

Universidad Nacional de Rosario

Facultad de Psicología

Carrera: Psicología



Trabajo Integrador Final (TIF)

Título:

“Una mirada preventiva de la depresión en psicooncología”

Modalidad de presentación: Ensayo

Autora: Mariel Berenice Grau

Legajo: G-2515/1

Docente responsable: Ps. Silvia Ghione

- 2023 -

1

ÍNDICE

Resumen.....

Introducción.....	3
¿Qué entendemos por Psicooncología?.....	6
Perspectiva preventiva. Factores protectores y factores de riesgo en la depresión	7
El apoyo social como factor protector de la salud integral en pacientes oncológicos	9
Enfrentar el diagnóstico de cáncer.....	10
El cáncer en el imaginario social.....	12
Una mirada cognitiva sobre la depresión.....	13
El modelo ecológico de Bronfenbrenner aplicado a la Psicooncología.....	16
Instagram y TikTok: de red social a red de apoyo.....	19
“Mi última quimio”	21
Conclusiones.....	22
Referencias bibliográficas.....	23

Resumen

En el siguiente ensayo se explora el apoyo social como factor protector en la prevención del posible desarrollo de depresión en pacientes oncológicos. La fase del diagnóstico de cáncer se considera crítica ya que representa un momento de grandes cambios para el paciente y su entorno. El paciente deberá poner en juego todos sus recursos de afrontamiento, que en parte, dependen de su ambiente ecológico -que se verá modificado- como así también, de sus recursos personales, creencias e interpretaciones acerca de la enfermedad. Tal como propone la psicooncología, es necesario analizar e intervenir en el microsistema del enfermo para facilitar la asimilación, adaptación y adherencia al tratamiento. Las redes de apoyo -formales e informales- del paciente pueden constituirse en agentes facilitadores frente a las nuevas demandas de la enfermedad oncológica y sostener el bienestar psicológico, constituyendo un verdadero factor protector.

Palabras claves: Psicooncología - Cáncer - Depresión - Apoyo social - Calidad de vida

Introducción

En el presente trabajo integrador final en modalidad ensayo, se conjuga el recorrido trazado como estudiante de la carrera de psicología de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Rosario, donde se aborda el apoyo social como factor protector ante la posible contracción de depresión en el contexto de diagnóstico de cáncer.

Los efectos emocionales de atravesar una enfermedad oncológica resulta una problemática de relevancia dado los datos que posicionan a la Argentina dentro de los países del mundo con incidencia de cáncer media-alta (rango 181,1 a 248,3 por 100.000 habitantes) según el Observatorio Global del Cáncer (Globocan), de la Agencia Internacional de Investigación sobre Cáncer (IARC, por sus siglas en inglés), a partir de los datos producidos por registros de cáncer de base poblacional de nuestro país (2020).

En relación a la depresión, la OMS (2023) declara que la misma se encuentra estrechamente relacionada con la salud física y por ende, con enfermedades como el cáncer. En nuestro país, el primer “Estudio epidemiológico de salud mental en población

general de la República Argentina” (2018) arroja una prevalencia del 8,7% en una muestra de 3.927 personas mayores de 18 años y sin límite de edad, con residencia fija en las ocho áreas urbanas más grandes del país (Stagnaro et al., 2018).

Pese a la importancia de esta problemática, resulta un campo poco explorado, por lo que aún no contamos con datos exhaustivos y concluyentes sobre la tasa de prevalencia de depresión en personas con cáncer en Argentina.

Hemos podido rastrear pocos estudios en América Latina, con muestras pequeñas y realizadas especialmente dentro de Hospitales. Por ejemplo, la tasa de prevalencia de depresión en pacientes oncológicos en Colombia: 65,2% (Llorente Perez et al., 2019) y 64,2 % en Perú (Cucho Avalos, 2018). Respecto a la literatura en inglés, un informe de Pirl (2004) que revisa más de 350 estudios publicados entre 1966 y 2001 afirma que las tasas de trastorno depresivo mayor y síntomas depresivos comórbidos relacionados con el cáncer parecen oscilar entre el 10% y el 25%. Según Valencia Lara (2006) y Palao Tarrero (2009) dicha prevalencia oscila entre el 9% y el 85% debido a problemas de estandarización de la población estudiada, los instrumentos de evaluación y los criterios diagnósticos empleados. El dato más reciente lo aporta la American Cancer Society (2020) expresando que aproximadamente una de cada cuatro personas con cáncer sufre depresión.

