

Universidad Nacional de Rosario

Facultad de Psicología



Trabajo integrador final

Título: “Redes por redes. Una propuesta de intervención para la atención integral del paciente con cáncer”.

Modalidad de Presentación: Propuesta de intervención en el campo profesional. Autor: SCALA, Franco Jesús.

Legajo: S-5451/8.

Docente o graduado responsable: GHIONE, Silvia.

Año: 2021

Agradecimientos

A mis padres, Gabriela y Adrián, por su amor y apoyo incondicional.

A mis hermanos, Matías y Tomás, por estar siempre presentes.

A mis compañeras, amigas y amigos, por ser el empuje del día a día, por las risas y las anécdotas.

Y finalmente, a los docentes de la UNR, por acompañarme y ser parte de este camino. 1

Índice

Resumen 3 Palabras clave 3 Denominación del proyecto 4

Descripción y justificación de la propuesta 4 Consecuencias de la enfermedad 4 Redes sociales-vinculares 6 Grupos en cuestión 9

Descripción de la comunidad destinataria de la intervención 11 Objetivos General y Específicos 12 Determinación de las acciones que se proponen realizar, sus plazos tentativos 12 Recursos materiales y humanos necesarios 14 Evaluación general del proyecto 15 Referencias bibliográficas 17

1. Resumen

El cáncer es una enfermedad muy común, tanto así que es la segunda causa de muerte a nivel mundial. La fase más crítica de dicha enfermedad tiene lugar en el momento del tratamiento y esto se debe a que el imaginario social la relaciona directamente con el sufrimiento y la muerte.

Todas las etapas de la enfermedad tienen consecuencias físicas, psicológicas y sociales. Todas ellas impactan directamente en la calidad de vida de los individuos, alterando sus vidas y sus redes sociales-vinculares. Estas últimas están compuestas por todas las

relaciones significativas de una persona y resultan perjudicadas por el aislamiento social, el cual puede ser ocasionado por cuestiones sanitarias como las correspondientes a la pandemia de COVID-19 o como consecuencia directa del tratamiento del cáncer.

La presente propuesta de intervención tiene como objetivo formar nuevas redes sociales-vinculares para los pacientes oncológicos en situación de aislamiento mediante la utilización de plataformas virtuales.

Por medio de grupos de apoyo se busca que los individuos tengan un espacio para compartir sus sentimientos y pensamientos con personas que se encuentran en situaciones similares. Esta modalidad de trabajo en grupo mejora la calidad de vida de las personas que lo componen, puesto que generan apoyo emocional y social, disminuyendo el aislamiento y generando interacciones valiosas que contribuyen al bienestar individual y grupal-colectivo.

2. Palabras clave

Cáncer; redes sociales-vinculares; apoyo emocional; grupos de apoyo. 3

3. Denominación del proyecto

La modalidad de este trabajo final es la de una propuesta de intervención en el campo profesional y se denomina: "Redes por redes. Una propuesta de abordaje en la atención integral del paciente con cáncer". En ella se propone una forma de trabajo para abordar grupos de pacientes con cáncer de forma virtual, disponiendo de un espacio grupal que resulte terapéutico desde sus casas, apostando a la formación de nuevas redes sociales-vinculares.

La utilización de las plataformas virtuales permitirá reunir a una multiplicidad de personas a pesar de los distintos avatares que puedan presentarse, como pueden ser las

consecuencias del tratamiento, lejanía geográfica o restricciones sanitarias debido a la pandemia de COVID-19.

Esta propuesta de intervención toma como inspiración principal para su formulación la experiencia del autor en las Prácticas Profesionales Supervisadas, cuyo efector se trata de una ONG que trabaja con pacientes oncológicos y familiares en la ciudad de Rosario, Santa Fe, Argentina.

Debido a que las prácticas fueron realizadas de forma virtual y remota, puesto que tuvieron su desarrollo en el año 2020, el grupo de pacientes fue creciendo exponencialmente debido a que muchas otras personas de otras provincias y países decidieron formar parte.

Con la propuesta desarrollada a continuación se pretende aportar a dicha organización una forma de trabajo grupal pensada desde la atención integral al paciente con cáncer y desde la Ley de Salud Mental de Argentina.

La atención integral al paciente con cáncer es un modo de abordaje que no se encuentra desarrollado de forma explícita en la justificación de la propuesta, pero el autor considera que debe atravesar transversalmente a esta última. Dicha modalidad entra en consonancia con lo planteado por la Ley de Salud Mental, la cual entiende a la salud como un proceso que está determinado por una multiplicidad de aspectos, entre ellos los sociales. Esto coincide con la perspectiva de Cárdenas (2001), que considera que la atención debe realizarse temporalmente próxima al diagnóstico de la enfermedad, es decir, lo más temprano posible, para de esa forma acompañar tanto al paciente como a su familia durante todo el proceso, apuntando a mejorar la calidad de vida y apostando a la salud mental de los afectados.

4. Descripción y justificación de la propuesta

a) Consecuencias de la enfermedad

Es un evento común en la vida del ser humano la aparición de una determinada enfermedad e igualmente común es el avance de la ciencia para dar una respuesta a estas. Uno de los diagnósticos más recurrentes es la manifestación de cáncer (Forgiony-Santos, J. O., Bonilla-Cruz, N. J., Moncada-Grass, A. J., García Castañeda, A. J., Ardila Rey, K. F., & Castellanos López, O. F., 2019), el cual cobra mucha relevancia puesto que se ubica como la segunda causa de muerte a nivel mundial. En el 2020 se han registrado casi diez millones de fallecimientos a causa de dicha enfermedad (Organización Mundial de la Salud, 2021).

Según la Organización Mundial de la Salud el término “cáncer” designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte de un organismo. Una característica particular del cáncer es la rápida reproducción de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales, invadiendo partes adyacentes del cuerpo como otros órganos, este proceso se denomina “metástasis”. Siendo esta última la principal causa de muerte por cáncer (Organización Mundial de la Salud, 2021).

4

La investigación de Cruz (2013) explicita que la fase más crítica de la enfermedad cáncer es la del diagnóstico. El imaginario social que gira en torno al cáncer es un factor estresor de alto impacto que es asociado directamente con la muerte y el dolor, esto se ve alimentado con las consecuencias que conlleva el tratamiento. Es por esto que las intervenciones deben involucrar el plano psicológico, emocional, médico y social (Forgiony-Santos, J. O., Bonilla-Cruz, N. J., Moncada-Grass, A. J., García Castañeda, A. J., Ardila Rey, K. F., & Castellanos López, O. F., 2019).

La enfermedad del cáncer trae aparejadas una multiplicidad de consecuencias, ya sea por el diagnóstico, el tratamiento o el pronóstico de la enfermedad. Estas consecuencias son de naturaleza física, psicológica y social. Gracias a la investigación realizada por Ramos y Del Carmen (2020) podemos diferenciarlas.

