra encontrar la motivación para hacerlas.

La autora explica que como el duelo es un proceso de curación, la depresión es uno de los pasos necesarios que la persona debe superar para conseguirla y propone una forma para intentar manejarla, pensar a la depresión como una visita pasajera. Citando a Kübler-Ross (2005):

Invita a tu depresión a sentarse a tu lado junto al fuego, siéntate a su lado sin intentar buscar una forma de escapar. Permite que la tristeza y el vacío te purifiquen y te ayuden a explorar por completo la pérdida. Cuando te permitas a ti mismo experimentar la depresión, desaparecerá en cuanto haya cumplido su propósito. A medida que vayas haciéndote más fuerte, es posible que vuelva de vez en cuando, pero así es como funciona el duelo (p. 36).

Por más dura que sea de aceptar y soportar este estado, la depresión también posee elementos útiles para atravesar el duelo obliga a la persona a ir más lento, detenerse en lo que está viviendo y evaluar de forma real la enfermedad.

5. Aceptación. La autora explica que esta etapa suele pensarse, erróneamente, como un momento donde el paciente ha aceptado su enfermedad sin cuestionamientos cuando, en realidad, no es así. Esta no es una etapa feliz ya que ningún paciente está contento con la situación que debe atravesar, pero entiende que no le queda otra opción que aceptarla. Es en este momento cuando es posible que el paciente deje de estar enojado con Dios, con los médicos o consigo mismo por estar enfermo de cáncer. La aceptación no consiste en que al paciente le guste su situación; consiste en ser consciente de todo lo que ha perdido y aprender a vivir con esa pérdida para poder enfrentar lo que viene y luchar para sanar. Como explica Faberman (2010), la aceptación: “permite transformar lo que era vivido como una

condena impuesta en un desafío a superar activamente” (p.137). Es por ello que, como explica esta autora, en esta fase el paciente y su familia se convierten en agentes activos de su recuperación y en protagonistas en su destino.

## 6.7. APOYO PSICOLÓGICO AL PACIENTE CON CÁNCER

Respecto al impacto de la enfermedad y de la internación en el paciente, Uzorskis (2002) explica que los procesos fisiológicos del cuerpo vienen acompañados, inevitablemente, de distintas formas de vivirlos e interpretarlos dependiendo la historia personal de cada persona y del imaginario a nivel social. Es por ello, que el profesional psicólogo se enfoca en trabajar con ese plus existente en toda enfermedad médica. En palabras del autor: “el sentido de la intervención puede pasar por paliar lo que sucede a nivel del sujeto como potenciador negativo de su padecimiento físico o de ayudar a hacer más soportable las condiciones de la internación” (Uzorskis, 2002, p. 110).

Asimismo, Uzorskis resalta algunos factores que pueden afectar negativamente el estado anímico del paciente y producir un gran monto de angustia: la carencia o escasez de información, la uniformidad de los sonidos y la iluminación en el entorno hospitalario o las estancias solitarias en las habitaciones de hospitalización. Todo esto, puede ocasionar que el sujeto se sienta despersonalizado y desvitalizado, por lo que el trabajo del psicólogo va a estar orientado a ayudar al paciente a reconectarse y ubicarse en tiempo y espacio. Aquello que se genera a partir de un intercambio más personal y directo tiene otra calidad y, por ende, produce diferentes resultados dado que además se puede responder a la demanda de ser escuchado que tan imperiosamente reclama el paciente internado.

Por otro lado, Uzorskis (2002) recomienda que, antes de entrevistar por primera vez a un paciente internado, se obtenga información del mismo con el personal de enfermería y con los familiares y/ o amigos que lo visitan y lo conocen. El objetivo de recopilar esta

información es poder delinear las características de la personalidad del paciente y saber cómo se encuentra desde el punto de vista anímico y cómo era su subjetividad antes de enfermar y atravesar por la situación de internación. Los parientes y amigos pueden brindar datos respecto la historia del paciente, sus modalidades de reacción, la naturaleza de sus vínculos y los cambios que ellos observan anímicamente en él. Todos estos elementos van constituyendo el diagnóstico presuntivo situacional del paciente. Sin embargo, esta elaboración es una presunción a confirmar y no es fija o estática, sino que puede presentar variaciones a medida que se va conociendo al paciente.

Como se mencionó anteriormente, la psicooncología busca apoyar al paciente durante su enfermedad para que pueda transitar la misma de la mejor manera posible y, es por ello, que trabaja desde la aceptación de la enfermedad y la búsqueda de alternativas: se le enseña al paciente a manejar y disminuir sus emociones negativas tales como tristeza, miedo, rabia y a tolerar la incertidumbre que el cáncer representa a través de técnicas específicas para que el paciente aprenda a regular la ansiedad y angustia (De la Fuente, 2023). A su vez, la psicooncología actúa en todas las áreas de vida del paciente, ya sea personal, familiar, laboral y social, intentando ayudarlo a recuperar el equilibrio que la enfermedad altera y poder mejorar la forma en que la afronta.

Dentro de esta misma línea, Toledo Cárdenas (2023) explica que el trabajo del psicooncólogo estará enfocado a facilitarle al paciente, a través de sus intervenciones, las herramientas y recursos necesarios para lograr el mayor bienestar posible, así como el equilibrio y la canalización saludable de sus emociones.

La autora expone tres momentos en el abordaje del tratamiento psicooncológico con el paciente. En primer lugar, menciona la etapa denominada pre diagnóstica en donde los usuarios se encuentran internados en áreas no oncológicas del hospital esperando el resultado de un posible diagnóstico oncológico. En esta fase la estrategia de intervención llevada a cabo por el psicólogo será inicialmente presentarse, identificar el nivel de autonomía, funcionalidad y capacidad de tomar decisiones del paciente e indagar acerca de los síntomas que está padeciendo actualmente. En resumen, en esta primera fase el psicólogo se presenta por primera vez con el paciente y su familia, en el caso de encontrarse allí, y se intenta prepararlo para las dos posibilidades de respuesta confirmar la presencia o no de un diagnóstico de cáncer.

En el caso de que se detecte la presencia de enfermedad oncológica, se pasa a la fase de diagnóstico. Durante esta misma, el paciente es informado del diagnóstico médico definitivo y es derivado al área de oncología para la evaluación y próximo tratamiento. Allí le informan sobre los posibles tratamientos (quimioterapia, radioterapia, intervención quirúrgica o tratamiento biológico) y se le da el espacio para que él y su familia realicen todas las preguntas que sean necesarias. Luego de esto, el paciente acepta las indicaciones médicas e inicia el tratamiento.

Ante esta noticia, las respuestas psicológicas pueden ser variadas: en algunos casos el paciente puede presentar emociones de miedo, tristeza o enojo; en otros puede identificarse con indicadores de ansiedad, depresión o estrés y también puede suceder que la persona presente alteraciones psiquiátricas o psicológicas tras haber recibido este diagnóstico. Es por ello, que la intervención psicológica en esta etapa estará orientada a “fortalecer la relación terapéutica con empatía y compasión, que favorecerá el acompañamiento y asistencia para reforzar el nivel de conciencia de la enfermedad del paciente y disminuir indicadores de ansiedad, depresión o estrés que pudieran estar presentes incluso antes del tratamiento” (Toledo Cárdenas, 2023, p.98). En esta fase, las intervenciones terapéuticas apuntan a favorecer una actitud y sensación de seguridad frente a la enfermedad, resignificando los conceptos que se tienen de ella reforzando la idea de que el cáncer no significa necesariamente una sentencia de muerte y se busca ayudar al paciente a comprender que todas sus emociones son válidas.

Por último, con la estructuración de un plan de intervención y seguimiento psicológico para acompañar al paciente durante este tramo, se da lugar a la última fase de tratamiento. Aquí, el objetivo terapéutico girará en torno de reforzar la adherencia del paciente al tratamiento indicado por los médicos y, para esto, es necesario trabajar terapéuticamente junto a él acerca de la importancia de cada sesión de quimioterapia o radioterapia que esté haciendo y no solamente enfocarse en cuántas le faltan para completar el esquema de tratamiento. Esto lo ayudará a disminuir los niveles de ansiedad asociados a períodos futuros de fracaso o lapsos de tiempo que pueden parecer demasiado largos.

En conclusión, la intervención psicooncológica tiene como objetivo mejorar el nivel de afrontamiento de la enfermedad por parte del paciente y su familia, acompañando y brindando las herramientas necesarias para adaptarse al tránsito del cáncer en el menor

tiempo posible para volver a sus actividades cotidianas con la mayor percepción de calidad de vida posible dentro de lo que la enfermedad le permita.

En cuanto al método de abordaje con el paciente oncológico, Schavelzon (2004) propone la Psicoterapia Psicoanalítica Breve, la cual se define como “un método de tratamiento de desórdenes psíquicos y/o orgánicos utilizable en las crisis y en las urgencias. De encuadre abierto, y se hace psicoterapia dónde y cómo se pueda” (Schavelzon, 2004, p.50). La labor del psicólogo estará orientada a reforzar el Yo del paciente, sin embargo, el autor remarca que en este tipo de entrevistas la interpretación psicoanalítica está contraindicada, ya que se corre el riesgo de que el paciente se sienta invadido o descalificado en cuanto sus sentimientos e ideas. Así, propone que el psicólogo adopte una “relación de ayuda” y no persiga una capacidad técnica de diagnóstico (Schavelzon, 2004).

Por otro lado, en este tipo de psicoterapia los sentimientos y emociones del terapeuta desempeñan un papel crucial y no se requiere de neutralidad o distanciamiento antes, durante o después del tratamiento con el paciente. De esta forma, se intenta crear un clima permisivo alentando a asumir roles, elaborar proyectos y objetivos posibles juntos. En muchas ocasiones, el terapeuta deberá aceptar una cuota razonable de ansiedad, miedo y angustia en el paciente, ya sea por el impacto de la enfermedad, el miedo al tratamiento, el tener que enfrentarse a un futuro incierto en cuanto a su salud, etcétera. En todos estos casos, es útil que sepa que el terapeuta entiende estos sentimientos y sabe que su situación emocional es normal y que, por lo tanto, de ninguna manera intentará corregirlos sin una adecuada elaboración de los mismos.

## 7. MODALIDAD DE TRABAJO

El presente trabajo tiene como objetivo exponer la sistematización de experiencia en relación a la práctica profesional supervisada llevada a cabo en el Hospital Córdoba en el año 2023.

En primer lugar, se considera pertinente definir el concepto de “sistematización”. El autor Jara (2010) define a la misma como un proceso de interpretación crítica sobre y desde la práctica para lo cual es necesario reconstruir y ordenar aquellos factores objetivos y subjetivos que han intervenido en la experiencia. Por lo tanto, la sistematización de experiencias va más allá de una simple descripción de lo ocurrido en la práctica, ya que implica realizar una interpretación crítica de los datos obtenidos con la intención de transformar la realidad. Para llevarla a cabo, explica que en primer lugar es necesario obtener toda la información necesaria acerca de la práctica que se esté llevando a cabo, para luego reconstruir y reordenar los datos obtenidos. En última instancia se debe analizar todo el proceso vivo, observando si se cumplieron o no los objetivos planteados al inicio de la experiencia.

Por otro lado, Barnechea García y Morgan Triado (2010) explican que la sistematización es una forma de extraer y hacer comunicables aquellos conocimientos producidos en la experiencia, teniendo como objetivo comunicar los saberes que se produzcan en la práctica.

## 7.1. CARACTERIZACIÓN DE LOS SUJETOS

Los sujetos que participaron en esta sistematización fueron, por un lado, un grupo de profesionales del Hospital Córdoba compuesto por tres psicólogas, una médica psiquiatra, tres médicas hematólogas y dos enfermeras del servicio de hematología; y por otro, siete pacientes de entre 15 a 55 años diagnosticados con leucemia e internados en el hospital. Con el fin de poder contextualizar las intervenciones realizadas, se seleccionaron siete casos clínicos para analizar en el presente trabajo.

A continuación, se presentarán los datos principales de cada paciente partícipe de la experiencia. Sus datos personales fueron modificados acorde a las pautas éticas del ejercicio profesional.

**Caso 1.** El primer caso seleccionado es el de Camilo, un joven de 26 años oriundo de la ciudad de Córdoba que fue diagnosticado con leucemia mieloide aguda, un tipo de leucemia que se desarrolla velozmente afectando las células mieloides. Camilo acude por primera vez al Hospital Córdoba en el mes de abril, ya que empezó a presentar hematomas por diversas partes del cuerpo y pérdida involuntaria de peso. Tras realizar los estudios correspondientes, su diagnóstico fue de leucemia mieloide avanzada, por lo que rápidamente tuvo que ser internado en aislamiento para comenzar el tratamiento lo antes posible. Camilo falleció un mes después de mi primera visita, en el mes de junio.

**Caso 2.** El segundo caso seleccionado fue el de Gabriel, un joven de 24 años también de la ciudad de Córdoba, con el mismo tipo de leucemia que el paciente anterior pero diagnosticado hace un año. Gabriel había tenido una mejoría a fines del 2022 por lo que pudo salir de internación y volver a su hogar, pero en mayo del 2023 tuvo una recaída y volvió a estar grave, por lo que en aquel momento se encontraba internado en una sala de aislamiento. Gabriel falleció la misma semana que el paciente anterior luego de haber estado internado en la unidad de terapia intensiva cinco días.

**Caso 3.** El tercer caso es el de Anahí, una adolescente de 15 años oriunda de la ciudad de Villa María y la paciente más joven dentro del grupo seleccionado. Fue diagnosticada con leucemia linfoblástica aguda en el 2022 y concurría al hospital a realizar



un tratamiento de quimioterapia ambulatorio con breves internaciones en la institución, ya que si bien la enfermedad estaba controlada, aún no lograba entrar en remisión. Además, a los 13 años fue diagnosticada con trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos; por lo que su tratamiento oncológico se veía afectado al no consumir la cantidad de nutrientes apropiados. Al ser menor de edad, se encontraba acompañada por su madre o padre y luego de dos semanas de internación y sesiones de quimioterapia fue dada de alta ambulatoria.

**Caso 4.** El cuarto caso seleccionado fue el de Daniela, una joven de 22 años diagnosticada con leucemia promielocítica aguda y que, además, había sido madre hacía un año. Antes de recibir el diagnóstico de leucemia, la joven nos informó que experimentó múltiples episodios de ansiedad tras el nacimiento de su primer hijo en el año 2022. Daniela estuvo un mes y medio internada y, debido a su pronta mejoría, fue dada de alta ambulatoria transcurrido ese lapso de tiempo.

**Caso 5.** Alberto fue el paciente con mayor edad de este grupo con 55 años. Fue diagnosticado con leucemia linfoblástica aguda en el año 2021, sin embargo, cuando empezó a ser tratado por una de las psicólogas del equipo, estaba cursando sus últimos días de vida a causa de una pancreatitis mortal y fue por ello que su equipo médico solicitó una interconsulta con salud mental para acompañarlo en este momento. A diferencia de todos los otros pacientes seleccionados, estaba internado en una sala común donde recibía los cuidados paliativos correspondientes y era visitado por sus tres hijos y su esposa diariamente. Alberto falleció en noviembre del 2023, a dos semanas de la primera sesión psicológica.

**Caso 6.** En sexto lugar, se eligió el caso de Carolina, una joven de 19 años que se encontraba ingresada en el hospital por segunda vez debido a su diagnóstico de leucemia mieloide aguda. Descubrió su enfermedad cuando su salud se deterioró gravemente, siendo tratada inicialmente en el Hospital Rawson antes de ser remitida al Hospital Córdoba para un diagnóstico más exhaustivo. Tras una serie de evaluaciones médicas, se le comunicó su diagnóstico y se iniciaron los ciclos de quimioterapia correspondientes.

Carolina expresó en varias ocasiones al equipo médico y al equipo de salud mental su dificultad para aceptar su enfermedad y comprender la transformación completa que esta había provocado en su vida. Fue dada de alta durante un tiempo, ya que estaba libre de la enfermedad, pero luego tuvo que ser readmitida debido a una reactivación de la misma.

**Caso 6.** Carla, una mujer de 35 años ingresada en el hospital debido a leucemia linfocítica aguda. Cinco años atrás, Carla había atravesado un cáncer de mama que requirió una mastectomía por lo que ésta era su segunda vez enfrentándose a la enfermedad. Estuvo internada en aislamiento un mes y posteriormente fue transferida a la unidad de cuidados intensivos debido a una falla multiorgánica. Dos días más tarde, falleció por dicha causa.

**Caso 7.** Por último, se seleccionó el caso de Silvina, una paciente de 40 años que había sido diagnosticada con leucemia mieloide aguda con inversión genética tres años atrás. Tras dos años de tratamiento en donde requirió de varios ciclos de quimioterapia y un trasplante de médula ósea, logró entrar en remisión y ahora sólo acudía al hospital para los controles correspondientes. Se llevó a cabo una entrevista con la paciente para indagar en su proceso de enfermedad y cómo había reestructurado su vida una vez superada la misma.

## 7.2. TÉCNICAS PARA RECOLECTAR INFORMACIÓN

La sistematización de experiencia se realizó a partir de diferentes técnicas la observación participante, entrevistas semiestructuradas a los pacientes internados y la utilización de un diario de campo.