Partiendo de las investigaciones que correlacionan ambas enfermedades podemos construir dos supuestos o hipótesis de trabajo que se desarrollarán a lo largo del trabajo. En primer lugar, se afirma que el trastorno emocional asociado a pacientes oncológicos con mayores efectos adversos es la depresión (Wang, 2020) (Carmona Duque et al., 2009) (Valencia Lara, 2006). Se considera, en gran parte, que este vínculo se debe a las connotaciones sociales negativas y al estigma que emparenta esta enfermedad con el temor a volverse incapaces, dependientes o sufrir una muerte dolorosa. En segundo lugar, se sostiene que el diagnóstico de cáncer supone un importante impacto psíquico en la persona que lo recibe y su entorno. Según la Sociedad Americana contra el Cáncer (2020), los sentimientos de tristeza suelen ser comunes en pacientes y familiares ante el diagnóstico, sin embargo, si algunos signos y síntomas persisten en el tiempo, puede devenir en depresión mayor, pudiendo impactar en el plan de tratamiento, en los vínculos sociales, trabajo, sexualidad, etc. El malestar emocional se presenta como un continuo que abarca sentimientos esperables de vulnerabilidad, temor, tristeza hasta crisis que pueden resultar incapacitantes como la depresión (Fernandez-Robles et al., 2017). En este sentido, el diagnóstico de cáncer puede sentirse como un evento emocionalmente extremo (Cucho Avalos, 2018) al cual la persona deberá adaptarse, de lo contrario, puede incidir en el desarrollo de la depresión.

En este trabajo, nos enfocaremos en identificar los efectos del apoyo social en tanto podría mitigar el impacto emocional y conductual de la enfermedad oncológica y

4

conducir a una mejor calidad de vida. El apoyo social se encuadra dentro de los llamados factores protectores que pueden encontrarse tanto en la estructura psicológica del individuo, en el desarrollo de habilidades, como en el contexto vincular (De Los Reyes Ruiz Rodriguez, 2023) (Espinosa Valdivieso, 2021) (Rodriguez Lorenzo, 2015) (Baca Romero, 2013) (Amar Amar et al., 2003). Asimismo, la detección temprana de los factores de riesgo es igualmente importante.

A diferencia del paradigma biomédico, que considera al individuo como "dañado" al cual busca "restablecer" o curar, la Psicología de la salud adopta una mirada preventiva centrada en estos factores. En esa dirección, la *perspectiva ecológica* de Bronfenbrenner proporciona un punto de apoyo que otorga sentido a dicha conceptualización. Tal modelo explica el desarrollo humano como el resultado de la interacción entre el individuo y los diferentes ambientes o sistemas en los que se desenvuelve. Estos sistemas de menor y mayor alcance influyen sobre la persona de forma directa o indirecta, es decir, sobre su

contexto ecológico cambiante y teniendo en cuenta el grado de acomodación activa de la persona a ese ambiente (Torrice Linares et al., 2002). En este sentido, la probada vinculación del espectro depresivo y el diagnóstico de cáncer nos desafía a atenernos a las particulares relaciones que establecemos con el dolor en un contexto que se torna aversivo y que incluye diversos niveles o sistemas.