Las consecuencias físicas pueden darse a partir de síntomas propios de la misma enfermedad como pueden ser la pérdida de peso, la pérdida de cabello, náuseas, debilidad física, cansancio, deterioro general de la persona, etc. Y otros síntomas correspondientes a la agresividad de los fármacos u otros métodos de tratamiento, como una cirugía (Ramos, Del Carmen, 2020).

Las consecuencias físicas también pueden clasificarse por períodos según el MD Anderson Cancer Center (2019). A corto plazo surgen alteraciones correspondientes al proceso médico, como las mencionadas en el párrafo anterior. A largo plazo siguen apareciendo consecuencias derivadas del tratamiento así como muchas otras que surgen pese a la finalización del mismo, como la esterilidad o pérdida de la memoria. La investigación agrega también que pueden aparecer síntomas “retardados”, que pueden darse meses o años después de acabado el tratamiento, por ejemplo, osteoporosis, insuficiencia cardíaca. También ubica a las recidivas del cáncer en esta categoría.

Otro tipo de consecuencias son las psicológicas. El impacto psicológico deja en situación de vulnerabilidad al sujeto que padece dicha enfermedad (Cruz, 2013). Es en la etapa de diagnóstico y tratamiento donde hay un mayor impacto a nivel psicológico en el sujeto, puesto que se trata de una enfermedad que inevitablemente se relaciona con la muerte (debido al imaginario social). Existen diferentes reacciones en el momento en que se recibe la noticia, una de ellas puede ser la negación, en cuanto a rechazar la veracidad del diagnóstico, sentimiento de indefensión, despersonalización, culpa, tristeza, sensación de irrealidad, evitación, en la cual se elude hablar de la enfermedad y todo lo que tenga que ver con ella, aislamiento, se evita el contacto con otras personas, ansiedad, depresión, trastornos del sueño y un largo etcétera. Estas consecuencias varían de acuerdo a las características de cada paciente y pueden repercutir en el afrontamiento personal del sujeto, así como en la respuesta emocional del paciente que impediría buscar ayuda, llegando a tener conductas que incrementan innecesariamente el dolor, físico y psicológico, provocado por la enfermedad (Ramos, Del Carmen, 2020).

No obstante, sería reduccionista abarcar únicamente los efectos que sufre el paciente, puesto que hay que tener en cuenta que el cáncer afecta también al entorno del sujeto. Carlos Sluzki (1996) comenta en su libro “La red social: frontera de la práctica sistémica” que la frontera de un individuo no se delimita por su propia piel, debemos incluir todo aquello con lo que el sujeto interactúa como su grupo familiar y entorno físico. Las fronteras del sistema significativo del individuo no se circunscriben a su núcleo familiar o familia ampliada, incluye aquellos otros vínculos interpersonales que el sujeto tiene, como amigos, compañeros de trabajo, comunidad, etc.

Esto resulta coherente con la definición de salud que nos brinda la Organización Mundial de la Salud (1948), puesto que esta última es entendida como el completo estado de bienestar físico, mental y social y no la mera ausencia de enfermedad. Pero para obtener una concepción de salud más completa, es necesario retomar el concepto de salud mental planteado en la Ley N° 26.657, de nuestro país, promulgada en el año 2013. Allí se reconoce a la salud mental como un “proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona” (p.12). A partir de estas consideraciones, la

enfermedad oncológica trasciende el aspecto somático y psicológico, volviéndose fundamental en la vivencia de la vida y la muerte el impacto que produce a nivel social. Para este último punto se deben contemplar también aspectos históricos, económicos y políticos.

Por lo tanto, considerando que el impacto de la enfermedad repercute en todo la trama social de un sujeto, pueden presentarse, por ejemplo, alteraciones en las relaciones de comprensión y cariño en los integrantes de una familia (Forgiony-Santos, J. O., Bonilla-Cruz, N. J., Moncada-Grass, A. J., García Castañeda, A. J., Ardila Rey, K. F., & Castellanos López, O. F., 2019).

En la pareja pueden aparecer problemas a nivel emocional, como angustia, tristeza, cansancio, resentimiento, etc. así como también problemáticas de índole sexual o económica, porque puede darse la pérdida de trabajo (Forgiony-Santos, J. O., Bonilla-Cruz, N. J., Moncada-Grass, A. J., García Castañeda, A. J., Ardila Rey, K. F., & Castellanos López, O. F., 2019).

Con respecto al plano social, la adaptación al cambio de la familia se pondrá a prueba. Esto va a depender de la capacidad de afrontamiento, edad de los miembros, condición económica, entre otros aspectos fundamentales para tolerar, por ejemplo, los cambios en la salud del integrante enfermo, el cambio de roles, inestabilidad en la pareja, imposibilidad de amar debido al estrés/depresión, etc. (Forgiony-Santos, J. O., Bonilla-Cruz, N. J., Moncada-Grass, A. J., García Castañeda, A. J., Ardila Rey, K. F., & Castellanos López, O. F., 2019).

b) Redes sociales-vinculares

Como fue mencionado anteriormente, la frontera de un individuo se extiende más allá de sí mismo y de su familia. Aquí toma mucha importancia el concepto de “red social” planteado por Sluzki (1996), esta puede ser definida como “la suma de todas las relaciones que un individuo percibe como significativas” (p. 42) o que percibe como diferente del resto anónimo de la sociedad. Esta red social-vincular corresponde al núcleo interpersonal del sujeto, y coadyuva a su reconocimiento como individuo y la formación de una imagen de sí.

La utilización del concepto de redes sociales puede resultar confuso al lector puesto que actualmente se relaciona el término “redes sociales” con plataformas como *Facebook*, *WhatsApp*, *Instagram* y demás. Por lo tanto, se utilizará la terminología “red social-vincular” en el presente escrito para lograr diferenciar ambas acepciones. Sin embargo, se hará referencia a la concepción moderna del término hacia el final del presente apartado, puesto que esas redes serán necesarias para el desarrollo del proyecto.

Se puede sistematizar el mapa de una red social-vincular de un sujeto en una serie de cuadrantes, que son: la familia, las amistades, las relaciones laborales/escolares, las relaciones comunitarias, aquellas correspondientes a servicios o de credo. Y podemos diferenciar tres áreas dentro de estos cuadrantes de relaciones, un círculo de relaciones íntimas, un círculo de relaciones personales con un grado de compromiso inferior que el primero y un círculo externo de conocidos, así como relaciones ocasionales (Sluzki, 1996).

Pero, ¿por qué resulta tan importante hablar de estas redes sociales-vinculares en pacientes con una enfermedad crónica como es el cáncer? Si bien algunas consecuencias ya fueron mencionadas con anterioridad, esta pregunta encuentra una respuesta más apropiada cuando se examinan las funciones que cumple dicha red (Sluzki, 1996).