En primer lugar, Guber (2001) define la observación participante como la observación controlada y sistemática de todo aquello que sucede en torno al investigador, a la vez que participa en una o varias actividades de la población con el fin de observar y registrar lo que acontece para obtener distintas visiones sobre la misma realidad. En este caso, el rol de observadora no participante en diferentes entrevistas a los pacientes internados con leucemia no sólo contribuyó a registrar toda la información relevante, sino

también a prestar especial atención a otros detalles tales como el lenguaje no verbal de los mismos, su forma de expresarse, sus gestos, etcétera.

En segundo lugar, las entrevistas semiestructuradas a los pacientes permitieron profundizar en la información necesaria para el eje de sistematización elegido. Parte de esta información se comentaba luego con las médicas de cada paciente para profundizar acerca del estado de ánimo y la evolución de cada uno de ellos.

Por último, se destaca la importancia de la utilización de un cuaderno de campo, en donde se registraron todas las observaciones de las entrevistas con los pacientes y el equipo médico con el fin de pesquisar tanto las manifestaciones verbales y no verbales de cada uno de los participantes. Además, en este cuaderno se registraba tanto la información objetiva como las propias reflexiones subjetivas que iban surgiendo en cada encuentro para, en una segunda instancia, poder darle diferentes sentidos.

### 7.3. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente trabajo se adhiere a los principios y valores éticos regulados por el Código de Ética del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba (2016) y el Código de Ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina (2013). Estos códigos se corresponden con el respeto hacia los derechos y la dignidad de los individuos, así como con el cumplimiento de las normas deontológicas las cuales incluyen la obtención del consentimiento informado de los participantes a los que se les realizaron entrevistas, la provisión de información sobre los objetivos del estudio y el mantenimiento de la confidencialidad profesional incluso después de la finalización de las prácticas profesionales.



## 8. ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA

## 8.1. RECUPERACIÓN DEL PROCESO VIVIDO

En este apartado, se realizará una descripción y recuperación de mi paso por el Hospital Córdoba durante el año 2023, explicando todo lo que fui aprendiendo en mi paso por el mismo.

Personalmente, considero que mi recorrido por esta práctica inició mucho antes de mi primer día en el Hospital Córdoba, fue desde la primera clase de la materia Práctica Profesional Supervisada que empecé a sentirme emocionada y a la vez ansiosa por todo lo que se aproximaba. Desde que cursé la materia Psicología Clínica en el año 2022, supe que debía hacer mi práctica en ese contexto y no me imaginaba a mí misma en ningún otro. Por eso mismo, el día que nos presentaron las instituciones disponibles de cada contexto, presté especial atención a las pertenecientes al contexto clínico porque sabía que allí se encontraba lo que estaba buscando. Investigué acerca de cada una y elegí la que más me llamó la atención y en la que sentía que podía aprender una enorme cantidad de cosas, el Hospital Córdoba. Envié toda la información necesaria para poder realizar las prácticas y esperé que nuestras profesoras nos informaran en qué institución había quedado cada estudiante. Fue a finales de abril cuando me informaron que efectivamente había sido seleccionada en el hospital que añoraba.

Unas semanas después, ya en el mes de mayo, empecé oficialmente mis prácticas en el terreno. Los profesionales me recibieron de forma cálida y amable, sin embargo al principio sentía que la inmensidad del hospital me abrumaba y no podía evitar sentirme algo extraña y ajena al lugar sobre todo al momento de estar frente a los pacientes.

Poco a poco, finalizando mi primer mes de prácticas, fui generando cada vez más confianza con los profesionales del hospital y gracias a su ayuda y la de mis amigas a las que les conté mi situación, dejé atrás esa sensación negativa que no me dejaba avanzar.

A comienzos de mi segundo mes de prácticas, empecé a estar presente en las intervenciones llevadas a cabo en los consultorios del hospital por parte de los psicólogos y una de las psiquiatras. Esta última me invitaba todos lunes a ingresar a su consultorio y estar presente en las consultas y primeras entrevistas de los pacientes. Allí pude ver diferentes patologías como esquizofrenia, bipolaridad y depresión y también junto a la doctora empezamos a realizar juntas las interconsultas que solicitaban los otros servicios del hospital. Muchas de ellas provenían del servicio de hematología donde había gran cantidad de pacientes diagnosticados con leucemia que necesitaban del servicio de salud mental, ya sea para la prescripción de psicofármacos como para tener una entrevista con alguna de las psicólogas.

### 8.1.1. INTERVENCIONES EN EL SERVICIO DE HEMATOLOGÍA

La primera vez que asistí a hematología y estuve frente a un paciente con leucemia fue sumamente fuerte, no me animé a emitir ni una sola palabra y dejé que la doctora sea quien hable durante toda la sesión. El objetivo de su intervención era realizar una evaluación del paciente para verificar su estado de ánimo durante la internación y, en el caso de que lo considere necesario, prescribir alguna medicación psiquiátrica. Me resultó difícil llevar a cabo mi observación manteniendo la disociación instrumental correspondiente, ya que me conmovía ver al paciente tan débil pero a su vez tan predispuesto a hacerle frente a su enfermedad.

Esa misma semana empecé a acercarme también a dos psicólogas del equipo, ambas muy cálidas a la hora de recibirme en sus consultorios y con el consentimiento de cada

paciente me permitían entrar a las consultas con los mismos. A su vez, empecé a acompañarlas a realizar interconsultas en los diferentes servicios que solicitaban del trabajo de salud mental. Sin embargo, el servicio de hematología era uno de los que más demandaban del trabajo de las psicólogas y, es por ello, que empecé a concurrir mucho a este servicio con una de las licenciadas y en el mes de junio realizamos el seguimiento de dos pacientes con leucemia todos los martes. Al principio, ocupaba el rol de observadora no participante, pero al pasar las semanas mi rol iba siendo cada vez un poco más activo y junto a la licenciada nos ocupamos de acompañar a ambos pacientes a atravesar su enfermedad de forma contenedora.

Pasados dos meses, un martes me acerqué al consultorio de la licenciada para ir a hacer las interconsultas a hematología de estos dos pacientes. Al verme, me invita a pasar a su consultorio y me comentó que ambos pacientes habían fallecido. Me quedé helada, no sabía qué contestarle. Vi que tenía los ojos llenos de lágrimas y me dijo: “(...) así son las cosas, esta es la parte dura de la profesión. Nos tenemos que quedar con todo lo que aprendimos de ellos, eran unos luchadores” (registro de campo N° 25). Me contó lo que había sucedido con ambos pacientes y me dijo que a uno de ellos le escribió una especie de carta de despedida que tenía guardada en su mail y me preguntó si quería leerla, a lo que yo asentí. Era una carta hermosa, muy emotiva, recordando todo lo que habíamos hablado con el paciente durante estos dos meses. Al terminar de leer, ella se rió y se le escaparon un par de lágrimas. Me pidió disculpas y enseguida buscó un pañuelo para limpiarse la cara, a lo que yo le dije que no se preocupara porque yo también estaba lagrimeando. Ese fue el día más duro pero el que más aprendí de toda la práctica.

Luego de ese episodio, quedé un poco conmovida por lo que no volví a hematología por un tiempo y empecé a acompañar a otra de las psicólogas del servicio en su consultorio externo. Un día, la licenciada no tenía pacientes esperándola por lo que fuimos a hacer interconsultas y volví después de mucho tiempo a hematología. Pensé que me iba a resultar difícil después del fallecimiento de los pacientes que habíamos acompañado con la primera licenciada pero, al contrario, me gustó mucho volver. Me di cuenta que eran las interconsultas en las que más sentía que como psicólogos se podía ayudar y en ese momento empecé a pensar en realizar mi trabajo integrador final acerca del trabajo del psicólogo con este tipo de pacientes.



De esta forma, empecé a ir cada vez más seguido a hematología con dos psicólogas del servicio de salud mental. Con la primera de ellas asistía los días lunes y, a pesar de haberla acompañado pocas veces antes del receso invernal, en esta nueva etapa de mi paso en el hospital comencé a estar en más consultas con ella y acompañarla todos los lunes a visitar a Carolina, una paciente de 19 años internada por leucemia promielocítica aguda. Tenía una forma muy distinta de trabajar comparada con la primera licenciada a la que ya conocía; mientras que con esta última siempre que íbamos a visitar a un paciente internado por leucemia nos sentábamos a su lado en la cama y nos quedábamos conversando bastante tiempo, la segunda permanecía parada y sus visitas eran más cortas. Con ambas, me sentía cómoda trabajando pero había algo en el trato de la primera de ellas hacia los pacientes que me resultaba muy reconfortante y contenedor.

Uno de los días que acompañaba a ésta en el servicio de hematología, conocí a una paciente muy especial. Se llamaba Daniela, tenía veintidós años y en ese momento recién ingresaba al hospital por un diagnóstico de leucemia promielocítica aguda. La visité junto a la licenciada un par de veces hasta que en una oportunidad me consultó si me animaba a visitarla yo sola. Al principio me asusté, pero luego no lo dudé y acepté.

En primer lugar, la psicóloga le preguntó a la jefa del servicio de salud mental si podía ver yo sola a la paciente a lo que ésta misma aceptó. Luego, fuimos juntas hasta la habitación de Daniela y allí la licenciada le consultó si había algún problema en que fuera yo la que esté en la sesión de ese día con ella y la paciente contestó que no había ningún problema. Una vez que se retiró, me senté al lado de la cama de Daniela como solía hacer la licenciada y empecé yo sola a conversar con la paciente. Al principio me encontraba algo nerviosa pero luego pude ir realizándole algunas preguntas a Daniela sobre cómo se encontraba, cómo había transitado estos días en el hospital y sin darme cuenta, ya había transcurrido casi media hora. Por suerte, salió mucho mejor de lo que yo había esperado ya que no sólo respondió a todas mis preguntas de forma amplia sino que ella misma compartió conmigo cómo estaba llevando su internación sin que yo tuviera que indagar tanto.

Le agradecí por haberme dejado entrevistarla y fui rápidamente a contarle a la licenciada cómo había ido todo, a lo que ella me felicitó y me comentó que más tarde iba a visitar a Daniela nuevamente para ver cómo se encontraba. Esa misma noche, la licenciada me envió un mensaje diciéndome que la paciente le comentó que se había sentido muy

cómoda conmigo, lo cual me hizo sentir feliz y agradecida de todo lo que estaba aprendiendo y de la oportunidad que me habían dado en el hospital.

Luego de ese primer acercamiento individual con Daniela, las demás licenciadas y la doctora también empezaron a dejarme sola con algunos pacientes. De esta forma, comencé a realizar algunas interconsultas, sobretodo en hematología, ya que le había comentado a los profesionales del servicio que mi trabajo final se basaría en esa área. Antes de ir a ver a cada paciente, las licenciadas me daban algunos consejos de cómo llevar a cabo la consulta: me aconsejaban no hacer preguntas referidas directamente a la enfermedad sino esperar a que cada uno me vaya contando cómo se sentía y luego, si me quedaba alguna duda, hacer preguntas más direccionadas. Hacia el final de práctica, muchas de las interconsultas en hematología las realizaba sola, siempre bajo la supervisión de los profesionales del servicio de salud mental, y esto me permitió adquirir cada vez más herramientas para poder desenvolverme frente a los pacientes y poder acompañarlos en este proceso de enfermedad de la mejor forma posible.

### 8.1.2. INTERVENCIONES EN EL INSTITUTO DEL QUEMADO

Luego del receso invernal, me reincorporé al hospital con ansias. Pocos días después de mi reincorporación, la psiquiatra tenía una interconsulta que atender en el Instituto del Quemado y me preguntó si quería acompañarla, a lo que yo acepté contenta ya que era un servicio al que no asistía seguido.

Nos dirigimos a visitar a un paciente que había sufrido un incendio en su vivienda, lo que resultó en quemaduras graves. Lamentablemente, durante el incendio, su esposa y uno de sus hijos fallecieron por lo que se encontraba bastante deprimido. Al verlo, me angustié mucho, sus quemaduras eran peores de lo que me esperaba y gran parte de su cara se encontraba ampollada y vendada. Había perdido parte de su cabello, cejas y pestañas y

había perdido una de sus extremidades a causa del fuego. Además, el paciente acababa de volver del quirófano por lo que estaba con mucho dolor y heridas a la vista.

Como solía hacerlo últimamente, la doctora me daba el lugar para participar de la interconsulta y me presentaba al equipo y al paciente, sin embargo, estaba en una especie de shock que no me permitía estar del todo presente, era la primera vez que veía a una persona tan herida físicamente y sufriendo tanto dolor. Intenté que no se notara mi malestar y hacia la mitad de la sesión pude estar atenta a las intervenciones de la doctora y lo poco que podía verbalizar el paciente. Antes de retirarnos, fui capaz de realizarles algunas preguntas al mismo y ofrecer palabras de aliento. Las interconsultas en este servicio me permitieron comprender la considerable dificultad y el enorme desafío que conlleva para los profesionales de la salud tratar a este tipo de pacientes y todas las variables que atraviesan su tratamiento, tales como la presencia o ausencia de una red de contención familiar en la recuperación, estrés postraumático, depresión, la disposición del paciente para realizar la rehabilitación correspondiente, entre otras.

Conforme fueron avanzando los días, asistí un par de veces más al Instituto del Quemado con la doctora y de a poco fui mejorando mi rendimiento en las interconsultas con los pacientes y dejando de lado mi perplejidad ante su estado físico y sus quemaduras para poder centrarme en escucharlos e intentar ayudarlos.

## 8.2. ¿QUÉ SISTEMATIZAR DE LA EXPERIENCIA?

Hacia mitad de año empecé a cuestionarme sobre la elección del eje a sistematizar y a prestar especial atención todas las tareas que desempeñaban los profesionales en el hospital. En esa misma instancia, comencé a participar de las interconsultas con el servicio

de hematología de manera frecuente ya que solicitaban de la asistencia de salud mental habitualmente para el abordaje y acompañamiento de los pacientes internados allí.

Al principio, no era un área de la que pensara sistematizar debido a que sentía que estar frente a pacientes con leucemia me iba a resultar muy duro y no iba a ser capaz de emplear la disociación instrumental apropiada para poder acompañarlos y ayudarlos. Sin embargo, conforme fui asistiendo a este servicio pude ir conociendo a cada paciente y su historia, no solo relacionada a la enfermedad, sino que gracias a la ayuda de las psicólogas que me permitían estar en cada entrevista, pude dejar de ver a cada paciente como una persona enferma para prestar atención a su propia subjetividad.

De esta forma, empezó a interesarme cada vez más las diferentes intervenciones que pueden realizar los psicólogos para no sólo evaluar, sino también ayudar y acompañar a estos pacientes que están atravesando diferentes tipos de duelos. Además, al acudir al servicio con diferentes psicólogas, pude observar cómo cada una de ellas tenía un estilo diferente de acercarse a cada individuo y tenían diferentes estrategias de abordaje.

## 8.3. ANÁLISIS DE DATOS

A continuación, se ofrece un análisis de la experiencia obtenida durante la práctica profesional supervisada, buscando relacionar los contenidos teóricos previamente desarrollados con la experiencia práctica vivida en el Hospital Córdoba. El objetivo de este apartado es poder responder a cada uno de los objetivos específicos propuestos realizando la articulación teórico-práctica correspondiente.

### 8.3.1. OBJETIVO 1

**“Analizar el impacto subjetivo y psicológico que tiene el diagnóstico de leucemia en los pacientes y las diferentes etapas del duelo por las que atraviesan”**

Como explican Álvarez, Robert y Valdivieso (2013) el cáncer se convirtió en una enfermedad que cultural e históricamente se ha relacionado con el dolor y la muerte. Por esta razón, el momento del diagnóstico constituye un fuerte impacto emocional tanto para el paciente como para su familia. En consecuencia, generalmente lleva tiempo para que la persona asimile y acepte la situación por la que está pasando y empiece el tratamiento indicado por su equipo médico.

Siguiendo esta línea González, Hernández Urbina y Sanchez Gamboa (2023), sostienen que el diagnóstico de cáncer representa un trauma para la persona, dado por el temor asociado al futuro incierto y los diversos tratamientos que conlleva la enfermedad. Esto deriva a que el paciente, “acorde con su personalidad, historia de vida y recursos personales afronte ese shock o golpe y con ello pueda hacer su propio proceso de duelo” (p. 49). Ante esta situación, los autores explican que será tarea del psicólogo acompañar y ayudar al paciente a transitar este proceso de duelo que le permita volver a estructurar su mundo interno, el cuál se vio quebrantado ante la noticia de la pérdida de su salud.

Para Baralle (2017) la aparición de una enfermedad orgánica confronta al sujeto con su propia vulnerabilidad, con su finitud y provoca una fisura, una pérdida. Siguiendo este punto, Allouch (1995) sostiene que el objeto perdido es irremplazable y es por eso que el duelo duele: por el carácter insustituible que tiene el objeto. El autor describe al duelo como un acto de sacrificio, aquello que se pierde o se sacrifica es una parte de uno mismo y el duelo se efectúa cuando se cede esa parte, ese trozo de sí, suplementando la pérdida con otra pérdida. De esta manera, el duelo adquiere un poder creador estableciendo una nueva postura subjetiva que no existía antes. Como explica Baralle (2017): “la posibilidad de que una enfermedad orgánica abra una nueva pregunta, una nueva posición subjetiva, está en función de que se efectúe el duelo por aquello que ya no será igual.” (p. 76).