Se sostiene un posicionamiento teórico-epistemológico basado en la Terapia cognitiva de la depresión de Aaron T. Beck. El supuesto general del modelo cognitivo clásico es que la persona construye su experiencia en base a procesos activos que incluyen datos tanto de inspección como de introspección. De allí surgen las cogniciones como síntesis de los estímulos internos y externos. Estas cogniciones reflejan la configuración de la persona acerca de sí misma, del mundo, su pasado y futuro. En el caso de la depresión, los contenidos de estas cogniciones poseerán un carácter negativo mantenidos por errores sistemáticos en el procesamiento de la información. Beck sostiene la hipótesis de que algunas experiencias tempranas proporcionan la base para formar esquemas (estructuras cognitivas que en la depresión se verán alteradas) que pueden permanecer latentes hasta que un evento análogo los active. Los factores desencadenantes de la depresión suelen ser pérdidas reales o percibidas (Beck, 2005) Esto último encuentra un nexo con el momento del diagnóstico de cáncer ya que es habitual que el paciente atraviese un proceso desestructurante pero a su vez adaptativo, denominado duelo oncológico. Se entiende al mismo como una serie de pérdidas, no sólo referentes a la salud, sino también, relacionadas con la pérdida de la estabilidad, la seguridad, el control, la rutina y del rol que solía tener dentro de la familia, el mundo laboral o social, entre otras (Robert et al., 2013).

Actualmente, existen otros modelos dentro de la tradición de las terapias cognitivo-conductuales que sostienen una concepción del sufrimiento humano como omnipresente, constitutivo y común a la experiencia humana, corriendo el eje clasificatorio diagnóstico a la experiencia de la persona a su contexto y malestar (Maero, 2019).

Hallamos un cruce posible con el Modelo Ecológico de Bronfenbrenner y su concepto de *ambiente ecológico* entendido como “(...) un conjunto de estructuras seriadas, cada una de las cuales cabe dentro de la siguiente. Desde esta óptica el contexto en el que vive y se desarrolla el enfermo incluye factores situados a diversos niveles, más o menos cercanos y que ejercen influencias directas y/o indirectas.” (Torrice Linares et al., 2002)

En ese sentido, nuestra hipótesis apunta al contexto más estrecho del individuo, o a su “microsistema” en términos de Bronfenbrenner, suponiendo que ante el diagnóstico de una enfermedad como el cáncer, la familia y los vínculos significativos pueden convertirse en la mayor fuente de apoyo social y personal así como afectiva y económica, previniendo trastornos emocionales. De esta manera, la calidad de la relación interpersonal se vuelve vital, pudiendo ser tanto un factor protector como de riesgo según sean sus características (Fuchs-Tarlovsky et al., 2022)

5

El aporte a esta problemática de salud es la exploración de uno de los principales factores preventivos de la salud mental en el transcurso de la enfermedad oncológica: el apoyo social.

6

¿Qué entendemos por Psicooncología?

La Asociación Argentina de Psicooncología (AAPSO) define a la Psicooncología como “una especialidad de la salud mental que aborda de manera interdisciplinaria a la persona que enferma de cáncer, su familia, entorno y equipo tratante”. Algunas definiciones más exhaustivas la contemplan como “una subespecialidad de la psicología

que se ocupa de investigar los aspectos psicosociales que tienen alguna influencia en el apareamiento del cáncer y en el tratamiento de los problemas psicológicos que experimentan las personas que tienen cáncer o que han sobrevivido a él” (Restrepo Forero, 1999). Según Alonso Fernandez (2011) se trata de una disciplina que conecta y estudia los aspectos médicos con los psicológicos en pos de pensar intervenciones psicológicas para tratar la problemática asociada al diagnóstico y tratamiento del cáncer. Su foco de interés está dirigido a estudiar las distintas modalidades de afrontamiento y las estrategias terapéuticas más eficaces para mejorar la calidad de vida de la persona con cáncer.

Destacamos de estas descripciones la necesidad de trabajar de forma interdisciplinaria, el estudio de las intervenciones y los factores psicosociales relacionados a esta enfermedad compleja como aspectos cruciales y constitutivos de este campo.