Una de las primeras funciones, de las más importantes y necesarias, es el apoyo emocional. Podemos entender a este como aquellos intercambios que catalogan a una actitud emocional como positiva, generan un buen clima de comprensión, simpatía, empatía y soporte. Es la presencia de resonancia emocional y buena voluntad de un otro participante de la red. Esta función es característica de las amistades más cercanas y/o del grupo familiar, pero no quiere decir que los otros cuadrantes de la red no puedan desempeñar dicha función (Sluzki, 1996).

La red social-vincular también puede funcionar como guía cognitiva y fuente de consejos. Consiste en interacciones que apuntan a compartir información personal o social.

Esta función se puede diferenciar de aquella en las cuales las interacciones se ponen en juego para recordar y reafirmar responsabilidades dentro de la red social-vincular, a esto se lo designa como regulación social. Estas también neutralizan aquellos comportamientos que se desvían de las expectativas sociales. Por lo tanto, se trata de interacciones que favorecen la resolución de conflictos (Sluzki, 1996).

El mismo autor también detalla una función muy importante como es la de ayuda material o servicios, que consiste específicamente en ayuda física o colaboración a partir del conocimiento de un experto, esto incluye a los servicios de salud (Sluzki, 1996). Si esta función la pensamos en el contexto actual de pandemia podemos pensar que la misma resulta alterada, al menos si pensamos exclusivamente en los servicios de salud, puesto que en los tiempos que corren los hospitales/sanatorios son espacios peligrosos y saturados de trabajo, y por lo tanto, el personal de la salud no puede desempeñar su labor como lo hacía anteriormente.

Por último, el acceso a nuevos contactos. Lo podemos entender como una puerta que conecta a otras personas y redes sociales-vinculares que hasta el momento no eran parte de la red del sujeto (Sluzki, 1996). Esta función aparece como fundamental si la pensamos en el contexto actual o en aquellos casos en los que la familia o amigos no representan apoyo para ese individuo. En este caso, podemos sacar provecho de las otras redes sociales, las virtuales, ya que permiten conectar a las personas a pesar de la distancia física entre ellas.

Se designa a una red social-vincular como estable, sensible, activa y confiable cuando protege al sujeto de las enfermedades y desempeña un papel de ayuda. La red provee retroalimentación cotidiana acerca de posibles desviaciones en la salud y puede dirigir a comportamientos que neutralicen la desviación de esta, como puede ser recurrir a un centro de salud cuando hay algún miembro afectado. Tiene la capacidad de actuar a modo de una alarma ante el deterioro en la salud de una persona y favorece actividades que se relacionan íntimamente con la sobrevenida como pueden ser ejercicios, dietas, etc. La presencia de una enfermedad como el cáncer deteriora la calidad de interacción social de un individuo, produciendo consecuencias en el tiempo como la reducción de su red social-vincular, así como su accesibilidad a esas redes puesto que deteriora la capacidad del individuo de desplazarse físicamente (Sluzki, 1996).

Sluzki (1996), señala que existe una correlación entre la calidad de la red social-vincular y la calidad de la salud. También señala en su libro que existe evidencia de estudios clínicos y experimentales sobre los efectos, tanto fisiológicos como psicológicos, beneficiosos del contacto social. La presencia empática de otras personas reduce el impacto de estrés de situaciones difíciles para un individuo.

Esto se pone de relieve en el estudio de David Spiegel (1989) sobre enfermedades crónicas y apoyo interpersonal. Este trabajo aborda los efectos de grupos de terapia de apoyo con pacientes con cáncer de mama metastásico. Una de las premisas que guiaron la actividad fue el establecimiento de relaciones de apoyo recíproco entre los miembros de un grupo, esto para neutralizar una consecuencia particular derivada del tratamiento de la enfermedad en la red social-vincular del sujeto, la del aislamiento social. El resultado de dicha investigación fue que el grupo terapéutico actúa como facilitador en la generación de una red adicional. Red en la cual prevalece la empatía por los problemas en común entre los participantes, de esta forma se normaliza la reacción emocional a la enfermedad y se deconstruye la idea de muerte a través de la experiencia en común. Los participantes del grupo evidencian niveles más bajos de ansiedad y de depresión así como una reducción del dolor físico (Sluzki, 1996).

No obstante, puede haber situaciones en las que la red social-vincular no funcione de forma óptima y repercuta sobre la salud de un individuo. Sluzki (1996) señala que las

relaciones sociales proveen de sentido a la vida de los seres humanos. De esto deriva la experiencia de “estar ahí para alguien” lo cual otorga sentido y favorece las prácticas de cuidados de salud. En otras palabras, incita a seguir viviendo, señala el autor. El apoyo de la red social-vincular y el apoyo recibido por la entidad de salud garantiza una mayor sensación de apoyo social, beneficiando al estado de bienestar y calidad de vida

7

(Forgiony-Santos, J. O., Bonilla-Cruz, N. J., Moncada-Grass, A. J., García Castañeda, A. J., Ardila Rey, K. F., & Castellanos López, O. F., 2019).

A pesar de esto, la presencia de enfermedad, particularmente una de tipo crónico como es el cáncer, va a tender a afectar a la red social-vincular en todos sus cuadrantes, especialmente a los niveles exteriores de esta. El autor señala que las enfermedades resultan aversivas a las relaciones sociales y pueden generar conductas evitativas. Relata que aquellos que han padecido cáncer a menudo comentan que sus amigos y conocidos se distancian físicamente en cuanto se enteran del diagnóstico. Esto retroalimenta el ya mencionado aislamiento social, puesto que el sujeto queda ubicado en una suerte de “burbuja”. De esta forma, aparece una mayor resistencia al acercamiento por parte de la red social-vincular (Sluzki, 1996).

En el contexto de los años 2020 y 2021, la pandemia provocó que se tome como medida de salud un aislamiento preventivo (en un primer momento obligatorio) en Argentina, esto implicó un distanciamiento físico con aquellas personas con las cuales no se compartía hogar. A pesar de que estos vínculos sean parte del estrato más íntimo de la red social-vincular de una determinada persona, si estas vivían en otra residencia los encuentros no podían desarrollarse. Sin embargo, esto no es nuevo para los pacientes con cáncer, puesto que la enfermedad y el tratamiento, como se nombró antes, tienen una variedad de consecuencias, una de ellas es la limitación en la movilidad del sujeto. Esto, al igual que la situación mundial actual, reduce la oportunidad de contactos sociales, y por ende, la iniciativa de activación de la red.