El paciente podrá posicionarse y enfrentarse a la enfermedad de otro modo cuando sea capaz de soltar lo perdido, es decir, su vida antes del diagnóstico. De esta forma, la aparición de una enfermedad orgánica también puede significar la posibilidad de que una situación que antes no existía se vaya creando, de que la experiencia de enfermar se convierta en un acontecimiento. Si la persona puede reinventarse a partir de esta pérdida, habrá posibilidad de gestar algo nuevo y por ende la enfermedad puede ser entendida como un acontecimiento creador.

Se puede observar esto en el caso de Camilo, un paciente que se encontraba internado en el área de aislamiento y a quien la enfermedad lo había ayudado a conectarse con una parte creativa de él que hacía mucho no desarrollaba, la escritura. En una de las sesiones con la psicóloga, comentó: "de más chico me encantaba escribir pero con los años lo dejé de lado por falta de tiempo. Acá el tiempo sobra, así que volví a escribir poemas y empecé a publicarlos en redes sociales. Me hace muy bien" (registro de campo N°17).

También esto se puede observar en el caso de Daniela, una paciente de 22 años que había sido diagnosticada de leucemia promielocítica aguda y se encontraba internada en el área de aislamiento del hospital. En una de las sesiones con la psicóloga, la joven comentó que antes del diagnóstico de la enfermedad se encontraba atravesando situaciones de ansiedad y estrés, por lo que la internación la ayudó a estar más tranquila. En palabras de la paciente: "esto que me pasó me hizo entender que no puedo volver a vivir así, tan preocupada. Acá internada me di cuenta que tenía que bajar un cambio sí o sí y aprender a vivir de otra manera más tranquila" (registro de campo N° 75).

En este contexto, la clínica busca ayudar y acompañar a los pacientes a efectuar el duelo por la vida que llevaban antes de la enfermedad y a construir una nueva realidad a partir del presente, con aquello que sí es posible a partir de ahora apuntando a buscar algo más para hacer y desear (Baralle, 2017).

Por otro lado, es pertinente cuestionar cuáles son aquellas pérdidas a las que se enfrenta el paciente con cáncer y cómo puede atravesarlas. Acerca de esto, Álvarez, Robert y Valdí (2013) sostienen que:

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, relacionados 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 (p. 679).

A este fenómeno, los autores lo denominan “duelo oncológico” y explican que se trata de un proceso normal, adaptativo y necesario para atravesar la enfermedad. Se caracteriza por presentar una fase inicial en la que puede aparecer una sensación de aturdimiento y negación que se suele dar, sobre todo, en el momento del diagnóstico o en el inicio del tratamiento.

En esta fase, es esperable que los pacientes atraviesen sentimientos de temor e incertidumbre, llegando a ser paralizante en algunas ocasiones. Sin embargo, el temor es una de las emociones que generalmente acompañan a los pacientes durante todo el proceso de la enfermedad y muchas veces persiste incluso luego de la misma: temor a los efectos secundarios del tratamiento, a las reacciones familiares, sociales y laborales, a enfrentar sus propios miedos, a la pérdida o cambio de la propia identidad, a los cambios corporales, a hablar con sus seres queridos de la propia enfermedad y a la incertidumbre sobre su futuro y calidad de vida (Álvarez, Robert y Valdi, 2013).

Esto se puede observar en el caso de Carolina, una paciente de 19 años diagnosticada con leucemia mieloide aguda que se encontraba transitando su segunda internación en el hospital. La joven había sido diagnosticada hacía casi un año y tras tres ciclos de quimioterapia, los médicos le informaron que estaba mejor y que podía volver a su casa. Sin embargo, en el 2023 empezó a empeorar y tras hacerle los estudios correspondientes le confirmaron que la leucemia había vuelto y de forma más agresiva, por lo que debía ser internada nuevamente.

En esta segunda etapa de la enfermedad, la paciente le comentó a la psicóloga que se encontraba más asustada que en la primera internación y que “tenía miedo de no volver a ser la misma que antes” (registro de campo N° 30). Durante un par de sesiones, se trabajó junto a esta paciente acerca de qué significaba esto para ella y en uno de los encuentros comentó:

El otro día vino a visitarme mi mamá y trajo un álbum de fotos de mis quince. Yo miraba las fotos y no me reconocía, esta bien que fue hace cuatro años ya, pero sentí

algo raro... como si antes de todo *esto* yo hubiese sido una persona diferente (...) ¿Y si no vuelvo a ser la misma nunca más? (registro de campo N° 35).

A su vez, se puede ver reflejado en el caso de Daniela, quien en las primeras sesiones con la psicóloga compartió lo difícil que fue para ella comunicarle a su familia, en especial a su madre, sobre su diagnóstico de cáncer y la necesidad de iniciar el tratamiento de inmediato. En palabras de la paciente:

[...] a mi novio le conté enseguida, apenas me enteré. Pero contarle a mi mamá fue durísimo, intentaba pero no podía... le conté recién cuando estaba por internarme acá en aislamiento. No sé por qué tenía tanto miedo si somos muy cercanas, ahora viene a verme todos los días ahora por más de que solo puede quedarse un ratito, pero casi que entro a internación sin decirle nada porque no podía (registro de campo N° 70).

La persona que recibe un diagnóstico de cáncer, se enfrenta a una situación desestructurante, incómoda y ansiógena. Se verá expuesto a un sufrimiento intenso y, a la vez, vivirá múltiples pérdidas y duelos: su salud, partes de su cuerpo, sus funciones, su trabajo, su lugar en el núcleo familiar/social/laboral, su seguridad, su futuro y certezas. Además del impacto del diagnóstico, a menudo deben someterse a tratamientos que los incapacitan física, social y psicológicamente. La soledad, el abandono, la falta de comprensión y el miedo son sentimientos comunes en este proceso (Middleton y Rojas-Jara, 2017).

Siguiendo esta línea, O' Connor (2007) explica que el paciente que se enfrenta a la muerte activa diferentes mecanismos de defensa, tales como la negación, la intelectualización, el humor, la proyección, la represión, la disociación, entre otros. Cada una de estas defensas se pondrá en marcha de acuerdo a la estructura de personalidad de cada persona y su historia particular con el cáncer.

La autora resalta especialmente el mecanismo de la negación, no sólo porque constituye la primera fase del proceso de confrontar la idea de la muerte, sino también porque contribuye a proteger la psique del dolor que implica atravesar este momento. Citando a la autora:



Normalmente, cuando se está enfermo, se tiene la oportunidad de irse adaptando a una serie de pérdidas más pequeñas, como la cirugía, la pérdida de cabello por quimioterapia, el debilitamiento, la recuperación incompleta, la recaída y regreso al hospital después de un tiempo en casa. Cada vez que ocurren pérdidas como éstas, la negación se reduce y la esperanza se altera (O'Conner, 2007, p.91).

De esta forma, O'Connor plantea que la negación y la esperanza conforman un binomio que mantiene activa a la persona enferma y ayudan a que pueda adaptarse a esta situación. La negación de la propia mortalidad actúa como un mecanismo de defensa que protege la psique del paciente contra el dolor asociado con la pérdida de salud debido a la enfermedad. Mientras tanto, la esperanza le brinda la fortaleza necesaria para resistir y seguir adelante, incluso en medio de la incertidumbre sobre su futuro. "La esperanza es la luz que brilla en una época de ambigüedad y confusión, protesta y negociación (O'Conner, 2007, p.92).

En el caso de Daniela, el mecanismo de la negación se pudo observar en casi toda su primera internación. La primera vez que el equipo médico solicitó una interconsulta con salud mental para tener una sesión con Daniela, fue porque esta misma la había solicitado. Sus médicas hematólogas le informaron a la psicóloga que la paciente se manifestaba ansiosa y angustiada, por eso necesitaba de un acompañamiento psicológico en el hospital (registro de campo N° 69).

En la primera sesión con Daniela, ella compartió algunos detalles sobre su vida antes de ser diagnosticada con cáncer: un año atrás había dado a luz a su primer hijo en un embarazo de alto riesgo del que no había tenido conocimiento hasta los cinco meses de gestación. En palabras de la paciente:

(...) un día fui al médico porque estaba descompuesta, me hizo un par de análisis y saltó que estaba embarazada de cinco meses. Osea, de repente me enteré que en tres, cuatro meses iba a ser mamá. Me desconfiguró la vida, hoy lo amo a mi bebé pero me costó adaptarme (...) ahora que estoy acá aislada me doy cuenta de lo ansiosa y mal que estaba en casa, creo que no me había parado a pensar en todo lo que me cambió la vida en un año y medio, hasta ahora que estoy con *esto...* y bueno, ahora no sé qué irá a pasar, como seguirá todo. Es todo muy difícil de digerir y de imaginar (registro de campo N° 71).

Como explica Schavelzon (2004), el paciente oncológico es, en muchas ocasiones, una persona en crisis. De esta forma, plantea que no es el acontecimiento, la circunstancia o el sentimiento lo que desencadena una crisis, sino las consecuencias que la persona supone para sí misma. El autor explica que en las crisis se produce un corte entre un pasado que ya no es vigente en la vida de la persona y un futuro que no puede imaginar, que aparece como incierto, peligroso o vacío. “La vida psíquica del sujeto parece ocupada por ese corte, por ese abrupto terminar. Su área emocional está inundada” (Schavelzon, 2004, p. 135).

Pasadas dos semanas de internación, Daniela fue creando su propia rutina dentro del hospital y en la mayoría de las sesiones le comentaba a la psicóloga que se encontraba mucho más tranquila y menos angustiada que cuando recibió el diagnóstico y durante las primeras dos semanas en el hospital. Se la observaba de buen ánimo y verborrágica mientras compartía los detalles de cómo transitaba sus días de internación:

Me levantan las enfermeras a las ocho para que tome la medicación, desayuno, me baño y me arreglo un poco así no estoy en pijama todo el día. Almuerzo, me pasan la medicación y ahí ya me duermo una siesta porque la medicación me da sueño. A la tarde viene a visitarme mi mamá o mi novio y después a la noche hago videollamada con mi bebé, ceno y me acuesto. (...) Me gusta tener una rutina acá adentro, me siento mejor que como me sentía en casa, estoy más tranquila acá (registro de campo N° 77).

Cuando la psicóloga quiso indagar acerca de cómo venía llevando la enfermedad, Daniela cambiaba de tema o sólo respondía comentando que algunas noches tenía dificultades para conciliar el sueño y que antes de dormir sentía una sensación de ahogamiento. Cuando la licenciada intentó profundizar sobre este tema, la joven sólo respondió que no sabía qué podría ser lo que le impidiera dormir. Ante su evasión respecto al tema, la psicóloga agregó:

Bueno Daniela, estar en una situación de internación sí que es un cambio en la vida de una persona. Es muy bueno que lo estés llevando como nos explicás, con tranquilidad y teniendo una rutina que ocupe la cabeza (...) Me llama la atención esto de que a la noche te cueste dormir, si querés en la próxima sesión lo charlamos bien a ver si podemos buscarle una solución (registro de campo N° 78).

Al salir de la habitación de la paciente, la psicóloga comentó que por ahora, le parecía normal y esperable que Daniela no toque el tema de la enfermedad. “Tenemos que pensar que está atravesando dos duelos: un cambio a su vida anterior por esta maternidad inesperada y la salud perdida por el diagnóstico de cáncer. Vamos a darle más tiempo a ver cómo va afrontando la enfermedad” (registro de campo N° 79).

En cuanto a cómo enfrenta cada individuo una situación estresante, como lo es atravesar una enfermedad oncológica, Vidal y Benito (2008) explica que las personas se comportan frente a situaciones o eventos conflictivos con modalidades particulares, que dependerán de su propia personalidad y de la percepción que tengan de esa situación. La autora plantea que el cáncer constituye un estrés de gran magnitud pero que la percepción y el significado personal que cada paciente le atribuya, dependerá de su propia historia de vida y de su carga heredo-familiar. De esta forma, existiría una relación entre los mecanismos de defensa que la persona pone en marcha para defenderse de la amenaza y su personalidad.

En el caso de la negación, la autora explica que esta misma podría ser adaptativa en ciertas facetas de la enfermedad ya que “cuando no existe nada constructivo que las personas puedan hacer para resolver un daño o amenaza, la negación puede aliviar el estrés sin alterar el funcionamiento y sin producir un daño adicional” (Vidal y Benito, 2008, p. 129).

Por otro lado, la autora Jimmie Holland (2003) también explica cómo la personalidad de los pacientes oncológicos influye en su forma de enfrentar la enfermedad. Ciertas personalidades y estilos de afrontar los problemas conforman un buen augurio en cuanto enfrentarse de forma eficaz al tratamiento oncológico. Sin embargo, es importante resaltar que cada persona se enfrenta a las crisis de manera distinta y enfatiza “los rasgos de la personalidad afectan a su comportamiento, no el del cáncer” (Holland, 2003, p.113) sugiriendo que, aunque los rasgos de personalidad de un individuo pueden influir en cómo enfrenta el cáncer y su tratamiento, la enfermedad en sí no está determinada por estos rasgos. Sin embargo, la forma en que el paciente afronta el cáncer, busca apoyo, tolera el estrés o se adhiere al tratamiento puede verse afectada por sus características de personalidad, como el optimismo, la negación, la tendencia a la preocupación, etcétera.

Esto se puede ver reflejado en el caso de Silvina, una paciente de 40 años quien había sido diagnosticada de leucemia mieloide aguda con inversión genética tres años atrás. Luego de atravesar varios ciclos de quimioterapia y someterse a un trasplante de médula ósea, había logrado entrar en remisión y sólo acudía al hospital a realizar los controles correspondientes. En uno de esos chequeos, se llevó a cabo una entrevista con ella para indagar cómo había atravesado la enfermedad y su posterior remisión. Al preguntarle sobre cómo fue el momento del diagnóstico para ella, respondió:

Cuando mi hematóloga me dijo el diagnóstico no lo podía creer, fue durísimo. Yo no conocía las opciones ni las posibilidades que había. Para mí era automáticamente fatal, el único conocimiento que yo tenía del cáncer era de una chica de mi edad que a los 15 años la habían diagnosticado de cáncer y en aquel momento se murió. No conocía otro caso, así que por eso fue mi primer pensamiento. Claramente en más de 20 años la medicina ha avanzado muchísimo pero bueno, lo primero que pensé fue lo peor (registro de campo N° 95).

Respecto a este punto, González, Hernández Urbina y Sanchez (2023) explican que el cáncer tiene un gran estigma que causa que la gente presente pensamientos catastróficos, pese al avance tecnológico que existe en la actualidad para tratar esta enfermedad. Citando a los autores: “continúa siendo una creencia común que cáncer equivale a sentencia de muerte, lo cual genera un impacto terrible para la persona diagnosticada (p.50).

Sin embargo, a pesar que en el momento del diagnóstico Silvina pensó lo peor, comentó que rápidamente se dedicó a pensar en positivo y en hacerle caso a todo lo que sus médicos le indicaban para afrontar la enfermedad de la mejor forma posible:

Lo que me pasó a mí personalmente es que yo no pensaba en “¿ay, por qué me tocó a mí?” sino que mi asociación fue: prefiero que me pase a mí y no a mis hijos. Nunca me quedé en preguntarme por qué, por qué me pasa esto a mí, sino más bien pensé: bueno, ¡a *apechugarla* y darle para adelante! Me planteaba que no me podía pasar de dejar a mis hijos tan chiquitos (...) Mi hermana dice que me salvó la cabeza porque yo siempre fui muy optimista, fui muy de mirar para adelante (registro de campo N° 96).

Holland (2003) explica que cada persona se enfrenta a las crisis y adversidades de distinta manera y sugiere que una actitud positiva ayudará al paciente a ser menos propenso

a angustiarse y pensar lo peor durante el transcurso de la enfermedad. En palabras de la autora:

Las personas se enfrentan mejor a los problemas cuando les hacen frente de cara, en lugar de intentar evitar lo inevitable o de contar con que el problema desaparecerá. Quienes llevan bien lo de hacer frente a los problemas tienden a sentirse desafiados en lugar de desconcertados o derrotados ante una dificultad y creen que pueden resolverla (Holland, 2003, p.113).

### *IMPACTO DE LA ENFERMEDAD EN LAS DIFERENTES ETAPAS DEL CICLO VITAL*

El diagnóstico de cáncer impacta de distintas maneras dependiendo de la edad y el ciclo vital del paciente. Esto se debe a que la enfermedad oncológica representa una disrupción en diferentes áreas de la vida de la persona repercutiendo de manera según su etapa de desarrollo y circunstancias vitales (Faberman, 2010).

Bellver Pérez y Verdet Martínez (2015) plantean que el adolescente con cáncer debe lidiar con dos fuentes de estrés: por un lado, tener un diagnóstico que pone en peligro la vida y el tratamiento intensivo que le corresponde y por el otro, el desafío de la transición de la niñez a la edad adulta. A su vez, la adolescencia representa generalmente una fase del desarrollo que conlleva una mayor vulnerabilidad al estrés emocional, lo que podría agravarse considerablemente debido a la enfermedad oncológica. Este conjunto de circunstancias puede resultar abrumador para muchos adolescentes, afectando su capacidad para enfrentar las tareas normativas del crecimiento.

Asimismo, Faberman (2010) sostiene que en el caso de los adolescentes, estos tienden a minimizar el carácter riesgoso de su diagnóstico por lo que es necesario profundizar en los aspectos informativos que propicien su cumplimiento al tratamiento. A su vez, pueden negarse a tomar las medicaciones o adherirse a tratamientos que alteran su aspecto físico, ya que en esta etapa del ciclo vital el cuerpo ocupa un lugar privilegiado por lo que los adolescentes pueden ser más sensibles a las miradas de los otros, sobre todo de sus pares.