La psicooncología surgió oficialmente en la década de 1970, cuando el diagnóstico de cáncer se volvió más accesible, permitiendo discusiones con pacientes sobre las implicancias de esta enfermedad en sus vidas. Los desafíos planteados por pacientes diagnosticados y en tratamiento oncológico involucran dificultades cognitivas, emocionales, motivacionales y de comunicación que trascienden la esfera médica. A partir de entonces, comenzó a surgir un amplio ámbito de investigación sobre las reacciones al diagnóstico, la adaptación a la enfermedad, intervenciones médicas, apoyo psicológico en la adaptación al cáncer, e investigaciones sobre los factores inmunológicos y neuroendocrinos relacionados con la enfermedad (Robert et. al., 2013)

Aún más, con el desarrollo de la especialidad, la intervención del psicooncólogo dejó de pensarse sólo cuando la enfermedad ya estaba iniciada y comenzó a ocuparse también del estudio de la prevención de la misma. Sin embargo, se considera que la prevención no termina con la aparición de la enfermedad ya que se admite que la posibilidad de verse afectado psíquicamente frente al diagnóstico de cáncer es alta, con todas las consecuencias adversas que puede generar en el consecuente tratamiento, pensamos que la prevención debe ser integral y atravesar todo el proceso en pos de una mejor calidad de vida.

7

Perspectiva preventiva. Factores protectores y factores de riesgo en la depresión.

La idea de Salud que se sostiene aquí parte de una perspectiva dinámica del proceso salud-enfermedad llevada adelante por distintos agentes sociales en la solución de los conflictos de su existencia. Alejándose de una proposición estática de bienestar o en la ausencia de enfermedad, Ferrara (1985) expresa: “no es el conflicto lo que define lo patológico, sino que es el bloqueo de los conflictos y la imposibilidad de resolver ese conflicto, físico, mental o social, lo que certifica la idea de enfermedad” (pp.10). Como se mencionó anteriormente, el sufrimiento humano es ubicuo a la existencia pero es exacerbado por los mandatos curativos y de felicidad imperantes. Solo las prácticas de salud-enfermedad-cuidado que la sociedad incorpore serán las que puedan vehiculizar sus problemáticas (Stolkiner, 2021). En ese sentido, reemplazar la concepción curativa por una perspectiva preventiva que tienda hacia la detección precoz de los llamados *factores de riesgo* y hacia el desarrollo de habilidades o elementos contextuales, que reduzcan el impacto de éstos es necesariamente urgente dentro de los contextos oncológicos que nos atañe.

Cuando hablamos de *factores psicosociales de riesgo* se hace alusión a los factores probables de daño a la salud los cuales pueden alterar y desequilibrar los recursos y las capacidades de las personas para manejar y responder al flujo las actividades cotidianas (Moreno, 2011). Es decir, que un factor de riesgo será aquel que aumente las probabilidades de aparición de un padecimiento psíquico. Por el contrario,

los *factores protectores*, son aquellos que podrían disminuir las probabilidades de aparición y disminuir el padecimiento. Asimismo, estos determinantes de la salud son dinámicos, históricos, situados o contextuales, por lo que nos compete identificarlos.

Dentro del campo de la psicooncología y su relación con la depresión, la bibliografía actual identifica ciertos factores de riesgo y factores de protección -denominados también “factores psicosociales” (Cucho Avalos, 2018)- como los más relevantes. Estos abarcan los factores personales o derivados del individuo, los factores psicoculturales o derivados de la sociedad y factores derivados de la enfermedad y el contexto de tratamiento/hospitalización. A continuación se desarrollan brevemente algunos factores:

- *Factores psicológicos previos como personalidad e historia psicológica*: Se incluyen los tratamientos psiquiátricos preexistentes y los trastornos mentales comórbidos, el abuso de sustancias, las experiencias previas de enfermedad y las pérdidas significativas recientes. Asimismo, niveles altos de neuroticismo están relacionados a posterior desarrollo de depresión como así también, personas que sufrieron depresión o ansiedad en el pasado, tuvieron una mayor probabilidad de volver a experimentarlas ante un estresor mayor como el cáncer (Valencia Lara, 2006) - *Estilos de afrontamiento*:

Similar a la capacidad de adaptación. Ante el estrés que supone la enfermedad oncológica, la persona pone en marcha mecanismos de afrontamiento que buscan soluciones a la situación. Los mecanismos de afrontamiento que, en sí mismos no se conceptualizan como buenos o malos, es preciso evaluarlos teniendo en cuenta las diferencias individuales, es decir, cómo se produce el constante cambio de esfuerzos para afrontar situaciones que ponen a prueba o superan los recursos cognitivos y comportamentales de una persona. Se incluyen las reacciones emocionales involuntarias para afrontar los eventos y las conceptualizaciones acerca de la enfermedad que sostiene el paciente (Palao Tarrero, 2009)

- *Capacidad psicosocial de adaptación*:

Existen varios modelos que sostienen que el paciente pasa por diversas fases hasta finalmente llegar a una etapa de adaptación a su nueva situación en la cual acepta el diagnóstico, el tratamiento del cáncer y aprende a convivir con los escenarios de incertidumbre o crisis que puedan producirse en el proceso (Palao Tarrero, 2009). Asimismo, la gravedad de la enfermedad, la interacción paciente-enfermedad y el

8

ambiente influyen en el proceso de adaptación a la enfermedad oncológica (Valencia Lara, 2006).

- *Apoyo familiar/social*:

Una de las premisas básicas del modelo biopsicosocial, afirma que los diversos subsistemas (biológico, individual, familiar, comunitario, etc.) mantienen una relación de influencia recíproca, de tal forma que afectan tanto a la salud como a la enfermedad. La participación de cada miembro del microsistema familiar es vital como facilitador de la salud, desarrollo y competencias sociales (Lazo Amores, 2018) (Di Marco et al., 2015) (Palao Tarrero, 2009).

- *Estructuras sociales relacionadas con la persona*:

El soporte estructural o la red social de personas con quienes el paciente tiene contacto regular y las funciones del soporte que incluyen las dimensiones emocional, informacional y la asistencia instrumental específica (Valencia Lara, 2006).

9

El apoyo social como factor protector de la salud integral en pacientes oncológicos

Como se explicó al comienzo, el modelo biopsicosocial propone un manejo integral de la enfermedad, considerando además de los factores biológicos, los agentes

sociales que intervienen en los procesos salud-enfermedad-cuidado. Estos agentes constituyen la variable psicosocial del sistema de apoyo social. Pero, ¿qué entendemos por apoyo social?

Este término se ha empezado a conceptualizar desde la década del 50 pero es a partir de los años 70 que se dan a conocer, tanto en la Gran Bretaña como en los Estados Unidos, una serie de artículos pioneros en el tema sobre el apoyo social como amortiguador de los procesos estresantes vitales (Aranda y Pando, 2013). El concepto de apoyo o red social ha adquirido múltiples variantes, elementos y abordajes hasta nuestros días. Sin embargo, se pueden destacar aspectos y funciones generales:

- Se trata de una red de interacciones o transacciones entre individuos o grupos más amplios.
- Se identifican dos tipos de redes que constituyen estas interacciones: informales (familia, cónyuge, hijos, hermanos, familiares y amistades), y las formales (grupos, organizaciones, centros sociales, centros de salud, etc).
- Muchos de los autores apuntan al papel protector del apoyo, especialmente en términos de la salud integral de una persona o grupo. En relación a ello, se deriva el carácter de proceso complejo y dinámico del apoyo social, que básicamente responde a las demandas del contexto. Estas demandas o necesidades pueden derivar de situaciones cotidianas como también, de momentos de crisis. El efecto protector, puede originarse tanto por las fuerzas preventivas de una red social como por la satisfacción de necesidades básicas (identidad, afecto, aprobación, etc.), así como por los recursos sociales implementados para adaptarse a situaciones repentinas de estrés.