Cabe resaltar que en las redes hay contactos sociales que se mantienen únicamente por presencia, esto quiere decir que no hay una iniciativa individual por parte de los miembros de la red para activar o mantener los vínculos, como puede ser el caso de una amistad por ejemplo. No se da un hábito o ritual, como una llamada, un mensaje a un compañero de trabajo, de escuela o facultad que permita el desarrollo de la interacción social, puesto que esta se daba a partir de concurrir coincidentemente a un lugar habitual (Sluzki, 1996).

Circunscribiendo el desarrollo particularmente a aquella persona afectada por la enfermedad, esta se encuentra limitada en su posibilidad de generar comportamientos de reciprocidad en una relación social, en otras palabras, no puede poner en juego conductas equivalentes a las que tienen las personas que cuidan de ella. Sluzki (1996), señala que las conductas de cuidados a personas con enfermedades crónicas suelen ser poco gratificantes, y tienen la particularidad de producir la sensación de ser poco efectivas, puesto que el paciente no mejora con rapidez. La sensación de desaliento o de que el esfuerzo es en vano a menudo se propaga hasta los profesionales que atienden al paciente.

Los comportamientos de cuidados que se dan a raíz de una enfermedad crónica tienden a agotar a los miembros de la red social-vincular, produciendo un efecto de *burn-out*, entendiendo a éste como agotamiento mental, emocional y físico, consecuencia de exigencias agobiantes o estrés crónico (Saborío Morales, Hidalgo Murillo, 2015). Este agotamiento resulta en una posible desconexión de la red (Sluzki, 1996).

Lo mismo es señalado en la investigación de Forgiony-Santos y su equipo (2019), aquellos que más resultan afectados son los que desempeñan el rol de cuidadores. Debido a los altos niveles de estrés puede desarrollar sentimientos de irritabilidad, apatía y tristeza, así como impotencia, tristeza y dolor emocional.

Consecuentemente a lo desarrollado, se puede objetar que la enfermedad erosiona

la red social-vincular habitual, y a su vez, cuando una red resulta insuficiente, impacta negativamente en la salud del sujeto (Sluzki, 1996). Sin embargo, puede darse lugar a la generación de nuevas redes, las que corresponden a los servicios de salud, por ejemplo. Estas nuevas redes resultan importantes por su capacidad de apoyo instrumental y emocional. Empero, hoy en día los hospitales y sanatorios se encuentran afectados por los contagios por Covid-19, el personal sanitario no puede desempeñar sus funciones de la misma forma en que lo hacía antes, tal y como señalaba anteriormente.

A partir de esto, resulta evidente la necesidad de algún tipo de intervención que responda eficientemente a la afectación de los pacientes oncológicos y de sus

8

familiares/cuidadores (Forgiony-Santos, J. O., Bonilla-Cruz, N. J., Moncada-Grass, A. J., García Castañeda, A. J., Ardila Rey, K. F., & Castellanos López, O. F., 2019) y también que sea coherente con la situación actual de pandemia-aislamiento.

Forgiony-Santos y su equipo (2019) plantean que se deben proponer planes de intervención que no desconozcan las variables demográficas y clínicas. Estos deben apuntar al aumento del apoyo social y al desarrollo de estrategias de afrontamiento. Los autores plantean que cuando se utilizan estrategias evitativas hay mayores probabilidades de un aumento del malestar a nivel psicológico.

Asimismo se pone en relieve la importancia del abordaje sobre estas redes de apoyo puesto que se relacionan con un buen proceso, por parte del paciente, de búsqueda de ayuda y/o soluciones. El aislamiento, que como ya se ha visto puede darse por múltiples razones, conduce a una sensación de vacío y reduce el apoyo emocional que la red puede ofrecer (Forgiony-Santos, J. O., Bonilla-Cruz, N. J., Moncada-Grass, A. J., García Castañeda, A. J., Ardila Rey, K. F., & Castellanos López, O. F., 2019).

c) Grupos en cuestión

Según María Die-Trill (2007) se puede evidenciar científica y clínicamente la eficacia de los tratamientos psicológicos grupales a pacientes con cáncer. Un profesional cualificado para dirigir un grupo puede brindar contención, guías para la utilización de recursos personales en el afrontamiento de la enfermedad y facilitar la expresión de afectos y el establecimiento de las relaciones interpersonales entre los pacientes.

La modalidad de terapia grupal cuenta con ciertas ventajas y puede promover una mejoría en el bienestar psicológico del paciente. Por ejemplo la catarsis, la cual se da principalmente en las etapas iniciales, entendiendo esta como la acción de liberar sentimientos intensos. También una ventaja que tiene lugar es el aprendizaje, puesto que los grupos son fuente de aprendizaje de tipo vicario, una persona puede aprender de su exposición a diferentes roles y explorar nuevas personalidades y maneras de superar obstáculos y problemas. El grupo se convierte en una especie de laboratorio de aprendizaje intra e interpersonal (Die-trill, 2007).

Partiendo de la lectura del libro de Payás (2007) y de la experiencia de Spiegel (1989) nombrada anteriormente, es posible pensar en una posible intervención a partir de la formación de grupos de apoyo. Este tipo de grupos están conformados por personas que están atravesando situaciones similares y enfrentando las mismas consecuencias, en este caso, de la enfermedad cáncer.

Estos grupos se encuentran de forma regular para compartir sus vivencias y poder intercambiar recursos o información, con el objetivo de aliviar el sufrimiento y contar con diferentes herramientas para adaptarse o afrontar situaciones difíciles. El aspecto más relevante es que se construyen vínculos de amistad, se comparten sentimientos profundos y dolorosos, y juntos resignifican sus vivencias, brindando apoyo entre sí. Todas estas características hacen de los grupos de apoyo una apuesta fuerte para reducir el aislamiento de los pacientes y aumentar su autoestima y autonomía, recuperando el sentido y control de

sus vidas (Payás, 2007).

Estos grupos ofrecen un espacio donde cada persona puede expresar sus sentimientos sin correr riesgo de que la intensidad de estos sea juzgada, dándose un entorno de apoyo emocional. Expresar cogniciones, creencias, sentimientos que, a pesar de ser coherentes por la situación que están atravesando, se viven como algo inadecuado. El ejercicio de compartirlas con el grupo genera resultados beneficiosos, como puede ser entender que la sintomatología y aquello que siente es completamente válido y que no es negativo o contraproducente experimentarlo. También puede entender que no se está volviendo loco por un pensamiento en particular (Payás, 2007).

Las personas no sólo obtienen apoyo emocional, sino también apoyo social, el cual es un factor fundamental para la salud física y psíquica, consiste en la percepción o

9

experiencia de sentirse amado, cuidado, estimado y valorado. Una persona que cuenta con buen apoyo social es capaz de tolerar las situaciones de estrés de forma más óptima. Para muchos de los pacientes, el grupo se convierte en el único lugar donde se sienten habilitados para expresar dichas manifestaciones. Esto pone en juego identificaciones con los demás miembros del grupo, se sienten validados, aliviados y con mejor autoestima, gracias a que aumenta la vinculación entre ellos y el sentido de cohesión (Payás, 2007).