Esto puede observarse en el caso de Anahí, una joven de 15 años diagnosticada con leucemia linfoblástica aguda que concurría al hospital sólo algunos días del mes para realizar un tratamiento ambulatorio de quimioterapia. En reiteradas sesiones con la psicóloga, mencionó su preocupación por la caída total de su cabello, uno de los efectos de la quimioterapia. En uno de los encuentros, la paciente manifestó: “(...) no sé en qué momento voy a poder volver al colegio pero no pienso volver así, toda pelada. Todos me van a mirar raro, yo hasta que no vuelva a estar como antes no salgo de mi casa.” (Registro de campo N° 90).

Algunos de los efectos de los tratamientos para combatir el cáncer, sobre todo aquellos que son más visibles como la pérdida de peso, pérdida de cabello o cambios en la piel, tienen el potencial de dañar la imagen corporal del adolescente y su propia identidad. (Bellver Pérez y Verdet Martínez, 2015). En el caso de Anahí, en ocasiones hizo mención a que ya no le agradaba su apariencia: “(...) me veo fea, pálida y ojerosa. Encima estoy toda pelada y sin cejas. Nunca estuve tan fea en mi vida. (Registro de campo N° 91).

A su vez, esta paciente solía manifestar su temor a perder sus amistades a causa de estar frecuentemente internada y no poder concurrir a la escuela aún. Esto se debe a que, como explican los autores, en la adolescencia el grupo de pares ocupa un lugar esencial en la vida de la persona. Por lo tanto, el tiempo que debe permanecer fuera del colegio y de otras actividades a causa de la enfermedad puede costar amistades y crear sentimientos de aislamiento en el joven. Especialmente en este momento, en el que sentirse conectado a sus compañeros es de suma importancia para el sentido de identidad del adolescente.

En el caso de los adultos, el diagnóstico de cáncer también supone un acontecimiento crítico en la biografía del paciente, rompiendo con la identidad de sí mismo como una persona sana (García Pesenti, 2022). Para este grupo etario, el cáncer puede representar un obstáculo significativo para la realización de sus proyectos vitales, tales como formar pareja, una familia, desarrollarse profesionalmente, entre otros. Como explica la autora, es muy probable que la enfermedad consuma gran parte del tiempo de la persona.

Asimismo, la aparición de la enfermedad puede confrontar al paciente adulto con sentimientos de vulnerabilidad, inutilidad, preocupación y angustia por su futuro incierto. Es por ello que el Instituto Nacional del Cáncer (2014) resalta la importancia de contar con un grupo de contención y apoyo que ayude al paciente a adaptarse a la enfermedad. Este

grupo de apoyo puede incluir a familiares, amigos, profesionales de la salud y organizaciones comunitarias. Los cambios en las funciones dentro de la familia serán muchas veces necesarios, como la reasignación de tareas domésticas y responsabilidades laborales, para aliviar la carga del paciente. Además, pueden ser necesarios arreglos en la vivienda, como adecuaciones para mejorar el acceso y la movilidad, o incluso mudanzas a lugares más accesibles y cercanos a los centros de tratamiento. Estos ajustes son cruciales para proporcionar un entorno de apoyo integral que favorezca el bienestar del paciente durante el tratamiento.

En el caso de Silvina, estas modificaciones en su vida y en la de su familia pueden observarse de la siguiente manera:

Como yo soy de un pueblo del interior, tuve que venirme para Córdoba para hacer el tratamiento (...) Fue duro para mis viejos también, porque mi marido y mi hermana estaban acompañándome y mis papás se vinieron a vivir a mi casa para quedarse con mis dos hijos, así que ellos se hicieron cargo de los chicos. Fue una organización familiar tremenda y la verdad de que si no tenes un grupo familiar que te acompaña es muy difícil, tuvimos que reordenarnos, cambiar los roles y las obligaciones de cada uno y bueno... darle para adelante, yo soy muy optimista y siempre pensaba que esto iba a pasar. (Registro de campo N° 97).

Por último, para Sontag (2008) el diagnóstico oncológico le recuerda abruptamente al adulto que la vida es finita, lo cual lo lleva a reconsiderar y, en muchas ocasiones, a modificar sus planes y su futuro. De todas formas, a pesar de que la enfermedad representa una ruptura para su proyecto de vida, también es posible descubrir nuevas formas de resignificar el presente y el futuro posible a partir de esta nueva realidad que se asume. En el momento de la entrevista, se le preguntó a Silvina cómo consideraba que el cáncer había influido o modificado su personalidad, a lo que ella contestó:

Uf, el cáncer cambió toda mi forma de ver la vida, ya no me pongo tantas metas a largo plazo sino que trato de vivir más el día a día, el hoy y el mañana te diría. Ya no pienso tanto en el futuro ni hago tantos proyectos. Yo pienso en el hoy, mañana no se... ya me pasó que estaba un día en mi vida normal y al día siguiente estaba internada en el diagnóstico de leucemia (registro de campo N° 99).

## *CÁNCER Y DUELO POR LA IMAGEN CORPORAL*

Uzorskis (2002) explica que las enfermedades crónicas y oncológicas atentan a la identidad del paciente. El aislamiento en un servicio médico de hospitalización, en donde se restringe la entrada de familiares, así como el hecho de estar conectado a una serie de aparatos con sonidos angustiantes, intensifica la sensación de desamparado y de desidentificación. A su vez, los cambios físicos que se producen como consecuencia de los tratamientos oncológicos pueden afectar la imagen que el paciente tiene de sí mismo, generando una sensación de vulnerabilidad y fragilidad, atentando a su identidad.

Las alteraciones físicas producidas durante el proceso oncológico pueden ser tanto temporales como permanentes, así como visibles y menos visibles. Entre las más comunes se encuentran la pérdida parcial o total del cabello, náuseas, palidez, pérdida de peso y fatiga, entre otras. Sin embargo, estos cambios corporales dependen del tipo de tumor y de su ubicación, así como de la evolución de la enfermedad en cada paciente (Matas Carbonell, 2017). La autora explica que en nuestra sociedad la apariencia física tiene un valor muy elevado, por lo que los cambios en la apariencia corporal producto de los tratamientos oncológicos pueden tener un impacto psicológico significativo en el individuo, afectando su autoestima y calidad de vida.

Esto se puede apreciar en el caso de Anahí quien, como se mencionó anteriormente, había comentado en múltiples ocasiones que no se encontraba satisfecha con su físico desde que había empezado a percibir los efectos secundarios de la quimioterapia. Durante una de las sesiones con la psicóloga, comentó: “(...) desde que estoy pelada no me saco fotos ni me miro en el espejo, me da impresión mirarme. No me siento yo” (registro de campo N° 92). El Instituto Nacional del Cáncer (2023) señala que todos los seres humanos formamos una imagen mental acerca de cómo nos vemos, que puede gustarnos o no pero nos acostumbramos a ella y forma parte de nuestra identidad.

El estadio del espejo, según Lacan (1949), es crucial en la constitución del sujeto. Entre los 6 y 18 meses de edad, el infante se ve por primera vez en un espejo pero no se reconoce en esa imagen. Lo que percibe es a un otro que posee todo aquello que a él le falta: dominio de su cuerpo y unidad corporal. Por ello, el infante se identifica con este otro en el espejo, formando su propia imagen de un cuerpo unificado e integrado. Es decir, que frente



a la vivencia de un cuerpo fragmentado, asume la imagen del espejo como completa y se identifica con ella. Lo que sucede cuando el sujeto recibe el diagnóstico de una enfermedad médica, es que se rompe la ilusión de completud y de unidad imaginaria. Provoca una fisura, una herida narcisista que lo confronta con la vulnerabilidad, la finitud y la castración, denunciando así una falla, una limitación (Baralle, 2017).

Esto trae aparejado una sensación de minusvalía, afectando a la autoestima del paciente, provocando angustia e incertidumbre y despertando inseguridad y una sensación de dependencia de los otros. A su vez, aparecen temores respecto a cómo son mirados por los otros que lo rodean, por la imagen que los demás se harán de ellos. En estos casos, la psicoterapia apunta a ayudar al paciente a reconstruir la imagen de sí mismos y también a facilitar la elaboración tanto del duelo por la salud perdida, como también a alcanzar la aceptación de que somos seres vulnerables y finitos.

En el caso de Anahí, la psicóloga intentó ayudarla a que pueda aceptar los cambios corporales producto de la quimioterapia que estaba atravesando.

(...) me imagino que debe ser difícil atravesar estos cambios, lo importante es saber que esta pérdida del pelo no es para siempre y que te va a volver a crecer, seguramente mucho más fuerte. De todas formas, es lógico que te sientas rara porque estás acostumbrada a verte de otra manera. (...) podemos pensar juntas en opciones para que sea más fácil atravesar este momento como usar turbantes o pañuelos. Pero lo más importante es que puedas recordar que más allá de todos estos cambios seguís siendo Anahí y que esto no es para siempre (registro de campo N° 93).

De esta manera, la psicóloga acompaña a la paciente a atravesar este momento de disgusto y angustia que le genera los cambios en su imagen corporal producto de los efectos de la quimioterapia, intentando trabajar en la autoaceptación. A su vez, se refuerza la importancia de la propia identidad de la joven al recordarle que sigue siendo ella misma, a pesar de los cambios físicos que le hacían sentir que ya no lo era. Este recordatorio intenta ayudarla a mantener su sentido de sí misma durante un período de transformación física, promoviendo la integración de su imagen corporal.

### **8.3.2. OBJETIVO 2**

#### **“Caracterizar el trabajo del psicólogo clínico en pacientes que requieren cuidados paliativos”**

En este segundo objetivo, se explorarán los diferentes aspectos que conforman el trabajo del psicólogo clínico al brindar apoyo a pacientes terminales en un hospital público. Se examinarán tanto las estrategias de intervención utilizadas para abordar las necesidades emocionales y psicológicas de los pacientes, así como las posibles repercusiones que estas intervenciones puedan tener en el bienestar del personal de salud que participa en su atención. Asimismo, se analizará el manejo del estrés y la importancia del autocuidado de los profesionales que trabajan en este contexto.

En primer lugar, se considera pertinente explicar qué se entiende por cuidados paliativos: “La asistencia activa, holística, de personas de todas las edades con sufrimiento severo relacionado con la salud, debido a una enfermedad grave con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los pacientes, su familia y sus cuidadores” (Instituto Nacional del Cáncer, s.f.)

Es así, que en el año 2022 se sancionó en nuestro país la ley N° 27.678 de Cuidados Paliativos, la cual tiene como objetivo garantizar que los pacientes puedan acceder a las prestaciones integrales e interdisciplinarias sobre cuidados paliativos tanto en el sector público como privado. Por otro lado, dicha ley busca implementar una estrategia de atención interdisciplinaria centrada en el paciente con el objetivo de abordar tanto sus necesidades físicas como psicológicas, sociales y espirituales.

Con el objetivo de articular la teoría con la práctica, se seleccionaron dos casos de pacientes que requerían cuidados paliativos y que fueron asistidos por el servicio de salud mental del Hospital Córdoba.

Uno de ellos fue el caso de Alberto, un paciente de 55 años que en el año 2021 fue diagnosticado con leucemia linfoblástica aguda, pero que en el año 2023 enfermó de pancreatitis y se encontraba ya en un estado grave de la enfermedad. Luego de realizarle

una última cirugía, su equipo médico solicitó una interconsulta con salud mental porque consideraban que el paciente necesitaba de su acompañamiento para transitar estos días. En palabras de sus doctores: “no hay nada más que hacer, queda esperar que él solo se vaya. Nosotros intentamos que esté lo más cómodo posible pero creemos que necesita que ustedes vayan y lo acompañen desde otro lugar” (registro de campo N° 51).

Como explica Faberman (2010), en este momento en el que el paciente se encuentra en estado terminal, el equipo médico deja de tener como objetivo lograr su curación y lo más importante pasa a ser procurar una mejor calidad de vida, no sólo a nivel físico sino también a nivel emocional y ambiental. Según la autora, llegado este punto, los médicos pueden sentir que no disponen de las herramientas necesarias para acompañar al paciente y es normal que desarrollen sentimientos de impotencia e inutilidad. Frente a este panorama, es esperable que se alejen del paciente o reduzcan la frecuencia de sus visitas en un intento de anestesiar estas emociones. En parte, esto se produce porque la muerte de un paciente recuerda que todos vamos a morir y genera en el profesional una sensación de falta de control. La autora afirma que es en este punto donde la mayoría de los médicos solicita una interconsulta con salud mental.

Antes de realizar la primera consulta, la psicóloga le solicitó a una de las enfermeras un poco más de información sobre Alberto para obtener un panorama más claro de su situación. Le comentó que recibía visitas diarias de su familia, conformada por su esposa y sus tres hijos adultos, quienes lo habían acompañado durante todo su proceso de enfermedad. Dado el delicado estado de Alberto, recientemente el equipo médico había extendido la duración de las visitas familiares, permitiéndoles pasar varias horas junto a él.

En el momento de la sesión con Alberto, él mismo se encontraba de excelente humor, estaba verborrágico y casi no dejaba que la misma interviniera. Manifestaba que se sentía muy bien y contaba anécdotas ocurridas antes de su internación de manera jocosa. De esta forma, se observó que el paciente se encontraba empleando el mecanismo de negación esperable para el momento que estaba atravesando. En palabras de Schavelson (2004):

la anormalidad emocional que aparece, (negación, delirio, ocultación, fantasías), pueden serle útiles al paciente. Debemos pensar, antes de proponerse modificarlas,

si podemos ofrecerle algo mejor en esa situación. Su posición de escape o fantasía puede serle útil ante una realidad siniestra (p.375).

La entrevista con la psicóloga no duró mucho tiempo, esta se limitaba a escuchar los relatos de Alberto y, cuando este último se lo permitía, esbozaba algún comentario respecto al tema. Al salir de la habitación, comentó:

Está muy en negación, incluso me pareció medio maníaco. Es entendible igual teniendo en cuenta cómo está. Lo importante en estos casos, en donde los pacientes están muy cerca de la muerte, es no abrir. Quedarnos con lo que él nos cuenta y no escarbar de más. Si hacemos intervenciones más profundas ahora corremos riesgo de desestabilizarlo, mejor dejar que sola se vaya cayendo esa defensa, así que vamos a limitarnos a escuchar lo que nos cuenta pacientemente (registro N° 52).

Respecto a esto, Fernández-Alcántara et al. (2013) comentan que las intervenciones que realiza el psicólogo en pacientes que requieren cuidados paliativos, tienen la particularidad de que intentan no abrir ni indagar en ningún tema que pueda ser problemático para el individuo. Es decir, intentan disminuir la ansiedad en el paciente sin profundizar demasiado y eso es justamente lo que hizo la psicóloga cuando visitó a Alberto.

Por otro lado, Gatto (2017) comenta que uno de los componentes básicos de los cuidados paliativos psicológicos es lo que él denomina la comunicación eficaz. Según este autor, la misma es un pilar fundamental a la hora de asistir a pacientes terminales y para lograrla se requiere de una escucha activa por parte del equipo de salud tanto con el paciente, como con la familia y el resto de los profesionales. Citando al autor:

El primer paso en la comunicación es escuchar y esto requiere de una actitud activa. Me estoy refiriendo a que escuchar tiene una parte explícita y otra implícita, y habrá que saber que siempre hay algo más detrás de ese mensaje, que se deberá aprender a decodificar y que no solo involucra datos sino también afectos (Gatto, 2017, p. 4).

Transcurrido el fin de semana, se visitó nuevamente a Alberto a primera hora para ver cómo se encontraba. Esta vez, se lo veía más tenso, con pocas ganas de hablar y algo fastidioso. Ya no hacía bromas ni contaba anécdotas. Cuando la psicóloga le preguntó cómo había transitado estos días respondió que estaba cansado y que quería volver a su casa: “una de las médicas me dijo que este fin de semana iba a poder volver a mi casa y eso no sucedió,

como verán. Encima las enfermeras son un desastre, no me gustan” (registro de campo N° 53).

Durante toda la entrevista con el paciente, este expresó su frustración hacia su equipo médico, particularmente hacia las enfermeras. Resultó llamativo este cambio de actitud, dado que en la entrevista previa había elogiado el excelente desempeño de estas mismas profesionales. Se le explicó al paciente que las enfermeras hacían todo lo posible para que se sienta cómodo y se sugirió que si existía algo que no le agrada de su trabajo, que se lo dijera a estas mismas pero el paciente se negó y continuó expresando su descontento y enfado, hasta que en un momento se le llenaron los ojos de lágrimas y permaneció callado un largo rato. En ese intervalo, la psicóloga acompañó su silencio y tampoco emitió palabra. Pasados varios minutos, la licenciada expresó:

Alberto, me da la impresión que este fin de semana fue muy difícil para vos. Entiendo que tengas ganas de volver a tu casa, que estés cansado de estar acá... quiero que sepas que yo estoy para acompañarte, que podés confiar en mí y contarme lo que quieras. Sin embargo, si tenés ganas de estar en silencio o de llorar acompañado, también puedo acompañarte en eso. No estás solo acá (registro de campo N° 54).