Por tanto, adherimos a la siguiente definición que condensa estos elementos:

Se entenderá por apoyo social a las interrelaciones que se dan entre las personas, con conductas que también se relacionan entre sí como el demostrar cariño e interés, escuchar, prestar objetos materiales, ayudar económicamente, cuidar de alguien, dar afecto, sentirse amado, dar consejo, aceptarse, satisfacerse, informarse, entre algunas, y por redes de apoyo social sean estas formales e informales a las instancias que moderan esas conductas de apoyo, además de concluir que, con la falta de apoyo o con su deficiencia, la mala salud está presente, o al menos es más probable, y que las respuestas negativas generadas, provocarán en el individuo consecuencias tanto en su ámbito familiar, social y laboral” (Aranda y Pando, 2013, pp.13)

10

Enfrentar el diagnóstico de cáncer

La depresión en pacientes con diagnóstico de cáncer se ha estudiado a lo largo de las diversas etapas de la enfermedad oncológica. Varios autores indican la importancia de que se evalúe a la persona que mantiene durante varias semanas o meses síntomas de depresión. Sin embargo, los trastornos depresivos en pacientes con patologías médicas son poco diagnosticados o ignorados porque se confunden con reacciones normales o esperables en el cáncer, lo que trae complicaciones. Entre los problemas más preocupantes que se observan ante la presencia de depresión son: aumento de la mortalidad, falta de adhesión al tratamiento oncológico, hospitalizaciones prolongadas, influencias bioquímicas de los estados de ánimo en el sistema inmune y la incapacidad laboral (Valencia Lara, 2006)

Desde una mirada preventiva de la depresión, nos preguntamos cuál sería la fase de la enfermedad oncológica donde debería prestar atención a los signos y síntomas de estados de ánimos depresivos. Encontramos que diversos autores consideran que específicamente el momento del diagnóstico de cáncer resulta crucial por el fuerte impacto que influye a nivel psicológico, tanto en el paciente como en el entorno familiar (Dubersarsky et al., 2019) (Cucho Avalos, 2018) (Fernandez-Robles et al., 2017)

(Guerrero Alcedo, 2016) (Rodríguez Lorenzo, 2015) (Robert et al., 2013) (Palao Tarrero, 2009) (Torrico Linares et al., 2002). En este sentido, esta enfermedad orgánica se considera un factor de riesgo novedoso en la vida de la persona, que puede afectar a nivel psicológico. Con lo cual, los factores protectores en la etapa del diagnóstico entran de lleno a jugar su rol preventivo, como diría Amar Amar (2003) neutralizando o atenuando la acción de los factores de riesgo.

Anteriormente habíamos mencionado el estilo de afrontamiento como factor para evaluar la predisposición a la depresión, pero el mismo también nos sirve para pensar cómo la persona encara cualquier otro diagnóstico, especialmente el diagnóstico de cáncer que supone muchos cambios en la vida de la persona.

El afrontamiento consiste en los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes, que lleva a cabo la persona para manejar las demandas específicas internas o externas que al ser evaluadas resultan estresantes (Dubersarsky et al., 2019). Se lo considera un mecanismo que le permite al paciente estructurar una respuesta a los desafíos orgánicos, cognitivos, sociales y emocionales a los cuales se va a ver enfrentado a partir de ese momento (Carmona Duque et al., 2009) También se expresa que el afrontamiento es dinámico en el sentido de que varía de acuerdo a las amenazas a la salud percibidas por la persona y las circunstancias que rodean a su entorno. Asimismo, las creencias religiosas y culturales acerca del significado de la vida y la muerte y el sentido que se le otorga a la enfermedad influyen en la forma de afrontarla. Asimismo, dentro del transcurso de la enfermedad oncológica es esperable encontrar que el paciente viva un estado de duelo inevitable. El llamado duelo oncológico es un proceso normal, sano, adaptativo y necesario, que se caracteriza por un primer período donde puede aparecer una sensación o estado de aturdimiento y negación. Aquí es habitual escuchar “esto no me puede estar sucediendo” o “se deben haber equivocado”. El paciente siente una serie de pérdidas, no sólo referentes a la salud, sino también, relacionadas con la pérdida de la estabilidad y seguridad, pérdida de la rutina y de lo cotidiano, pérdida del rol que solía tener dentro de la familia, el mundo laboral o social, pérdida del control, entre otras (Robert et al., 2013). Desde la psicooncología se plantea que este proceso de duelo puede aparecer desde el diagnóstico y que su intensidad y duración dependerá de las creencias que tenga el paciente y su entorno respecto de la enfermedad influyendo en cómo afrontarla.