Este tipo de grupos también desempeñan un rol educativo para sus miembros. Como puede ser, por ejemplo, que el duelo es un proceso y requiere de tiempo, que no son responsables de lo ocurrido. También hay intercambio de información, consejos sobre el tratamiento, estrategias de ayuda, recursos específicos acerca del acompañamiento de pareja e hijos, ideas sobre cómo afrontar momentos difíciles, invitaciones a eventos (en el caso de que puedan concurrir), entre muchas otras. Dichos grupos de apoyo también servirían para familiares que estén atravesando un proceso de duelo, la forma de operar del grupo los llevará a compartir sus experiencias y sentimientos, generando un espacio de apoyo social y bienestar emocional, al igual que en los grupos de los pacientes afectados directamente por la enfermedad (Payás, 2007).

Al momento de pensar una intervención o programa de apoyo se debe contar con algún procedimiento, como una entrevista previa, para identificar las diferentes situaciones de los individuos, esto para evitar por ejemplo, poner en un mismo grupo a alguien con un pronóstico muy negativo y alguien que es recién diagnosticado. En Payás (2007), Puigarnau y Girona, también consideran que este tipo de intervenciones deberían ser un elemento esencial en cuidados paliativos.

María Die-Trill (2007) describe en su escrito diferentes tipos de grupos, el grupo denominado "grupo de duración limitada" es aquel que resulta más pertinente para la presente propuesta de intervención. Estos consisten en reuniones semanales durante 8-16 semanas, con una duración aproximada de dos horas por sesión. Esta modalidad grupal cuenta con la versatilidad de poder ser planteada de forma completamente desestructurada, con temas puntuales a tratar o de manera mixta.

Inicialmente, y una cuestión a considerar será la composición del grupo, puesto que la interacción de los participantes será un factor determinante. Esto puede involucrar factores sociológicos o de personalidad, sin embargo, un aspecto muy importante es tener en cuenta el diagnóstico o momento de la enfermedad que un determinado paciente está atravesando. Este aspecto puede controlarse mejor en grupos de corta duración como el retomado, puesto que si se tratase de grupos de larga duración no es posible asegurar la curación o la progresión positiva de la enfermedad. La autora comenta que muchos pacientes, como aquellos con recidivas, pueden preferir formar parte de grupos con miembros en situaciones similares. (Die-trill, 2007).

En relación a esto último, Die-trill (2007) sugiere describir de forma clara los

objetivos del grupo para aliviar ansiedades y tener ideas realistas acerca de lo que va a tener lugar en las sesiones. Esto resulta importante porque puede haber pacientes que no quieran participar por vergüenza, por temor a sentirse sobrecargados por lo que comparten otros participantes, temor a contagiarse de emociones negativas de otros, etc.

La función del psicólogo es la de evitar que aquello que se comparte en la sesión gire en torno a la información médica acerca de su enfermedad, de su tratamiento, y poder conducirlos al planteamiento de cuestiones emocionales personales. No debe guiar de manera directiva a dicho grupo, la tarea del profesional será más eficaz cuando logre involucrar a los miembros del grupo, de manera que ellos tengan las riendas. El planteo de preguntas abiertas al grupo en general o a uno de sus miembros, relacionar lo que comparte un participante con algo que ya sido expresado por otro, puede ser de ayuda para que el grupo tome el control, “en el seno de una enfermedad que puede resultarles incontrolable” (Die-trill, 2007, p. 410).

El tipo de grupo retomado promueve el compromiso de acudir a las sesiones puesto que no son excesivamente prolongadas en el tiempo, facilitando la cohesión grupal entre sesiones. La autora señala que puede resultar de utilidad la participación de algún

10

profesional médico, enfermero o nutricionista, porque pueden aclarar cuestiones médicas generales sobre las cuales puede presentarse alguna inquietud (Die-trill, 2007). En resumen, teniendo en cuenta lo desarrollado hasta el momento, se puede decir que estos grupos apuntan a mejorar la calidad de vida de las personas, resaltando el apoyo social, el apoyo emocional y el aumento del bienestar, aumenta el sentimiento de utilidad por parte del grupo así como de colectividad, puesto que el relatar su experiencia resulta en ayuda para sí y para los demás participantes (Payás, 2007).

Por último, se debe mencionar un aspecto fundamental para el planteo de esta propuesta de intervención, y es que estos grupos de apoyo deberán poder desplegarse de forma virtual. En los últimos años, las ventajas en conectividad que ofrecen las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TICs) y las plataformas de redes sociales son cada vez mayores. Esto resulta de mucho valor debido a que posibilita la conexión de dos o más personas sin importar la distancia a la que estén. Por lo tanto, dichas plataformas pueden ser de mucha ayuda para llevar el trabajo en grupo a aquellos pacientes que debido a su estado físico no pueden reunirse de forma presencial. Es posible conectarse con otras personas que estén atravesando la enfermedad independientemente de la ciudad, provincia o país en el que se encuentren y, considerando el contexto 2020-21, la imposibilidad de reunirse físicamente debido a los peligros que esto conlleva (Espinoza, Baños, García-Palacios, Botella, 2013).

Las redes sociales se tornan, de esta forma, en una herramienta necesaria y pertinente para poder trabajar con la red social-vincular de un paciente oncológico.

5. Descripción de la comunidad destinataria de la intervención

La comunidad destinataria de la presente propuesta de intervención son los miembros de una ONG con sede en la ciudad de Rosario, Santa Fe, Argentina. En sus comienzos, esta agrupación consistía de encuentros irregulares entre amigas/conocidas que se reunían con el fin de compartir sus vivencias y emociones. Con el paso del tiempo, el grupo se fue ampliando y formalizando, hasta llegar a lo que es hoy. La organización cuenta con un gran número de integrantes de diferentes partes del país y de otros países de América Latina (hispanohablantes), más de cuatro talleres con diferentes actividades que persiguen diversos objetivos, una multiplicidad de profesionales de diferentes disciplinas que colaboran con la difusión y transmisión de información pertinente para las personas del grupo y la sociedad.

Las integrantes de dicha organización son, en su mayoría, mujeres mayores de 40

años. El grupo está formado por personas recién diagnosticadas, pacientes en tratamiento contra el cáncer, personas que ya lo han atravesado, familiares de pacientes oncológicos o que han sufrido la enfermedad y voluntarios, que por motivaciones personales desean formar y acompañar al grupo. Estos últimos no tienen un papel protagónico en el grupo.