Esto último tiene relación con lo planteado por Dureaume (2023) quien afirma que los cuidados paliativos son el arte de curar y esto no siempre significa quitarle al otro el proceso de enfermedad. En palabras del autor: “curar es aliviar, es acompañar, y son sinónimos de un mismo proceso de salud-enfermedad cuando la vida está siendo amenazada o cuando se agotan las instancias de chances curativas y sobrevienen la progresión y el deterioro” (p. 391)

Finalizada la entrevista, la psicóloga le consultó a una de las enfermeras que asistía a Alberto qué había sucedido estos días y la misma comentó: “está de malhumor porque se quiere ir a su casa y lamentablemente no puede, así que se enoja con nosotras y con los médicos” (registro de campo N° 55).

Respecto al sentimiento de ira que atraviesan los pacientes terminales, en su libro “Sobre la muerte y los moribundos”, Kübler-Ross (1969) explica que es normal que ésta se desplace en varias direcciones y se proyecte contra las personas que los rodean, muchas veces de forma azarosa. Para esta autora, en estas situaciones el problema radica en que

pocas personas se ponen en el lugar del paciente terminal y se cuestionan de dónde puede provenir su enojo:

Tal vez nosotros también estaríamos disgustados si todas nuestras actividades se vieran interrumpidas tan prematuramente; si todos los proyectos que habíamos forjado fueran a quedarse sin acabar, o fueran acabados por otro. [...] ¿Qué haríamos con nuestra rabia, sino descargarla sobre las personas que probablemente iban a disfrutar de todas aquellas cosas? (Kübler-Ross, 1969, p. 75).

Es por ello que la autora destaca la importancia de respetar y comprender al paciente, brindándole la atención necesaria y dedicándole tiempo de calidad. Esto contribuirá a que se sienta más tranquilo y contenido, disminuyendo gradualmente su ira y haciéndolo sentir como un ser humano valioso del que la gente a su alrededor se ocupa.

El problema surge cuando los encargados de asistir y acompañar al paciente no piensan en las verdaderas razones de su enojo y se lo toman como un ataque personal. Esta interpretación errónea puede llevar a que los profesionales reaccionen en consecuencia con apatía o aún más ira, lo que sólo hará fomentar esta conducta hostil por parte del paciente. Por esta razón, Kübler-Ross (1969) destaca la importancia de que el equipo de salud sea capaz de tolerar la indignación racional o irracional del paciente. Citando a la autora: “Tenemos que aprender a escuchar a nuestros pacientes y a veces incluso aceptar su ira irracional, sabiendo que el alivio que experimentan al manifestarla les ayudará a aceptar mejor sus últimas horas” (p. 78).

Por otro lado, pasados pocos días, Alberto solicitó otra interconsulta con salud mental. En esta oportunidad, comentó que estaba más tranquilo y que quería conversar con la psicóloga ahora que se encontraba de mejor humor. Expresó:

Estos días estoy más calmado, pero también estoy muy triste. No sé qué hacer con tanta tristeza... a veces me largo a llorar y me enojo porque no quiero que cuando me visiten mis hijos y mi señora se den cuenta que estuve llorando. Pero bueno licenciada... Usted me dijo que podía contarle todo y la verdad es que estoy muy triste, pienso en que me queda poco tiempo con mis chicos y mi mujer y me agarra un nudo terrible acá en la garganta que no puedo contener. Encima, no estoy pudiendo dormir de noche, entonces durante el día me siento peor. Mire que lo intento, pero o duermo muy entrecortado o directamente no pego un ojo en toda la noche (registro de campo N° 58).

Luego de decir estas palabras, Alberto empezó a sollozar. “Perdón licenciada, ya me calmo, ya me calmo. ¡Qué vergüenza llorar así delante de ustedes! (registro de campo N° 59)”. La psicóloga permaneció callada unos segundos, luego se levantó y apoyó una mano en el hombro del paciente y expresó: “Alberto, lo que a usted le está pasando es algo muy fuerte. No tiene que pedir perdón por llorar, permítase llorar si lo necesita” (Registro de campo N° 60). El paciente continuó llorando unos minutos más, apoyó su mano en la mano de la licenciada y le agradeció por estar acompañándolo en este momento. Más tarde, cuando se encontraba más tranquilo, compartió algunos detalles de su vida personal: comentó que había trabajado como camionero durante varios años y expresó su profundo agradecimiento hacia este trabajo, ya que había posibilitado que sus tres hijos hayan podido asistir a la universidad. “[...] me voy tranquilo sabiendo que hice todo lo que quise, o casi... pero que además los chicos están contentos del papá que les tocó así como yo lo estoy de los hijos que tuve” (registro de campo N° 61).

Por otro lado, respecto al contacto corporal con pacientes terminales, Sims (1988) explica que este es de gran importancia para nutrir y proporcionar seguridad al paciente ya que el tacto por sí mismo es una forma de transmitir tranquilidad y apoyo y, a su vez, puede mejorar las interacciones con el paciente. Por su parte, Bild y Gómez (2008) resaltan que en estos casos el acercamiento físico debe surgir siempre de forma espontánea y se encontrará determinado por la calidad de la comunicación y del vínculo que exista entre el paciente y el profesional.

Cómo explica la Asociación Americana de Cuidados Paliativos (2020), enfrentar una enfermedad crónica que requiere del abordaje paliativo impacta todas las áreas de funcionamiento del paciente. Es por ello, que desde el momento del prediagnóstico hasta los últimos días de vida se pueden generar distintas reacciones tales como, tristeza, desesperanza, rabia, estado de shock, miedo, ansiedad e incluso vergüenza. Por lo tanto, es fundamental acompañar y ayudar a que el paciente pueda expresar estas emociones ya que le permite procesar la situación que está atravesando y colaborar a que pueda emplear sus recursos personales para enfrentarse a ella. Los autores enfatizan en la tristeza dado que es una de las emociones más prevalentes en el contexto de los cuidados paliativos. Asimismo,

explican qué acciones puede llevar a cabo el psicólogo para acompañar al paciente durante este estado:

Adoptar una actitud empática y compasiva para transmitir al paciente que se le comprende (o se le intenta comprender), favorecer la expresión emocional (dejar al paciente hablar sobre lo que siente) [...] y validar al paciente expresando que aquello que siente/piensa/hace es válido sin emitir juicios de valor (bueno/malo, correcto/incorrecto). (Castrejón Pardo, 2020, p. 22)

Antes de finalizar la sesión con Alberto, la psicóloga le sugirió la opción de realizar una interconsulta con la psiquiatra del servicio de salud mental para evaluar la posibilidad de recetarle algún medicamento que lo ayude a conciliar el sueño, a lo que el paciente aceptó animado. Hacia el final del encuentro, la licenciada expresó:

Le dejo encargado a la psiquiatra que trabaja con nosotros que venga a verlo. Como siempre le digo, nosotros, tanto el servicio de salud mental, como las enfermeras y los médicos estamos acá y en este momento en particular para ayudarlo a que esté lo mejor y más tranquilo posible.” (Registro de campo N° 62).

Como se explicó anteriormente, el abordaje con pacientes terminales se realiza de forma interdisciplinaria e integral para poder aliviar el sufrimiento y mejorar la calidad de vida de los pacientes que transiten enfermedades terminales o avanzadas. (León Perilla y Vitale Torkomian, 2020.) Es por ello que, como plantea Faberman, brindar apoyo emocional no es una tarea específica del psicólogo o psiquiatra sino que es una labor en la que participan de forma coordinada, acordando una estrategia de intervención para cada caso, los médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería, el psicólogo, el psiquiatra el trabajador social, etcétera. Sin la participación de estos profesionales, no sería posible llevar a cabo una intervención de apoyo emocional afectiva. (Faberman, 2010). Por último, es primordial que en este equipo de trabajo exista una buena comunicación y una interacción dinámica entre sus miembros “para lograr ser inclusivo, igualitario y movilizador de condiciones y aptitudes para asegurar una intervención colectiva y eficaz.” (Garzatini y Romero, 2018, p. 282).



## *ASPECTOS EMOCIONALES DEL PERSONAL DE SALUD EN EL TRABAJO CON PACIENTES TERMINALES*

En este apartado se analizarán los aspectos emocionales que atraviesan los profesionales encargados de asistir pacientes adultos con enfermedades graves o terminales. Como explica Faberman (2010) estos mismos, atraviesan cotidianamente sentimientos tanto de fatalidad como de esperanza que deben aprender a transmitir y controlar para poder prestar su servicio al enfermo.

Esto se puede ver reflejado en el caso de un paciente con diagnóstico de leucemia avanzado que se encontraba internado en el hospital. Se trataba de un joven llamado Camilo de 26 años, quien había sido ingresado en el mes de abril. Cómo residía en una localidad del interior de Córdoba, tuvo que ser trasladado de manera urgente al hospital debido a su estado crítico. Debido a su estado de inmunosupresión, las visitas familiares se limitaban considerablemente, lo que implicaba que atravesase esta internación prácticamente sin compañía. Por ello mismo, mantenía sesiones con una de las psicólogas del servicio de salud mental una o dos veces por semanas, dependiendo el estado de ánimo del paciente. En palabras de la psicóloga:

Camilo llegó hace un mes nada más al hospital pero me dijeron las médicas que su caso es complicado, no tiene buen pronóstico pero bueno, a veces las cosas pueden mejorar. [...] Él tiene una actitud positiva, le gusta escribir y sacar fotos así que se está sacando fotos todos los días para ver cómo le va cambiando la cara, el cuerpo... y todo me lo va mostrando. Yo le pasé mi número de teléfono, así es más fácil que nos comuniquemos y no tenga que decirle a las médicas o enfermeras que pida una interconsulta con salud mental todo el tiempo. (Registro de campo N°15).

En este momento es crucial que el paciente pueda confiar en el profesional que lo está atendiendo. Un paciente que confía en su médico o psicólogo, confía todo: sus sentimientos, sus interrogantes, sus miedos y sus secretos. Sin embargo, también es una persona que “pide alivio, pide ayuda, a veces por cuestiones que tienen que ver con las dolencias del cuerpo, a veces por situaciones que son dolorosas en la psiquis o en el alma, a veces más que la misma enfermedad”. (Dureaume, 2023. p.384).

En una de las sesiones, Camilo comentó lo agradecido que estaba de tener el apoyo de la psicóloga en este momento que le tocaba atravesar, sobre todo teniendo en cuenta que en aquel momento se encontraba internado en el área de aislamiento y casi no podía ver a sus familiares. Citando lo expresado por el paciente:

Las enfermeras no me dan mucha bola cuando les digo que me siento mal o que estoy medio bajoneado. Hay algunas más atentas que otras. A veces tengo ganas de charlar nomás y ellas no siempre pueden quedarse. [...] Si no fuera por la licenciada creo que me volvería loco acá adentro. (Registro de campo N° 16).

Esa semana, Camilo se había sometido a una punción de médula ósea, un procedimiento médico a través del cual se puede evaluar el alcance de la enfermedad. Antes de iniciar la sesión, la psicóloga consultó con sus médicas oncólogas acerca de cómo había salido el estudio y le comentaron que los resultados no eran buenos y por eso le iban a iniciar cuidados paliativos, lo que ya había sido informado a Camilo. Sin embargo, durante el encuentro con el joven, éste apenas mencionó el tema: “No se si te contaron que la punción dio medio mal. Asique me parece que estos días te voy a estar escribiendo más seguido porque me siento medio, no se... ansioso, raro.” (Registro de campo N° 20). La psicóloga asintió y le respondió:

Claro Camilo, yo estoy acá para acompañarte cuando lo necesites. Le estuve contando a Candela que te gusta mucho escribir y que lo hacés muy bien. Me olvidé de contarle que también te gusta leer y que estuvimos leyendo un libro juntos durante estos días. ¿Te parece que lo retomemos así nos escapamos un poquito de estas cuatro paredes? (Registro de campo N° 21).

Un par de sesiones atrás, la licenciada le propuso a Camilo, quien era aficionado de la lectura, leer juntos un libro que fuera de su agrado, como una forma de salir simbólicamente de la habitación del hospital. Al paciente le agradó la idea y juntos empezaron a compartir esa actividad en la mayoría de sus encuentros.

Montaño Rozo (2021) destaca en su investigación cómo diversos elementos distractores, tales como la lectura en el caso específico de Camilo, pueden desempeñar un

papel crucial como fuentes de alivio para los pacientes oncológicos que se encuentran hospitalizados. Además de la lectura, la autora señala que tanto estímulos auditivos como visuales pueden generar un impacto positivo en estos pacientes, especialmente durante procedimientos médicos dolorosos o incómodos relacionados con sus tratamientos contra el cáncer.

La autora resalta la importancia de considerar las preferencias individuales de cada paciente al momento de proporcionar estos elementos distractores. Al ser personalizadas, estas opciones tienden a ser más efectivas y terapéuticas, ya que se adaptan mejor a las necesidades y gustos de cada individuo. Este enfoque personalizado no solo contribuye al bienestar emocional del paciente, sino que también puede mejorar su experiencia en el hospital y favorecer su proceso de recuperación. En conclusión, la investigación de Montaña Rozo resalta la relevancia de implementar estrategias de distracción personalizadas para brindar un mejor cuidado a los pacientes oncológicos hospitalizados, ofreciendo así un alivio tanto físico como emocional durante su tratamiento.

Hacia el final de la sesión, Camilo comentó su inquietud sobre su futuro y la incertidumbre que ello significaba. Asimismo, reconoció que se encontraba muy ansioso y le resultaba difícil pensar en positivo (Registro de campo N° 21). Ante esto, la psicóloga se acercó, puso una mano sobre su hombro y expresó:

[...] cuando te sientas muy abrumado por tus pensamientos, podés probar con escribir cómo te sentís. Si te animás y te dan ganas de escribir aunque sea algo cortito, la próxima vez que nos veamos nos podés mostrar a Candela y a mí. (Registro de campo N° 22).

Faberman (2010) plantea que el psicólogo debe tener presente que su función no es buscar la cura de la enfermedad orgánica del paciente y debe comprender que este mismo es, antetodo, una persona que se está muriendo y que se encuentra atravesada por diversos sentimientos, preocupaciones y deseos que van más allá de su condición de terminalidad. En palabras de Vilma Tripodoro:

En nuestro vínculo terapéutico, seremos la casa que protege: el amparo, el cuidado, la contención, algunas certezas, la tranquilidad, la integridad, y la dignidad. Pero,

aún así, muchas veces dejaremos a la intemperie de nuestro vínculo la protección ante la muerte: el desamparo, la angustia, la desesperanza, la soledad, la tristeza y el miedo. (Tripidoro, 2023, p.387).

Por otro lado, el contacto constante con la enfermedad y la muerte viene acompañado de un gran impacto emocional en el equipo que asiste a los pacientes terminales. Este grupo humano compuesto por médicos, enfermeras, psicólogos, psiquiatras, etcétera, sufren una gran carga emocional. Bild y Gómez lo explican de la siguiente forma:

Por estar implicados en los procesos de la muerte y el morir se paga un alto precio personal. Con frecuencia los profesionales no se cuidan. Generalmente invierten el orden de prioridades poniendo sus propias necesidades afectivas al final. El resultado de esta actitud se traduce en un sentimiento y sensación de desgaste, como el de un trozo de madera que se quema rápidamente. Ese sentimiento de estar quemándose se conoce como *Burnout* o síndrome de estar quemado.” (Bild y Gomez, 2008, p. 33).

Asimismo, Alderete Aguilar y Ascencio Huertas (2015) plantean que los profesionales que se dedican a aliviar el sufrimiento emocional de los pacientes, están expuestos a un contacto constante con la vulnerabilidad, el sufrimiento y la naturaleza finita de la vida humana. Esto hace que el abordaje de pacientes terminales sea particularmente demandante y agotador, exponiendo a los profesionales que trabajan en esta área a desarrollar el síndrome de burnout como una respuesta al estrés generado en su contexto laboral.

Las consecuencias del mismo pueden ser tanto físicas, conductuales o emocionales. Dentro de las primeras, se encuentran: fatiga crónica, migraña, insomnio, alteraciones gastrointestinales, hipertensión, entre otras. En cuanto al nivel conductual, los profesionales que padecen síndrome de burnout pueden presentar alteraciones de la conducta alimentaria, aumento de la conducta violenta, disminución de la productividad, aislamiento, incapacidad de relajación y dificultad para concentrarse. Por último, a nivel emocional condiciona estados de autovaloración negativa, irritabilidad, melancolía, falta de motivación, ansiedad generalizada y focalizada en el trabajo, así como sentimientos de culpabilidad. (Moreno, 2007).

En esta misma línea, Faberman (2010) plantea que este desgaste o *burnout* se vuelve especialmente fuerte cuando el equipo de salud ha acompañado al paciente durante un largo período de la enfermedad o ha forjado con el mismo una relación estrecha. En estos casos, además de los sentimientos de dolor y pena que surgen tras la pérdida, es común experimentar sensaciones de impotencia, angustia y culpa asociadas con la incapacidad de curar la enfermedad o de haber acompañado al paciente durante un período de tiempo más prolongado.

Con respecto a los sentimientos de pérdida, el equipo de profesionales que atiende a pacientes terminales, transitan también un proceso de duelo cuando los mismos fallecen, ya que habían establecido un vínculo con estos mismos. Es por ello, que cuando Camilo falleció la psicóloga compartió su tristeza ante este suceso:

Cuando me enteré que había fallecido, me quedé un rato sola en el consultorio, pensando, lagrimeando un poco. (...) A pesar de que no estuvo mucho tiempo internado acá, compartimos muchas horas y muchas charlas. (...) se que le hizo muy bien estar acompañado por nosotras, porque me lo dijo varias veces, pero a mi también me hizo muy feliz saber que estábamos ahí para acompañarlo. (Registro de campo N° 27).