Como se hizo mención anteriormente, los talleres de dicha organización consisten en diversas actividades con objetivos múltiples, como talleres de relajación, escritura y lectura, entre otros.

La presente propuesta de intervención resulta pertinente a estas actividades puesto que uno de los talleres enseña a los participantes a usar las nuevas tecnologías, como usar *WhatsApp*, *Facebook*, hacer una videollamada por *Google Meet*, enviar fotos, así como funciones básicas de sus teléfonos celulares. Por lo tanto, no saber usar dispositivos o plataformas virtuales no representaría un obstáculo para el desarrollo de la actual propuesta.

11

6. Objetivos General y Específicos

General:

- Formar nuevas redes sociales-vinculares de pacientes con cáncer a través de plataformas que internet nos ofrece.

Específicos:

- Atenuar el impacto del aislamiento sobre las redes sociales-vinculares de pacientes con cáncer.
- Proponer la desconexión de aquellas redes sociales-vinculares que resulten contraproducentes para la salud del paciente.
- Mejorar la calidad de vida de los pacientes generando apoyo emocional y social entre los participantes del grupo.
- Fortalecer las redes sociales-vinculares de pacientes con cáncer a través de plataformas que internet ofrece.

7. Determinación de las acciones que se proponen realizar, sus plazos tentativos

A partir de lo desarrollado en el apartado de la justificación del presente escrito, las acciones a realizar reflejan lo recopilado de los distintos autores, en consonancia a la propia experiencia durante las Prácticas Profesionales Supervisadas.

Utilizando el escrito de Die-trill (2007) como base, se tendrá una entrevista previa, de tipo semi-dirigida, con cada uno de los participantes. Se preguntará por su nombre, edad, grupo familiar y se intentará obtener información acerca del diagnóstico de la enfermedad, así como de su pronóstico. Se estimará un lapso de aproximadamente un mes para estas entrevistas, puesto que la organización cuenta con aproximadamente trescientos

integrantes.

Este primer momento permitirá no sólo saber cuántas personas están dispuestas a participar en los grupos de apoyo sino también organizar los grupos en base a la situación de cada paciente, tal y como recomienda la autora Die-trill (2007). De esta forma, se crearán al menos seis grupos que agruparán:

- personas con un diagnóstico reciente,
- personas que están actualmente transitando el tratamiento,
- personas con un diagnóstico crítico,
- personas que manifiesten recidivas de la enfermedad,
- familiares de pacientes; y por último,
- familiares o seres queridos en proceso de duelo.

La división entre familiares y pacientes que manifiestan la enfermedad se da por las mismas razones que la división por diagnóstico (Die-Trill, 2007).

Los grupos se reunirán quincenalmente durante cuatro meses, habrá un número limitado de sesiones y estas tendrán una duración de dos horas. Por lo tanto, se tratará de un grupo de duración limitada como el descrito por Die-Trill (2007), la misma señala que esta cantidad de meses no es excesiva y, por lo tanto, resulta beneficiosa para la cohesión grupal. Por otro lado, Yalom y Vinograd (1996) consideran que la duración de cada sesión debe ser de entre sesenta y ciento veinte minutos. Son necesarios al menos veinte minutos para realizar el caldeamiento del grupo y sesenta para abordar los temas más importantes en una sesión. Alrededor de las dos horas se puede notar un decrecimiento en el rendimiento del grupo, este comienza a fatigarse y se vuelve repetitivo. Los autores

12

consideran que una modalidad semanal o quincenal se adapta muy bien a los grupos de apoyo.

Se puede evaluar la posibilidad de realizarlo nuevamente en el año, pero dependerá de la recepción del proyecto. Es importante tener en cuenta que uno de los objetivos que se persigue con la propuesta de intervención es el de generar nuevas redes sociales-vinculares para los pacientes, por ende, lograr que el grupo o al menos algunos integrantes continúen reuniéndose (quizás de forma presencial en un futuro) por decisión propia, sería un reflejo claro de que el objetivo se ha cumplido.

El horario será pactado por el terapeuta y la mayoría de los miembros, en caso de que alguno de los integrantes tenga inconvenientes de conectarse en el horario acordado, podrá unirse a otro grupo. Sin embargo, esto deberá ser aclarado desde un principio para evitar los cambios rotundos en los grupos. El terapeuta deberá tener en cuenta que los participantes pueden vivir en otros países, por esto mismo la cuestión horaria es un factor muy importante a tener en cuenta.

Por ende, el grupo se trata de un grupo cerrado, puesto que cuenta con un número predeterminado de sesiones, tiene una cantidad fija de miembros y no acepta nuevos miembros, es decir, cierra sus puertas a partir de la primera sesión (Yalom, Vinograd, 1996).

Los grupos estarán integrados entre 8 y 10 personas, siguiendo el modelo de grupo retomado, sin contar al psicólogo, al profesional de otra disciplina, ni al auxiliar en caso de que lo haya. Yalom y Vinograd (1996), consideran que el tamaño ideal de un grupo es de alrededor de ocho personas. Esto porque si el número es reducido no se producirá el número de interacciones interpersonales necesarias, no se contará con muchos puntos de vista, los pacientes tenderán a interactuar individualmente con el terapeuta. Si el grupo es excesivamente grande se darán interacciones fructíferas pero muchos miembros quedarán excluidos. Un tamaño óptimo para este tipo de grupos es como mínimo cinco y como máximo doce participantes. La cantidad de miembros por grupo se debe tener en cuenta también para evitar la saturación de la plataforma virtual y que todos los miembros del grupo puedan participar de la forma más óptima posible.

Con respecto a esto último, recordar que es un factor excluyente que los participantes dispongan de un dispositivo electrónico que pueda realizar videollamadas, así como de conexión a internet. A pesar de esto, deberemos tener en cuenta que las conexiones virtuales así como los dispositivos pueden fallar inesperadamente, es por esto que los profesionales y pacientes deberán entenderlo como una variable que puede ser recurrente en las sesiones.

En cuanto a las acciones a realizar, no se pretende cumplir con un programa específico de tareas a lo largo de las sesiones, sino apuntar al cumplimiento de los objetivos propuestos. Por lo tanto, se tratará de proceder de forma desestructurada, trabajando y partiendo de las problemáticas o temáticas que los miembros del grupo pongan en juego

En general pueden mencionarse tres tipos de sesiones o etapas que el grupo atravesará. En las primeras sesiones encontramos la etapa inicial, en la cual se establece el encuadre y se explica la modalidad de trabajo, como el número de sesiones, duración, etc. Se presentan las reglas y objetivos de la intervención, esto para aliviar las ansiedades y para que tengan ideas realistas acerca de lo que tendrá lugar en las sesiones. Así como la presentación de cada participante. Esta etapa resulta fundamental para generar un espacio de confianza y contención, es decir, las condiciones esenciales para que se despliegue la dinámica grupal.