Débora Faberman explica que, a pesar del dolor y el sentimiento de pérdida que experimenta el personal de salud tras el fallecimiento de pacientes con los que se ha forjado vínculos de cariño, trabajar en este campo también brinda también grandes satisfacciones: “sentir que hemos ayudado a los pacientes a transitar esta cornisa nos fortalece y nos hace sentir necesarios, y este es el saldo prevaleciente al final del proceso” (Faberman, 2010, p. 214).

A pesar de los desafíos, trabajar con pacientes que requieren cuidados paliativos y oncológicos también puede proporcionar satisfacciones significativas para el personal encargado de su atención y acompañamiento. La licenciada Baralle (2017) explica en su libro que esta labor ofrece la oportunidad de conectarse con la esencia de la vida y apreciar las pequeñas cosas que suelen pasar desapercibidas en la rutina diaria. En el entorno hospitalario, el psicólogo enfrenta constantemente el delicado equilibrio entre el contacto afectivo con los pacientes y sus familias y la necesaria distancia interpersonal para

protegerse a sí mismo emocionalmente. Este equilibrio es esencial para brindar un cuidado integral y efectivo, aunque puede resultar desafiante y emocionalmente exigente para el profesional.

Al trabajar con pacientes paliativos, el psicólogo no solo acompaña en el proceso de enfrentar la enfermedad y la muerte, sino que también aprende valiosas lecciones sobre la importancia de vivir plenamente el presente y valorar cada momento. Sin embargo, es natural que estas reflexiones se pierdan temporalmente en el entorno hospitalario, donde las preocupaciones cotidianas pueden eclipsar las enseñanzas que brindan los pacientes. Por ello, es importante que el profesional recuerde constantemente la sabiduría compartida por los pacientes y encuentre un equilibrio entre atender las necesidades emocionales de los demás y el autocuidado personal, para evitar un alto costo emocional en el proceso.

Por último, acompañar a pacientes terminales exige habilidades personales para sobreponerse a la situación de estrés que conlleva. Por esta razón, es de suma importancia que los profesionales dispongan de recursos personales que les permita afrontar estas situaciones de impacto emocional con empatía, pero sin descuidar su propia salud. (Asociación Americana de Cuidados Paliativos, 2020). Por esta razón, Längle (2006) propone una serie de estrategias para evitar que los profesionales que trabajan en cuidados paliativos desarrollen el síndrome de burnout, tales como: trabajar de forma interdisciplinaria, intercambiando y compartiendo las experiencias laborales con el equipo laboral, contar con su propio espacio terapéutico, realizar ejercicio y estar atentos a las señales físicas que puede expresar el cuerpo. A su vez, el autor destaca el apoyo por parte de la familia, pareja y amigos de los profesionales de salud para evitar la tensión emocional y la sobrecarga diaria. Asimismo, las relaciones positivas dentro del equipo de trabajo ayudan a crear un clima laboral favorable y contenedor, estimulando la colaboración en el cumplimiento de tareas.

### **8. 3.3 OBJETIVO 3**

**“Describir las intervenciones psicológicas llevadas a cabo para contener emocionalmente al paciente con leucemia.”**

En primer lugar, antes de adentrarnos en las intervenciones y técnicas psicológicas para contener y acompañar al paciente con cáncer, resulta pertinente describir el perfil del sujeto con el que se trabaja. Según explican Middleton y Rojas-Jara (2017), la persona que recibe un diagnóstico de enfermedad oncológica se enfrenta a una situación altamente ansiógena y desestructurante. El paciente con cáncer es un ser humano que sufre intensamente y atraviesa múltiples pérdidas y duelos: su salud, sus funciones corporales, partes de su cuerpo, su empleo, su posición en su entorno familiar, social o laboral, así como su perspectiva de futuro y sus certezas. Además, en muchas ocasiones, deberá someterse a tratamientos que pueden inhabilitarlo tanto física como social y psicológicamente. Sentimientos como la soledad, la incomprensión, el desamparo y el miedo pueden estar presentes en su vida en este momento. Es por ello que la persona experimenta una intensa sensación de pérdida de control y autonomía sobre los procesos que podrían conducir a una posible, aunque no garantizada, recuperación.

Sin embargo, como señala Schavelson (2004) la persona con cáncer no es un extraterrestre, es un ser humano que integra un grupo familiar y que está inserto en una sociedad. A su vez, proviene de un entorno que lo estructuró como persona y como tal está dotado de responsabilidades, experiencias, sentimientos, opiniones, pensamientos y prejuicios. Por ello mismo, es necesario situar y mirar a este paciente como el ser humano íntegro que es y que está a cargo de su enfermedad y de su posible recuperación.

Siguiendo esta perspectiva, Middleton y Rojas-Jara (2017) destacan la importancia de recordarle al sujeto que *tiene* cáncer y no que *es* cáncer. Esto implica una clara distinción entre la condición médica y la identificación de la persona, procurando que la enfermedad y sus efectos no definan ni transformen a la identidad del sujeto, sino que prevalezcan aquellos múltiples y variados elementos que definen su personalidad más allá del diagnóstico oncológico.

Teniendo en cuenta esta conceptualización del paciente con cáncer, en estos casos el profesional psicólogo debe ser alguien abierto y disponible para entender, aceptar y escuchar al otro, con el objetivo principal de lograr un contacto genuino y empático con

este y su sufrimiento (Middleton y Rojas-Jara, 2017). A su vez, los autores describen ciertas necesidades que el psicólogo encargado de acompañar y tratar pacientes oncológicos necesita abordar:

a) Formación específica: En estos casos, es crucial que el psicólogo esté informado acerca de la enfermedad, incluyendo sus posibles tratamientos y causas. Además, debe comprender su potencial rol como apoyo y soporte terapéutico, lo que implica no solo ofrecer apoyo emocional, sino también brindar orientación y estrategias para enfrentar los desafíos asociados con el diagnóstico y el tratamiento del cáncer

b) Adoptar una actitud clínica: En el abordaje de pacientes oncológicos, es importante que el psicólogo adopte lo que Bleger (1984) describe como una actitud clínica. Esta actitud implica manejar un adecuado grado de disociación instrumental que le posibilite al profesional psicólogo identificarse con los sucesos o personas involucradas en la terapia, pero al mismo tiempo le ayude a mantener la distancia necesaria para no involucrarse personalmente en los eventos que deben ser evaluados. Esto asegura que el psicólogo mantenga su rol específico sin perder objetividad en el estudio y abordaje de cada caso. En el abordaje de pacientes oncológicos, la disociación instrumental permite al terapeuta dejarse atravesar por las emociones del proceso terapéutico mientras observa y reflexiona sobre ellas, facilitando de esta manera una comprensión profunda sin perder la claridad necesaria para guiar la intervención de manera efectiva (Ceberio, 1970)

c) Coraje para enfrentar el sufrimiento: Estar preparado como profesional para acompañar al paciente en situaciones que puedan ocasionar sufrimiento tanto físico, emocional y psicológico. Esto implica no solo tener la fortaleza para enfrentar el dolor y la angustia del paciente, sino también ofrecer el apoyo necesario para ayudarlo a manejar estos desafíos de la mejor forma posible.

d) Autocuidado: Frente a la exposición constante al dolor, es importante que el profesional realice actividades que le proporcionen placer y tranquilidad para evitar caer en un estado de agotamiento emocional o "burnout". Este cuidado de sí mismo no solo beneficia al profesional, sino que también fortalece su capacidad para brindar un apoyo efectivo y sostenido a los pacientes oncológicos.



Por otro lado, Lara y Villoria (2017) mencionan la importancia de realizar el abordaje psicológico del paciente con cáncer desde el inicio de la enfermedad, con el propósito de acompañarlo y brindarle las herramientas necesarias para enfrentarla. Es necesario considerar durante todo el proceso las condiciones que rodean al paciente, así como las circunstancias que pueden cambiar en función de cada fase de la enfermedad y de los tratamientos que se apliquen. Dichas condiciones pueden ser críticas para establecer el tipo de intervención psicológica y sus objetivos en relación a las necesidades de los pacientes.

Las autoras plantean que la intervención psicológica y los objetivos del tratamiento varían en función de las distintas fases de la enfermedad (diagnóstico, tratamiento, libre de enfermedad y recidiva):

**Fase de diagnóstico.** La fase de diagnóstico se caracteriza por el alto impacto y la incertidumbre general ante una enfermedad como el cáncer. Es por ello que la intervención psicológica tendrá el objetivo de reducir esta sensación y brindar la información adecuada en función de las necesidades y características particulares del paciente, puesto que el diagnóstico de cáncer no sólo implica su aceptación, sino también afrontar cambios y tomar decisiones sobre todas las acciones que implica la enfermedad.

Un ejemplo de esto se observa en el caso de Carla, una paciente de 35 años que acababa de ser diagnosticada con leucemia y cuyos médicos habían solicitado una interconsulta con salud mental ya que consideraban que la paciente se encontraba “muy ansiosa y desbordada” (Registro de campo N° 104). Cuando la psicóloga visitó por primera vez a Carla, se encontraba en una habitación individual acompañada por su hermana, ya que todavía no había sido trasladada al sector de aislamiento del hospital. Dado que aún no se había determinado con certeza qué tipo de leucemia padecía, no le estaban administrando ninguna medicación. Al ingresar a la habitación, la psicóloga se presentó y luego comentó:

Carla, estoy acá para acompañarte en este momento que puede llegar a ser complicado de atravesar. Si te parece, cuando lo necesites podés acudir a mí para que juntas veamos la forma de que lo transites de la mejor forma posible, dentro de lo que se pueda. ¿Querés comentarme un poquito sobre cómo te sentís hoy?

Shavelson (2004) sostiene que en el caso de pacientes oncológicos nunca se puede asegurar si la primera entrevista será la última, lo que subraya la importancia crucial de este primer encuentro. No existen fórmulas predefinidas para iniciar la primera entrevista, por lo que se recomienda una honesta y modesta presentación, en donde el terapeuta se permita pensar y actuar libremente. En palabras del autor: “Es útil preguntar, sonreír y comentar. No importa si no comprende o no interpreta. En estos casos, no importa la escuela y sus principios teóricos sino su actitud” (Schavelson, 2004, p. 55). Asimismo, sugiere que en esta fase el psicólogo solo se limite a escuchar y conversar ya que lo importante aquí es que el paciente lo conozca. Por esta razón, el autor no recomienda tomar notas porque esto podría darle al paciente la impresión de que se está documentando el encuentro, pudiendo generar un distanciamiento hacia el profesional. En esta primera entrevista el objetivo será brindar al paciente un beneficio real e inmediato y lograr una actitud de ayuda, sólo más adelante se empezará a pensar en un diagnóstico psicológico.

En el caso de Carla, luego de que la psicóloga se presentara, la paciente empezó a contar rápidamente que la tarde anterior los doctores le habían confirmado el diagnóstico de leucemia y que estaba muy preocupada. “Es la segunda vez que tengo cáncer, la primera fue de mama hace unos años, pero me curé. Ahora esto... esta vez no creo poder curarme, tengo miedo de morirme.” (Registro de campo N° 105). En ese momento, la paciente se encontraba nerviosa y agitada, respiraba de forma entrecortada y sus ojos estaban lagrimosos. Enseguida recogió un pañuelo y se limpió las lágrimas que se habían asomado.

Es frecuente que, al informar a un paciente sobre su diagnóstico de cáncer, tienda a asociarlo de inmediato con sufrimiento, dolor y muerte. Esto a menudo dificulta su capacidad para reflexionar sobre los tratamientos disponibles y la posibilidad de curación (Toledo Cárdenas, 2023). Es por ello, que la psicóloga intentó tranquilizar a Carla:

entiendo que esta noticia sea como un balde de agua fría... creo que es importante que puedas expresar todo lo que te está pasando. Si necesitas llorar, permítelo. Este es el momento para que saques afuera todo lo que sentís desde que te dieron el diagnóstico. (...) la leucemia tiene tratamiento y, si bien todavía no lo has arrancado porque no saben aún qué tipo de leucemia tenés, una vez que se determine el tipo específico los médicos comenzarán el tratamiento para que te sientas mejor. (Registro de campo N° 106).

En esta fase, es importante que las intervenciones terapéuticas apunten a favorecer una actitud y sensación de seguridad frente a la enfermedad, resignificando los conceptos que se tienen de ella reforzando la idea de que el cáncer no significa necesariamente una sentencia de muerte sin retorno. En síntesis, la primera entrevista con el paciente oncológico tiene dos finalidades principales. En primer lugar, realizar la evaluación psicooncológica del individuo, que incluye el diagnóstico psicopatológico del paciente, el grado de conciencia sobre la enfermedad y el nivel de defensas con el que enfrenta la situación. En segundo lugar, se busca contener la angustia del paciente y acompañarlo en la transición del estar sano al estar enfermo, proponiendo un camino a seguir (Vidal y Benito, 2008).

**Fase de tratamiento.** Los tratamientos contra el cáncer suelen tener un gran impacto en la calidad de vida del paciente. Los efectos secundarios, las consecuencias físicas de los procedimientos médicos y las alteraciones en la vida diaria debido a estos tratamientos, así como la necesidad de acudir a consultas médicas para la aplicación y control de dichos procedimientos (como cirugía, quimioterapia, radioterapia, análisis, etc.), pueden provocar cambios emocionales y síntomas físicos que requieren un abordaje psicoterapéutico (Lara y Villoria, 2017).

A los pocos días, Carla sabía qué tipo de leucemia padecía y ya le habían indicado qué tratamiento a seguir. Por ello mismo, ya había sido trasladada al sector de aislamiento donde la psicóloga la visitó para ver cómo se encontraba. Parecía un poco más tranquila que en la primera entrevista, sin embargo, comentó que aún se sentía muy angustiada y ansiosa ya que le tenía temor a los efectos secundarios del tratamiento: “(...) cuando tuve cáncer de mama directamente me hicieron la operación y luego tuve dos o tres ciclos de quimio. Ahora me dijeron que van a ser más ciclos y no quiero, me va a destruir el cuerpo.” (Registro de campo N° 110).

Como explica Vidal y Benito (2008), durante la etapa del tratamiento el tema principal gira en torno al reconocimiento de los efectos secundarios ocasionados por los tratamientos oncológicos. Por esa razón, la labor del psicólogo consiste en tratar de que el

paciente reconozca los efectos secundarios de estos tratamientos intentando de que genere la capacidad suficiente para poder sostenerlos con el menor sufrimiento psíquico posible.

Ante la angustia de la paciente, la psicóloga intervino:

La quimioterapia puede tener efectos secundarios como la pérdida del pelo, náuseas, entre otros, pero es importante que sepas que esos cambios físicos son sólo momentáneos y que la quimio sirve para que, a la larga, te sientas mejor y la enfermedad se vaya. (...) me parece que una opción sería que, si este tratamiento te genera temor, les puedas preguntar a los médicos en qué consiste, cuáles son los efectos esperables en tu caso, y puedas sacarte con ellos todas las dudas, teniendo en cuenta que hace muy poquito que estás acá internada y que es lógico que tengas preguntas y miedos” (Registro de campo N° 111).

La autora señala la importancia de que en esta etapa “se resignifique el tratamiento desde quimioterapia-veneno-tóxico a quimioterapia-medicamento-remedio” (Vidal y Benito, 2008, p. 226). Además, las intervenciones del psicólogo en esta etapa buscan favorecer el afrontamiento exitoso del tratamiento mediante la anticipación de las instancias y los posibles efectos que pueden suceder y de cómo mejorar los inconvenientes. A su vez, el psicólogo debe impulsar al paciente a generar un equilibrio adecuado entre la pasividad necesaria para someterse a los distintos estudios y tratamientos necesarios y la actividad suficiente como para sentirse un sujeto autónomo capaz de tomar decisiones sobre su cuerpo.

**Fase post- tratamiento (libre de enfermedad)** En esta fase, el equipo médico le informa al paciente que ya ha finalizado el tratamiento oncológico y continuará con los chequeos por consulta externa en un período mensual o trimestral, dependiendo el caso. Esta noticia le permite al paciente sentir que está curado o que venció a la enfermedad, por lo que las respuestas tanto del paciente como de su familia estarán relacionadas con dejar de ser “el paciente con cáncer”, generando el establecimiento de la continuidad de los roles personales y familiares. (Toledo Cárdenas, 2023).

Se puede observar esto en el caso de Daniela, quien después de estar internada durante un mes y medio en el hospital, fue dada de alta ambulatoria. Apenas los médicos le dieron esta noticia, pidió tener una sesión con la psicóloga en la cual comentó que estaba

muy contenta de poder volver a su casa y, sobre todo, de reencontrarse con su bebé, pero que a su vez estaba nerviosa y no entendía bien por qué. (Registro de campo N° 81).

Como explica Vidal y Benito (2008). Los pacientes desean que sus tratamientos finalicen, pero simultáneamente experimentan una sensación de desprotección cuando esto pasa. Es por ello que en este momento es necesaria la intervención del psicólogo para ayudar a elaborar la ansiedad de separación, las posiciones entre ser dependiente y ser autónomo, así como el miedo al desamparo. Durante esta sesión, la psicóloga intervino de la siguiente forma:

“(...) me pone muy feliz que te den el alta ambulatoria, ¡es una muy buena noticia! También entiendo que debes tener sentimientos encontrados porque, como nos comentaste en las sesiones anteriores, antes de entrar a la internación estabas pasando por momentos de ansiedad. Lo importante creo que es que te quedes con lo que nos dijiste vos misma varias veces: que la enfermedad y la internación te ayudaron a bajar un cambio y estar más tranquila. (...) como vas a tener que venir casi todas las semanas a hacerte los controles correspondientes, podemos seguir viéndonos esos días si te parece. Tenés mi número y podés escribirme cuando necesites para tener una sesión.” (Registro de campo N° 82).

La paciente aceptó y agradeció la posibilidad de seguir teniendo sesiones con la psicóloga en el hospital ya que comentó que todavía sentía la necesidad de continuar este tratamiento. Respecto a este punto, Toledo Cárdenas (2017) sugiere que, al igual que el paciente asiste a sus consultas de control médico, es importante que también pueda seguir acudiendo a un seguimiento psicooncológico por consulta externa, ya que esto puede facilitar su adaptación emocional y el manejo de la ansiedad tras el alta ambulatoria, como se observa en el caso de esta paciente.

**Fase de recidiva.** El retorno de la enfermedad representa una de las etapas más difíciles tanto para el paciente como para su entorno, ya que implica enfrentarse nuevamente a una condición que se consideraba superada. El paciente puede pasar por períodos de negación, intensos sentimientos de ira, depresión, y preocupaciones sobre la muerte y el dolor físico. Esto subraya la necesidad de un apoyo emocional significativo y

el establecimiento de una relación sólida, honesta y comunicativa entre el equipo médico, psicológico, la familia y el paciente (Middleton y Rojas-Jara, 2017).

Las respuestas del paciente ante la noticia de una recaída pueden variar. Un paciente que, desde el primer diagnóstico, tuvo una adecuada aceptación y adaptación a la situación, puede mostrar una actitud de compromiso y un deseo de reiniciar el tratamiento. Este paciente, basado en su experiencia previa, confía en volver a lograr estar libre de los síntomas pero con la enfermedad como diagnóstico crónico.

Esto se puede observar en el caso de Carolina, quien tras haber sido dada de alta tuvo que ser internada nuevamente algunos meses después ya que el cáncer había regresado. Durante una de las sesiones con la psicóloga, mencionó: (...) extraño mi casa, ya me estaba acostumbrando a estar ahí cuando me empecé a sentir mal de nuevo. Me hicieron los estudios y de nuevo me internaron, pero bueno... si me curé una vez supongo que podré curarme dos ¿no?" (Registro de Campo N° 63).

Sin embargo, en otros pacientes la respuesta ante el regreso de la enfermedad puede ser muy diferente. En el caso de Gabriel, había sido dado de alta a fines del 2022 pero meses después tuvo que ser readmitido en el hospital ya que la enfermedad había resurgido. En casi todas las sesiones con la psicóloga, Gabriel manifestó su deseo de volver a su casa y su gran descontento por la situación que estaba viviendo. Asimismo, las enfermeras le informaron a la psicóloga que en varias oportunidades el paciente había solicitado el alta voluntaria pero que luego se arrepentía. En una de las sesiones con la psicóloga comentó: "no aguanto más, quiero estar en mi casa y ver a mi hija. Voy a firmar el alta voluntaria". (Registro de campo N° 20). La psicóloga intentó calmarlo explicándole que si se marchaba del hospital en ese momento, a los pocos días se iba a sentir mal y no iba a poder disfrutar de su hija. Si continuaba el tratamiento, tenía posibilidades de volver a sanar y poder reencontrarse con ella sintiéndose mejor.

Para Toledo Cárdenas (2023) la intervención psicológica en esta etapa consiste en acompañar y orientar en lograr la aceptación de este nuevo proceso e intentar disminuir el sentimiento de culpa o desesperanza por la reaparición del cáncer. A su vez, es importante que el psicólogo pueda orientar al paciente a identificar sus fortalezas y recursos para poder enfrentarse nuevamente a la enfermedad.

Independientemente del estadio de su enfermedad, es esencial tener en cuenta que el paciente oncológico enfrenta constantemente un proceso de adaptación y desadaptación, reflexión y toma de decisiones como parte de la reorganización psíquica que implica, por un lado, estar enfermo y, por otro, el “verse” y “ser visto” como enfermo (Orfali Plaza, 2017). Será necesario, entonces, un trabajo que revele y dé lugar a las respuestas de un sujeto frente a un real insoportable para poder encontrar otros modos de respuesta que signifiquen estar menos mal. Por esta razón, el autor indica que la labor del psicólogo será, principalmente, conocer de qué forma el sujeto se posiciona ante su enfermedad, cuáles son sus preocupaciones y angustias y qué significa para él estar enfermo.

El fin de la intervención psicológica no debe ser que la persona y su vida vuelvan a ser las de antes (Orfali Plaza, 2017). En lugar de buscar rehabilitar, se busca habilitar al paciente para adaptarse a una nueva realidad, como sugiere Bracerías (2006): “hacer a la persona más apta o capaz para aquello que antes no lo era” (p. 161), puesto que algo en su vida, ahora con cáncer, ya no le funciona como antes. Este saber-hacer debe ser creado o descubierto por el sujeto, no impuesto ni sugerido por otro externo. Orfali Plaza (2017) plantea que, en estos casos, el psicoanálisis puede favorecer una mejor posición del sujeto frente a los efectos de vivir una experiencia de discontinuidad y desorganización subjetiva.

En pacientes con cáncer, hay algo más allá del impactante diagnóstico, algo que trasciende al cuerpo físico: se trata del sujeto mismo, con su historia, sus deseos, su sexualidad, su relación con la muerte y también con la vida (Grande, 2007). En la actualidad, esta enfermedad continúa presentándose sin considerar al sujeto, centrándose únicamente en el organismo enfermo. Esto solo incrementa las fantasías inconscientes de un ser que desconoce o sabe poco acerca de su cuerpo y que únicamente aguarda diagnósticos y sesiones de quimioterapia en silencio. Desde esta perspectiva, el paciente queda silenciado ante la autoridad del discurso médico, sin poder comprender su enfermedad ni su relación con ella. Se han recopilado algunas frases de diferentes pacientes que dan cuenta de este fenómeno:

“(…) las enfermeras vienen, me pinchan y se van. Nadie me dice nada, ya ni me gasto en preguntar porque siento que no me van a responder”. (Alberto, registro de campo N° 56).

“Hoy los médicos me dicen una cosa, mañana me dicen otra... saben que total yo voy a seguir acá esperando y por más de que proteste y me queje no hay nada que yo pueda hacer. (Camilo, registro de campo N° 16).

Como explica la autora, la intervención psicológica apunta a reconocer al sujeto como portador de un cuerpo historizado, que se constituye a partir de un Otro, a través de la mirada del Otro, y pensar la incidencia que tiene lo psíquico en el proceso de enfermedad oncológica. Poner palabras para aquello que sucede en el cuerpo y nombrar algo que se encuentra vedado en el lenguaje pero que aparece allí, mostrándose.

A su vez, Grande (2007) destaca la importancia de poder mover al sujeto de este lugar de pasividad donde se lo ubica, donde es el otro el que sabe sobre su cuerpo y su dolor. Este otro, que siempre parece tener la respuesta a todas las preguntas, es el otro discurso: el discurso médico. Por ello mismo, el objetivo de la intervención terapéutica es revisar la historia de cada sujeto en particular para recuperar un cuerpo que se pueda recortar de la palabra del otro y que pueda adquirir una palabra propia que permita decir lo que el cuerpo padece y lo que a él mismo como sujeto le está sucediendo. Se trata de hacer hablar al cuerpo, con palabras pronunciadas por aquel que sufre.

### *IMPORTANCIA DEL TRABAJO INTERDISCIPLINARIO EN EL TRATAMIENTO ONCOLÓGICO*

Respecto a este punto, según Die Trill (2023) es crucial que el psicólogo que trabaja con pacientes oncológicos trabaje a la par del equipo médico tratante y colabore estrechamente con los demás profesionales de la salud. Esto se debe a que, como se explicó



anteriormente, el cáncer es una enfermedad que afecta múltiples áreas de la vida del paciente, incluyendo su bienestar físico, emocional, psicológico y social. Por este motivo, es fundamental contar con un equipo que trabaje de forma interdisciplinaria y conjunta para ofrecer un enfoque integral de atención que aborde todas las necesidades del paciente y mejore su calidad de vida durante el tratamiento. Por otro lado, puntualizando sobre la intervención del psicólogo en estos casos, la autora plantea que proveer al equipo médico información relevante sobre el estado emocional del paciente, que pueda facilitar su adaptación a la enfermedad, es tan vital como recibir información médica que permita al psicoterapeuta comprender mejor las reacciones emocionales del paciente con cáncer. En general, médicos y enfermeros valoran enormemente las sugerencias psicoterapéuticas y psicoeducativas sobre cómo acompañar y manejar situaciones específicas con sus pacientes.

La situación descrita anteriormente se visibiliza en la intervención de la psicóloga en el caso de Carla: Antes de ingresar a la habitación de la paciente para tener la sesión correspondiente, una de las enfermeras le comentó a la psicóloga que la quimioterapia de la paciente no estaba dando los resultados esperados. La licenciada preguntó si Carla ya había sido informada de esto y la enfermera respondió que sí, pero que no había dicho nada, solo permaneció callada. Asimismo, la enfermera le comentó a la psicóloga que en los últimos días la paciente había estado muy ansiosa, agresiva e incluso había tenido algunas discusiones con el personal del hospital. “No sé cómo podemos hacer nosotras para contenerla un poco... para que no reaccione tan mal cuando tenemos que pasarle la medicación. Ya estamos preocupadas porque cada vez que tenemos que ir a verla, es un problema.” (Registro de campo N° 115).

La psicóloga explicó que, dado que esta es la segunda vez que la paciente enfrenta una enfermedad oncológica, es comprensible que se sienta frustrada y enojada, y que pueda requerir un poco más de paciencia. Sin embargo, en el caso específico de esta paciente,

cuando se le explicaban con precisión los procedimientos que se le iban a aplicar, se tranquilizaba y mostraba mayor disposición a colaborar. Por esta razón, la licenciada recomendó a la enfermera que intentara explicarle detalladamente qué intervención se le iba a realizar, ya que esto podría hacer que la paciente se mostrara cada vez más colaborativa.

Luego de aconsejar y brindar algunas herramientas a la enfermera sobre cómo abordar y acompañar a Carla, la licenciada ingresó a la habitación de la paciente. Carla se encontraba sentada al borde de la cama con una radio portátil en las manos. No respondió al saludo de la licenciada y solo expresó: “Hoy la quimio me dejó de malhumor. No quiero hablar, estoy escuchando la radio cristiana. Sentate a escucharla conmigo un rato y si después estoy más animada, charlamos”. (Registro de campo N° 116).

La psicóloga se sentó cerca de Carla y escucharon juntas la radio durante varios minutos, en silencio. Al finalizar el programa, la paciente rezó brevemente mientras la psicóloga permanecía sentada a su lado. “Bueno, ahora sí. Necesitaba escuchar las palabras del pastor, disculpá si te hablé mal, vengo teniendo malos días y necesitaba estar tranquila. Ahora sí podemos charlar”. La paciente le comentó a la psicóloga que la noticia de que la quimioterapia no estaba funcionando acorde a lo esperado la angustió y la frustró mucho, porque esperaba otros resultados. Además, había empezado a notar cambios físicos en su cuerpo como náuseas y vómitos constantes, dolor en todo el cuerpo y pérdida progresiva del cabello. “Cuando tuve el cáncer de mama no me sentía ni la mitad de mal que ahora, físicamente hablando. Y sentirme así de mal también me angustia y me pone de mal humor.” (Registro de campo N° 117).

Conforme plantea Die Trill (2023), el abordaje psicoterapéutico con pacientes oncológicos implica centrarse principalmente en cuestiones relacionadas con la enfermedad médica durante momentos clave del curso de la misma. Entre los temas centrales abordados en la psicoterapia oncológica se encuentran la gestión de los síntomas físicos y los efectos secundarios de los tratamientos. Es esencial que el psicoterapeuta que trabaja en este ámbito posea conocimientos básicos acerca del cáncer, sus tratamientos e implicancias. El paciente y el psicólogo trabajarán en la experiencia subjetiva de la enfermedad y en el manejo de las emociones asociadas a los aspectos médicos que el paciente enfrente.

La psicóloga contuvo a Carla y le brindó algunas herramientas para poder pasar este momento, sin embargo, ella parecía no estar prestando atención. Se la veía dispersa y pensativa. Luego comentó:

“A mí me hace muy bien que vengas a estar conmigo. A sentarte nomás y escuchar la radio como hoy. Me hace sentir que no estoy tan sola en este aislamiento terrible. Lo que me decís también me sirve, no pienses que no. Pero más me sirve que estés, con eso ya alcanza.” (Registro de campo N° 118).

Por último, en este fragmento se puede ver reflejado lo que teorizan Benito y Mindeguía (2021) sobre la importancia de habitar el presente en la práctica terapéutica. Los autores explican que en el contexto del acompañamiento psicológico de pacientes oncológicos, la simple presencia del terapeuta puede ser de gran valor e incluso más significativa que cualquier intervención activa. Implica estar presente sin juzgar, proporcionando un espacio seguro para que el paciente se exprese libremente. Esta actitud de escucha activa y atención plena permite que la relación terapéutica se desarrolle de manera natural y efectiva. La presencia del psicólogo brinda estabilidad emocional al paciente y crea un ambiente propicio para el proceso de terapia.





## 9. CONSIDERACIONES FINALES

*Cuando es verdadera, cuando nace de la necesidad de  
decir, a la voz humana no hay quien la detenga.  
Si se le niega la boca, ella habla por las manos,  
o por los poros, o por donde sea.*

(Galeano, E. *“El libro de los abrazos”*, 1989)

El cáncer es un evento disruptivo en la vida de una persona que impacta y transforma todas los aspectos y ámbitos de su existencia. Modifica sus planes, su futuro, sus relaciones con sus seres queridos, su cuerpo, su autoestima, su identidad y la forma en la que concebía su vida hasta entonces. La enfermedad oncológica rompe con la visión que el sujeto tenía de sí mismo como una persona sana y lo enfrenta a un panorama donde las certezas son pocas y la incertidumbre abunda.

Atravesar una enfermedad como el cáncer no sólo desafía la estabilidad emocional del paciente, sino que también requiere de un enfoque interdisciplinario para abordar las múltiples dimensiones afectadas, proporcionando así el apoyo necesario para enfrentar y adaptarse a esta nueva realidad. A lo largo del presente trabajo, se ha demostrado que las intervenciones psicológicas en el servicio de internación oncológica para pacientes con leucemia, están dirigidas no solo a acompañar al paciente, sino también a comprender de qué modo el sujeto se posiciona ante el cáncer y, juntos, buscar las herramientas necesarias para adaptarse a su nueva realidad de la mejor forma posible.

Asimismo, través del análisis de los tres objetivos planteados, se pudo dar cuenta de las distintas intervenciones del psicólogo en cada momento de la enfermedad oncológica: en el momento del diagnóstico, durante tratamiento, en la fase remisión y recaída de la enfermedad y también en los últimos días de vida de algunos de los pacientes.

El primer objetivo específico planteado consistió en analizar el impacto subjetivo y psicológico que el diagnóstico de leucemia tiene en los pacientes, así como las diferentes etapas del duelo que atraviesan. Al respecto, se pudo explorar a partir de los diferentes relatos proporcionados por los pacientes durante las sesiones con la psicóloga, cómo cada persona recibió la noticia del diagnóstico y cómo afectó a su subjetividad.

Se observó que en la mayoría de casos, el diagnóstico de leucemia representó un impacto psicológico y emocional considerable para los pacientes, desencadenando una serie de etapas de duelo que afectaron directamente a su subjetividad e identidad. Acorde a su personalidad e historia de vida, se constató que cada individuo reaccionó de forma singular. Sin embargo, en todos los casos, la adaptación a esta nueva realidad requirió tiempo y por ello intervención terapéutica se enfocó en brindar acompañamiento y asistencia durante su proceso de duelo, con el propósito de ayudar al paciente a reestructurar su mundo interno, el cual se vio profundamente afectado tras recibir la noticia de la pérdida de su salud.

En los casos descritos, se observó que el duelo pudo adquirir un poder creador ya que le permitió al paciente establecer una nueva postura subjetiva que no existía antes del diagnóstico oncológico. Por esta razón, la intervención psicológica se enfocó en acompañar al paciente y proporcionarle las herramientas necesarias para transitar el duelo por la vida que llevaban antes de la enfermedad. El propósito de dicha intervención fue construir juntos



una nueva realidad a partir del presente, con aquello que sí es posible a partir de ahora, orientándose hacia nuevos deseos y metas.