En las sesiones intermedias se pondrá en juego la dimensión específica de “apoyo” de dichos grupos, esto porque cada integrante hipotéticamente compartirá sus vivencias, sus miedos, sus anhelos, sus obstáculos, y los demás integrantes del grupo posiblemente resonarán con su relato, ofrecerán información o aportarán puntos de vista diferentes a un determinado problema, generando un *feedback* que enriquecerá al grupo y su cohesión. También se podrá hacer sugerencias en cuanto a la desconexión o fortalecimiento de ciertas redes sociales-vinculares de las que ya forma parte un determinado miembro. Esto es un objetivo a tener específico a tener en cuenta puesto que, como señala Sluzki (1996),

13

existe una correlación entre la calidad de la red social-vincular y la calidad de salud, puesto que esta red desempeña un papel de protección y ayuda al individuo que la compone. En la sesión-etapa final, se pueden poner en manifiesto los logros alcanzados o pedirle a cada integrante que haga un comentario sobre su paso por la experiencia de haber formado parte del grupo. Si ha habido un buen clima grupal a lo largo de las sesiones se puede comentar a modo de recordatorio el objetivo principal de la intervención, es decir, que pueden recurrir a los participantes del grupo, por ejemplo con aquellos con los que más sientan confianza por ejemplo, para pedir ayuda o compartir un momento de ocio. En el caso de no haber logrado esto, señalar que la persona puede recurrir a redes sociales-vinculares ya existentes en el caso que sea oportuno.

En esta etapa final también es importante averiguar cómo evalúan la experiencia, si les fue útil o enriquecedora, y si volverían a formar parte de los grupos otra vez. Esto nos resultará fundamental para saber cómo fue la recepción de la propuesta y si es conveniente y coherente volver a realizarla.

Para complementar esta última etapa, se enviará a todos los miembros del grupo una Escala de Evaluación del Funcionamiento Grupal (EFG-25) (Zuckerfeld, 2018), a través de un formulario virtual que se enviará automáticamente una vez completado. Esto será de utilidad para tener una valoración más clara de la relación con otros integrantes del grupo, mediante la utilización de cinco valores: nada, algo, bastante, mucho, muchísimo.

El siguiente cuadro de doble entrada refleja un cronograma con los plazos tentativos de la propuesta, basado en lo desarrollado hasta el momento. En amarillo es señalado el momento de las entrevistas. En rojo, el primer encuentro y etapa inicial del grupo. En verde las sesiones intermedias. Y por último en azul, la etapa final, el cierre del grupo de apoyo. Esto da como resultado un total de cinco meses de trabajo, dando lugar a un posible

desarrollo de la misma propuesta en la segunda mitad del año si resultase pertinente (los meses de la tabla fueron escogidos a modo de ejemplo):

	Entrevistas	1° sesión	2° sesión	3° sesión	4° sesión	5° sesión	6° sesión	7° sesión	8° sesión
Enero									
Febrero									
Marzo									
Abril									
Mayo									

8. Recursos materiales y humanos necesarios

Los recursos materiales que se requerirán para la presente propuesta de intervención corresponden a celular, *tablet* o computadora, lo suficientemente modernos para ejecutar las diferentes plataformas de videollamadas que puedan utilizarse. Así como una buena conexión a internet, puesto que es fundamental para que el audio y la imagen se reproduzcan correctamente.

Que cada persona cuente con estos recursos resulta fundamental y excluyente para el despliegue de la propuesta de intervención, puesto que es el único recurso al que se puede recurrir actualmente para comunicarse de forma audiovisual a la distancia.

En cuanto a los recursos humanos, principalmente se necesitará de varios psicólogos voluntarios para dirigir los grupos, al menos 10, debido al gran número de miembros de la organización (teniendo en cuenta también que cada taller tiene aproximadamente entre 70 y 90 miembros). Dichos profesionales deben estar formados en

14

terapia grupal de algún tipo, para poder dirigir la sesión y ser sensibles a las problemáticas que se presenten en esta.

A estos recursos humanos se pueden adicionar profesionales de otras áreas que deseen participar de los grupos junto a los pacientes, ya sea médicos o enfermeros. Estas figuras están muy presentes en la vida de todas las personas pero especialmente en aquellas en tratamiento contra el cáncer y durante la sesión con el grupo, como pude ver en mi experiencia, pueden surgir dudas con respecto a cuestiones de índole médica.

Sería también interesante contar con un auxiliar y que su tarea sea complementar el trabajo que realiza el psicólogo, el de dirigir la sesión grupal, y señale aquellos aspectos que puedan estar escapándose a la mirada del coordinador. La importancia de este aspecto se deriva de la experiencia en las Prácticas Profesionales Supervisadas. Este auxiliar puede

tratarse de otro psicólogo, estudiantes avanzados de psicología, acompañantes terapéuticos, etc.

Los profesionales deberán apuntar a trabajar de forma conjunta e interdisciplinariamente. Esto quiere decir que para poder abordar al sujeto en su complejidad es necesaria la formación de un equipo multidisciplinario, es decir, diversas disciplinas trabajando en conjunto en pos de brindar una mejor y mayor calidad de atención al paciente. La conformación de este equipo de trabajo incluye el desafío de escuchar a distintos profesionales, respetando su decir y posibilitando una dialéctica que tenga como prioridad la atención, acompañamiento y contención del paciente y su familia.

La participación de distintos profesionales le brinda al paciente la tranquilizante percepción de sentirse cuidado ya que no es atendido solo por un especialista sino que hay todo un equipo de profesionales preocupados por su bienestar.

El equipo multidisciplinario debe aspirar a la interdisciplina, que para alcanzarla se requiere de esfuerzo y trabajo. Es decir que la interdisciplina no es un punto de partida, sino que se construye. Requiere de la intencionalidad, apertura, colaboración y competencia comunicacional de los diversos profesionales que conforman el equipo. Nunca puede estar apoyada por coacciones o imposiciones. Según Delgado (2009), se trata de un proceso y una filosofía de trabajo, que se pone en marcha al momento de enfrentarse con problemas que preocupan en cada sociedad. La interdisciplina posibilitará el entrecruzamiento de los distintos campos del saber, generando un intercambio dialéctico que los enriquecerá recíprocamente.

9. Evaluación general del proyecto

Las diferentes instancias evaluativas en un proceso son una herramienta necesaria e imprescindible para elaborar estrategias que hagan posible el despliegue de una propuesta de intervención como la que se pretende llevar a cabo. A su vez, es un posicionamiento ético que nos permite considerar nuestras propias intervenciones en un entramado grupal.

Para ello se mencionarán a continuación al menos tres instancias a tener en cuenta a la hora de poner en marcha la propuesta. Todas ellas serán fundamentales para la toma de decisiones una vez puesto en marcha el proyecto. Se trata de un proceso recursivo, una reflexión activa acerca de la labor que desempeña cada profesional y cómo la experiencia lo atraviesa personalmente.

Una de estas es el área de supervisión. Die-Trill (2007) sugiere que si el profesional encargado de dirigir la sesión carece de experiencia grupal suficiente, es conveniente que pueda acceder a un espacio de supervisión para explorar sus fantasías sobre las sesiones grupales; prejuicios así como expectativas del trabajo con pacientes oncológicos; contratransferencia y ansiedades acerca del desempeño de su labor.

Esta instancia se trata de un intercambio entre supervisor y supervisado que apunte a desarrollar las capacidades y la auto-reflexión del supervisado. Se lo debe entender como un trabajo en conjunto entre ambas partes, y no como un flujo unidireccional de saber (Fernández-Álvarez, 2011).

Una segunda instancia grupal, también de supervisión, entre los profesionales a cargo de cada grupo así como de los auxiliares o profesionales que hayan participado del mismo. En este espacio, que se llevaría a cabo una vez por mes, se apunta a compartir las experiencias que se dan a raíz de los encuentros. Se exponen sentimientos, pensamientos, conflictos y obstáculos del trabajo con el fin de enriquecerse y aprender a partir de los puntos de vista de los demás, de sus aportes desde otras teorías y prácticas, así como también de sus dificultades, inquietudes y miedos. Debido a que el trabajo es desgastante, y

a esto se le agrega la presencia de una enfermedad como es el cáncer, esta instancia puede servir de toma de consciencia y autocuidado para los profesionales, contribuyendo a su equilibrio emocional (Fernández-Álvarez, 2011).

La última instancia que se propone es una que ya se ha dado por aludida antes, esta se puede desplegar en el final de la intervención, o bien, al final de cada sesión. Corresponde al punto de vista de los pacientes, sus opiniones y sentimientos acerca del trabajo grupal, es decir, si les fue útil, si les gustó, qué se llevan de su paso por el grupo o que se llevan de determinada sesión, si volverían a formar parte de un grupo del mismo tipo, si aprendieron algo, cómo se sintieron, etc.

Como se menciona en el apartado anterior, se podrá complementar esta última instancia con la Escala de Evaluación de Funcionamiento Grupal (EFG-25). Se trata de una escala, adaptada por Zukerfeld desde el original de Yalom, de funcionamiento grupal, evalúa la percepción de ayuda entre los miembros y la eficacia de las interacciones grupales. Está compuesta por veinticinco frases, las cuales producen un valor total de percepción subjetiva de ayuda y eficacia, los valores se dan entre cero (inexistente) y cien (máxima teórica). La escala permite evaluaciones cualitativas y puede ser utilizada como un recurso de trabajo intra-grupal (Zukerfeld, 2018).

En este caso, la función de evaluación se transfiere a los pacientes, la visión de estos puede aportar datos muy importantes y es información muy valiosa para los terapeutas. Esto le da a los pacientes un rol activo en todas las sesiones, evitando su disposición a modo de un público preparado para ver una obra, es decir, en un rol pasivo. Esto da como resultado la autorregulación del grupo, es decir, asumir la responsabilidad de su rendimiento como grupo, así cada miembro aprende que tiene la capacidad de influir en el curso de las sesiones (Yalom, Vinograd, 1996).

10. Referencias bibliográficas

Cruz, M.A. (2013). Psicooncología (Tesis de grado). Universidad Arzobispo Loayza, Lima, Perú. Recuperado de <http://repositorio.ual.es/bitstream/handle/10835/3150/trabajoCruzRomero.pdf?se%20>

[quence=1&isAllowed=y](#)

Delgado, R (2009) La integración de los saberes bajo el enfoque dialéctico globalizador: la interdisciplinariedad y transdisciplinariedad en educación. *Revista Investigación y Postgrado*, vol. 24 (3), pp. 11-44. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/658/65818200002.pdf>

Die-Trill, M. (2007). Tratamiento psicológico grupal para mujeres con cáncer de mama: Una aproximación clínica. *Psicooncología*, 4(2-3), 405-16.

Espinoza, M., Baños, R. M., García-Palacios, A., & Botella, C. (2013). La realidad virtual en las intervenciones psicológicas con pacientes oncológicos. *Psicooncología*, 10(2/3), 247.

Fernández-Álvarez, H. (2011). Paisajes de la Psicoterapia. *Modelo, aplicaciones y procedimientos*. Buenos Aires, Argentina: Polemos.

Forgiony-Santos, J. O., Bonilla-Cruz, N. J., Moncada-Grass, A. J., García Castañeda, A. J., Ardila Rey, K. F., & Castellanos López, O. F. (2019). Desafíos terapéuticos y funciones de las redes de apoyo en los esquemas de intervención del cáncer.

Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (2013), Presidencia de la Nación, Buenos Aires, Argentina, 28 de Mayo de 2013.

MD Anderson Cancer Center (2019). Vivir con el cáncer: consecuencias físicas. Madrid, España. Recuperado de <https://mdanderson.es/el-cancer/vivir-con-elcancer/consecuencias-fisicas>

Organización Mundial de la Salud (1948). Cáncer. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>

Organización Mundial de la Salud (1948). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf?ua=1#page=7>

Payás A. (2007). Intervención grupal en duelo. En: Camps C, Sánchez PT, editores. *Duelo en Oncología* (pp. 169-82). Madrid: Sociedad Española de Oncología Médica.

Pérez Cárdenas, Clara. (2001). Atención integral a pacientes oncológicos en la Atención Primaria de Salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17(3), 263-267. Recuperado en 08 de julio de 2021, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252001000300010&lng=es&tlng=es

Ramos, T., & Del Carmen, A. (2020). Psicooncología: Técnicas de intervención en adultos.

Saborío Morales, L., & Hidalgo Murillo, L. F. (2015). Síndrome de Burnout. *Medicina Legal de Costa Rica*, 32(1), 119-124.

Sluzki, Carlos E. (1996). *La red social: frontera de la práctica sistémica*. Editorial Gedisa, Barcelona, España.

Spiegel, D., Kraemer, H., Bloom, J., & Gottheil, E. (1989). Efecto del tratamiento psicosocial en la supervivencia de pacientes con cáncer de mama metastásico. *The Lancet*, 334(8668), 888-891.

Yalom, I. D., Vinograd, S. (1996). *Guía breve de psicoterapia de grupo*. Paidós.

Zukerfeld, R. (2018). Dispositivos grupales de autogestión: su valor en las enfermedades crónicas y en la salud mental. In *Perspectiva psicoanalítica relacional-grupal del psiquismo y del abordaje terapéutico: Psicoterapia psicoanalítica de grupo en poblaciones diversas* (pp. 49-60).