Asimismo, el cáncer también afecta a la autopercepción del paciente y, consecuentemente, a su identidad. Se observó que los cambios físicos resultantes de los tratamientos oncológicos alteraron la imagen que los pacientes tenían de sí mismos, provocando sentimientos de vulnerabilidad y desidentificación. Esto se debe, en parte, a que previamente cada paciente se percibía de una manera específica y mantenía una imagen unificada de sí mismo. Los cambios corporales derivados del tratamiento oncológico alteraron esta percepción, lo que dificultó a los pacientes reconocerse e identificarse con su nueva imagen. Esto provocó una herida narcisista que los confrontó con su vulnerabilidad y finitud. Por consiguiente, el trabajo de la psicóloga se centró en promover la aceptación de estos cambios físicos ocasionados por la quimioterapia u otros tratamientos oncológicos, fortaleciendo la identidad única de cada paciente y ayudándolos a mantener su sentido de sí mismos durante un proceso de transformación física, fomentando la integración de su imagen corporal.

En relación con el segundo objetivo planteado en el presente trabajo, a saber, "caracterizar el trabajo del psicólogo clínico en pacientes que requieren cuidados paliativos", se examinaron las estrategias de intervención utilizadas por el psicólogo para abordar las necesidades psicológicas de los pacientes, así como las posibles repercusiones que estas podían tener en el personal de salud que participa en su atención.

Se observó que, cuando un paciente se encuentra en la etapa final de su vida, el objetivo principal de su equipo médico deja de ser su curación, y lo más importante pasa a ser procurar la mejor calidad de vida posible, tanto a nivel físico como psicológico y

ambiental. Por esta razón, la intervención psicológica en este momento se considera vital tanto para acompañar al paciente en sus últimos días de vida como para abordar los temores y angustias que esta situación implica. En este contexto, se observó que cada paciente adoptó diferentes comportamientos o empleó diversos mecanismos de defensa para enfrentar esta difícil situación. Por lo tanto, la primera intervención de la psicóloga consistió en no profundizar ni indagar más allá de lo que el paciente compartía en la sesión. Es decir, en primer lugar, se trabajó con lo que el paciente expresaba, en lugar de intentar profundizar más, ya que existía el riesgo de desestabilizarlo y provocarle más angustia.

A su vez, la labor del psicólogo en estos casos se centraba en mantener una comunicación eficaz con el paciente, lo que requería una escucha activa. Esto implicaba tener en cuenta no solo lo que el paciente expresaba verbalmente, sino también los aspectos subyacentes de su discurso, incluyendo los afectos que se escondían detrás de cada mensaje. Se observó que, en las primeras sesiones, los pacientes evitaban hablar de su angustia por encontrarse en una situación terminal, utilizando esta evasión como una manera de no expresar el dolor por una situación que no podían controlar. Asimismo, se observó que el tacto es una herramienta que puede brindar seguridad y apoyo emocional, especialmente en estos casos donde, a veces, las palabras no eran suficientes para que el paciente se sintiera contenido. El caso de Camilo, un joven con leucemia avanzada, se pudo evidenciar cómo la conexión emocional y el apoyo continuo del personal de salud, fueron cruciales para el bienestar del paciente. Las sesiones regulares con la psicóloga demostraron la importancia de la comunicación abierta y de estrategias de distracción personalizadas, como la lectura compartida, para aliviar el estrés emocional del paciente.

Sin embargo, también se identificaron los desafíos emocionales que enfrentan los profesionales de salud. La exposición constante a la vulnerabilidad, el sufrimiento y la muerte puede llevar al síndrome de burnout, manifestado en síntomas físicos, conductuales y emocionales. Por esta razón, se destacó la importancia del autocuidado y de estrategias para sentirse sobrepasado por estas situaciones, como el trabajo interdisciplinario, el intercambio de experiencias, el apoyo terapéutico, la realización de ejercicio y la atención a las señales físicas del cuerpo. El apoyo de la familia y las relaciones positivas dentro del equipo de trabajo son cruciales para mantener un clima laboral favorable y evitar la sobrecarga emocional.

En último lugar, en el análisis del tercer objetivo, se expusieron de forma detallada las intervenciones psicológicas para contener y acompañar psicológicamente al paciente con leucemia. Es importante que estas se realicen desde el momento del diagnóstico de la enfermedad y se adapten a cada etapa de la misma ya que en cada una los objetivos terapéuticos serán diferentes.

En el momento del diagnóstico, la intervención psicológica apunta mayormente a que el paciente conozca al profesional psicólogo, por lo que las intervenciones se centran más que nada en conversar y escuchar, dejando de lado la realización de un diagnóstico psicológico. En esta fase de la enfermedad, se intenta mediante la intervención favorecer una sensación de seguridad y resignificar los conceptos que el paciente tiene del cáncer. A su vez, se busca brindar un acompañamiento emocional que le permita a la persona enfrentar su angustia e incertidumbres que surgen durante este proceso.

En la fase del tratamiento, se observa que la angustia de los pacientes se centra principalmente en los efectos secundarios derivados de la terapia oncológica. Por esta

razón, la intervención psicológica tiene como objetivo ayudar al paciente a reconocer que estos efectos son temporales y a desarrollar la capacidad de sostenerlos con el menor sufrimiento psíquico posible. Se busca resignificar la visión que se tiene de la quimioterapia, haciendo hincapié en su importancia para la mejoría del paciente.

En el caso de una recaída, este momento puede resultar especialmente difícil tanto para el paciente como para su entorno, dado que se tenía la expectativa de que la enfermedad ya estaba curada. Es común que el paciente experimente períodos de ira, negación y angustia más intensos incluso que en el momento del primer diagnóstico de cáncer, debido a que se enfrenta a una situación que se creía superada. En estas circunstancias, la intervención psicológica se centra en ayudar al paciente a alcanzar la aceptación de este nuevo proceso y a reducir los sentimientos de culpa o desesperanza ante la reaparición del cáncer. Es crucial que el psicólogo pueda guiar al paciente para que identifique sus fortalezas y recursos personales, de manera que pueda enfrentar nuevamente la enfermedad con mayor resiliencia. Además, se busca proporcionar apoyo emocional continuo y acompañamiento durante este período tan difícil, facilitando un espacio donde el paciente pueda expresar sus emociones y preocupaciones de manera segura y comprensiva.

En el análisis de este tercer objetivo se pudo vislumbrar la importancia de que el paciente cuente con un espacio terapéutico durante toda la enfermedad ya que se trata de un sujeto que se encuentra frente a un real insoportable y, por lo tanto, será tarea del psicólogo conocer de qué forma se posiciona frente al cáncer, cuáles son sus preocupaciones, angustias y miedos para poder encontrar juntos formas de atravesarlo de la mejor manera posible.

Finalmente, a través de estas prácticas, se pudo dar cuenta que la intervención del psicólogo frente al paciente con leucemia no consiste en devolverle su vida anterior, sino en ayudarlo a adaptarse a esta nueva realidad impuesta por el cáncer. En este proceso, el Psicoanálisis Breve puede ser útil para enfrentar los cambios emocionales y la desorganización que pueden surgir.

A su vez, se reflexionó que el paciente con cáncer es mucho más que una persona enferma: es un sujeto atravesado por su historia, sus deseos, su relación con la muerte y también con la vida. Es por ello, que la intervención con cada paciente será diferente, porque cada uno de ellos tendrá su manera única y particular de enfrentar una experiencia tan desestructurante como el cáncer. En un lugar donde abunda el enfoque médico y biologicista como es un hospital general, se pudo reconocer la importancia de proporcionar al sujeto enfermo un espacio para expresarse, para sentirse contenido y para que pueda poner en palabras todo aquello que lo atraviesa en este momento donde parece que no tiene control de sí mismo y de su cuerpo. Por lo mencionado anteriormente, se ha podido entender y valorar la relevancia del rol del psicólogo clínico en el abordaje del paciente con leucemia. A través de sus intervenciones, este profesional reconoce al sujeto enfermo como un portador de un cuerpo atravesado por una historia particular e intenta que el paciente pueda poner en palabras aquello que parece prohibido por el lenguaje pero que igual está ahí, sacudiendo cada parte de su vida.



## 10. REFERENCIAS

Ascencio Huertas, L. (2023). Actitudes y creencias ante la muerte en el contexto oncológico. En E. Daniel (Ed.), *ECOS Iberoamericanos de la Psicooncología* (pp. 255-273). Psicolibros.

Álvarez, O. C., Valdivieso, B., & Verónica, R. M. (2013). Psicooncología: Un modelo de intervención y apoyo psicosocial. *Revista Médica Clínica Las Condes* 24(4)  
[https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(13\)70207-4](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(13)70207-4)

American Cancer Society. (2012). Leucemia. American Cancer Society.  
<https://www.cancer.org/es/cancer/tipos/leucemia.html>

Baralle, C. (2017). *Mi propia voz: Cada voz, una puerta*. Lóbryco.

Barnechea García, M. M., & Morgan Tirado, M. de la L. (2010). La sistematización de experiencias: Producción de conocimientos desde y para la práctica. *Tendencias y Retos*, (15), 97-107.

Bellver Pérez, A., & Verdet Martínez, H. (2015). Adolescencia y cáncer. *Psicooncología*, 12(1), 141-156. [https://doi.org/10.5209/rev\\_PSIC.2015.v12.n1.48909](https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2015.v12.n1.48909)

Benito, E., & Mindegua, M. (2021). La presencia: el poder terapéutico de habitar el presente en la práctica clínica. *Psicooncología*, 18(2), 255-273.

Bleger, J. (1984). *Psicohigiene y psicología institucional*. Paidós.

Bild, R., & Gómez, I. (2008). *Acompañamiento creativo: Metodología para el cuidado del niño y adolescente con enfermedad terminal y su familia*. Generalitat Valenciana.



Carmona Berrios, E., & Bracho de López, C. E. (2008). La muerte, el duelo y el equipo de salud.

*Nombre de la revista*, 2(2), 14-23.

Daniel, E. (2020). *ECOS Iberoamericanos de la Psicooncología*. Psicolibro.

De la Fuente, M. (2023). El apoyo psicológico al paciente con cáncer: Qué es, cómo surge y cómo actúa la psicooncología.

Die Trill, M. (2023). Diferencias en el tratamiento psicoterapéutico de pacientes oncológicos y no oncológicos. En E. Daniel (Ed.), *ECOS Iberoamericanos de la Psicooncología* (pp. 125-145). Psicolibros. <https://www.areahumana.es/apoyo-psicologico-al-paciente-con-cancer/>

Dubourdieu, M. (2023). Psiconeuroinmunoendocrinología (PNIE) y psicoterapia integrativa en oncología. En E. Daniel (Ed.), *ECOS Iberoamericanos de la Psicooncología* (pp. 185-203). Psicolibros.

Dureaume, J. (2023). Reflexión personal de un médico paliativista. En E. Daniel (Ed.), *ECOS Iberoamericanos de la Psicooncología* (pp. 383-395). Psicolibros.

Fenichel, O. (2004). *Teoría psicoanalítica de la neurosis*. Paidós.

Fernández-Alcántara, M., García-Caro, M. P., Pérez-Marfil, M. N., & Cruz-Quintana, F. (2013). Experiencias y obstáculos de los psicólogos en el acompañamiento de los procesos de fin de vida. *Anales de Psicología*, 29(1), <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.1.139121>

Ferrari, H., G. de Notrica, S., Rucker, S., Araujo, F., Cambrero, M., Cifarelli, A., Fernández, L., Gewisgold, S., Ledesma, V., Lee, O., Melazzini, M., Ralli, M. E., Sesé, G., Verzero, M.,

Zac, H., & Zalzman, D. (s.f.). *Vigencia de la interconsulta*. <https://saludmental-jornadas.fmed.uba.ar/2019/xvi/7.1.pdf>

Farberman, D. (2010). *El psicólogo en el hospital pediátrico*. Paidón.

Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos. (2003). *Psicología Clínica y Psiquiatría*. *Papeles del Psicólogo*, 24(85), 1-23.

García Pesenti, A. (2022). *Cáncer e identidad: Mi enfermedad y yo*. Recuperado de <https://matchtrial.health/cancer-e-identidad-mi-enfermedad-y-yo/>

Galeano, E. (1989). *El libro de los abrazos*. Siglo XXI Editores.

Garzaniti, R., & Romero, P. M. (2018). Atención integral de la salud: La interdisciplina como herramienta fundamental. *Anuario Temas de Psicología: Universidad Nacional de La Plata*, 4.

Gatto, E. (2017). *“Pensar el cáncer: consideraciones sobre la psicooncología. Selección de conferencias”*. Letra Viva.

Grande, D. (2007). Las palabras como cuerpos. *Página 12*. Recuperado de <https://www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/rosario/21-11429-2007-12-06.html>

Guber, R. (2001). *La etnografía: Método, campo y reflexividad*. Siglo XXI.

González, L., Hernández Urbina, M., & Sánchez Gamboa, E. (2023). La importancia del duelo en el paciente oncológico. En E. Daniel (Ed.), *ECOS Iberoamericanos de la Psicooncología* (pp. 47-59). Psicolibros.

Holland, J. (2003). *La cara humana del cáncer*. Herder.

Hospital Córdoba. (2024). *División Salud Mental - Hospital Córdoba*.

<http://hospitalcordoba.com.ar/servicio/division-salud-mental>

National Cancer Institute. (2014). *Emotions and cancer*. <https://www.cancer.gov/about-cancer/coping/feelings>

Jara, O. (2013). *Orientaciones teórico prácticas para la sistematización de experiencias*.

Kübler-Ross, E. (1969). *Sobre la muerte y los moribundos*. Luciérnaga.

Kübler-Ross, E., & Kessler, D. (2006). *Sobre el duelo y el dolor*. Luciérnaga.

Lacan, J. (1949). *El estadio del espejo como formador de la función del yo tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica*. *Revista de Psicoanálisis*, 13(1), 3-29.

Lagache, D. (1982). *Psicología y métodos clínicos* (pp. 141-156). Paidós.

Längle, A. (2006). El burnout (desgaste profesional), sentido existencial y posibilidades de prevención. *Revista de Psicología de la Universidad Católica Argentina*, 2(3), 1-24.

León Perilla, V. M., & Vitale Torkomian Joaquim, R. H. (2020). Equipo multiprofesional y trabajo interdisciplinario en cuidados paliativos: Reflexiones sobre factores contextuales y profesionales que afectan la práctica de Terapia Ocupacional. *Revista Ocupación Humana*, 20(1), 64-81. <https://doi.org/10.25214/25907816.949>

Ley N° 7106 (1984). *Disposiciones para el ejercicio de la psicología*. (21 de septiembre de 1984). Boletín Oficial de la Provincia de Córdoba.

Ley N° 27.678. *Cuidados Paliativos*. (21 de julio de 2022). Boletín Oficial de la República Argentina.

López Fuentetaja, A. M., & Iriando Villaverde, O. (2019). Intervención psicológica en el ámbito hospitalario. *Clínica y Salud*, 10(1). <https://doi.org/10.5093/cc2019a2>

Matas Carbonell, M. (2021). *Efectos del uso de las TIC en el proceso de enseñanza-aprendizaje en educación primaria* (Tesis de grado, Universitat de les Illes Balears). [https://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/147878/Matas\\_Carbonell\\_Margarita.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/147878/Matas_Carbonell_Margarita.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Ministerio de Salud de la Nación. (s.f.). *Programa nacional de cuidados paliativos*. Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/salud>

Montaño Roso, M. X. (2021). Distracción en los hospitales, alivio para el paciente. *Pesquisa Javeriana*. Recuperado de <https://www.javeriana.edu.co/pesquisa/distraccion-en-los-hospitales-alivio-para-el-paciente/>

Mucci, M. (2014). *Psicoprofilaxis quirúrgica: Una práctica de convergencia interdisciplinaria*. Paidós.

National Cancer Institute. (2014). *Emotions and cancer*. <https://www.cancer.gov/about-cancer/coping/feelings>

National Cancer Institute (2023). *How Cancer Affects Your Self-Image and Sexuality*. <https://www.cancer.gov/about-cancer/coping/self-image>

O'Connor, N. (2007). *Déjalos ir con amor: La aceptación del duelo*. Trillas.

- Palacio González, C. (2020). *Guía de Psicología en Cuidados Paliativos*. Recuperado de <https://cuidadospaliativos.org/uploads/2020/12/Guia%20de%20psicologia%20en%20CP.pdf>
- Rojas Jara, C., & Gutiérrez Valdez, Y. (2013). *Psicooncología: Enfoques, avances e investigación*. Nueva Miranda Ediciones.
- Salgado, M. (2000). Servicio de Salud Mental del Hospital Córdoba. En *Historia del Hospital Córdoba, 50° Aniversario año 1950-2000* (pp. 250-254). Córdoba.
- Sims, S. (1988). The significance of touch in palliative care. *Palliative Medicine*, 2(1).  
<https://doi.org/10.1177/026921638800200>
- Sontag, S. (1978). *La enfermedad y sus metáforas*. Debolsillo.
- Sontag, S. (1988). *El sida y sus metáforas*. Debolsillo.
- Schavelzon, J. (2004). *Psicooncología: Principios teóricos y praxis para el siglo XXI*. Letra Viva.
- Toledo Cárdenas, M. (2023). Estrategias de intervención psicooncológica en el recorrido del cáncer: una narrativa desde el paciente, la familia y el equipo sanitario en épocas actuales. En E. Daniel (Ed.), *ECOS Iberoamericanos de la Psicooncología* (pp. 85-125). Psicolibros.
- Tripodoro, V. (2023). ¿Por qué necesitamos más poesía en cuidados paliativos? En E. Daniel (Ed.), *ECOS Iberoamericanos de la Psicooncología* (pp. 395-419). Psicolibros.

Uzorskis, B. (2002). *Clínica de la subjetividad en territorio médico*. Letra Viva.