Robert (2013) plantea que existe un estilo de afrontamiento activo o positivo donde prima la búsqueda de información, el pedido de ayuda profesional y búsqueda de soluciones a los problemas. Este estilo promueve una mejor adaptación frente al diagnóstico y se relaciona positivamente con el ajuste emocional. Por otro lado, se observa una aceptación pasiva donde la desesperanza, la evitación, la negación y el

11

fatalismo se vinculan negativamente con el ajuste psicológico. En ese sentido, se propone evaluar el estilo de afrontamiento y la detección de riesgo psicosocial para planificar los servicios y estrategias que promuevan el ajuste psicológico de manera eficiente.

Durante mucho tiempo, se ha utilizado el modelo de Elizabeth Kübler-Ross, presentado en el año 1969 y conocido comúnmente como “las cinco etapas del duelo”, para intervenir en las fases por las que puede atravesar el paciente oncológico. Se trata de cuatro etapas: a) negación, b) ira, c) negociación, d) depresión, e) adaptación. Veamoslas con más detalle:

- a) Negación: Es una de las reacciones más frecuentes frente al diagnóstico. Se considera un estado psicológico habitual al menos para sobrevivir a eventos estresantes. Según Dubersarsky (2019) las corrientes teóricas más cognitivo-conductuales la entienden como una estrategia de afrontamiento que consiste en la omisión de hechos que podrían ser dolorosos si se aceptaran en la conciencia. Muchas veces esta negación toma la forma de la incredulidad: “no

puede ser”, “no me está pasando a mí” o “se habrán equivocado, yo me encuentro bien”.

- b) Ira: La persona reconoce que la negación no puede continuar. Puede proyectar resentimiento hacia las personas que para él simbolizan vida o energía. Se enfada con todo y con todos. La ira puede dificultar su cuidado, el apoyo de la familia y el tratamiento médico (Cucho Avalos, 2018) (Palao Tarrero, 2009)
- c) Depresión: No encuentra una explicación ni un sentido a lo que le está pasando ni al futuro. Se angustia y se aísla. Toma una actitud resignada que lo desconecta de conductas saludables (Dubersarsky et al., 2019) (Cucho Avalos, 2018) (Palao Tarrero, 2009)
- d) Negociación: Aparece la fantasía de que la persona es capaz de posponer o retrasar la muerte. Hace un último intento de llegar a un compromiso con la enfermedad: “Si me ha pasado a mí, no le pasará a nadie de mi familia” “ya tengo uno no puedo tener más”, “ que me deje hasta que mis hijos sean mayores” (Cucho Avalos, 2018) (Palao Tarrero, 2009)
- e) Aceptación: Habiendo pasado por las cuatro etapas anteriores, ahora acepta la enfermedad como parte de la narrativa del yo. No es necesariamente una etapa feliz, pero permite dejar la batalla y ampliar la narrativa con respecto a sí mismo y a los demás (Cucho Avalos, 2018) (Palao Tarrero, 2009)

Aunque no hay evidencia de que todas las personas experimenten determinadas etapas para lograr la adaptación o que se dé siempre el mismo patrón de movimiento secuencial de una etapa a otra, se reconoce que en el transcurso de la enfermedad ciertos sentimientos y reacciones son habituales.

Actualmente, se prefiere un modelo más flexible, basado en tareas que no implica una secuencia y que ayuda al paciente y a su entorno vincular a jugar un rol más activo frente a la enfermedad (Cucho Avalos, 2018) (Palao Tarrero, 2009). Según Rodríguez Lorenzo (2015), se releva la importancia del apoyo social como instrumento tanto de prevención como de tratamiento. Robert (2013) también coloca al apoyo social del paciente, especialmente la familia, como primer elemento de apoyo seguido por su entorno social más cercano.

12

El cáncer en el imaginario social

Tal como se sostuvo anteriormente, las creencias a nivel personal y las representaciones a nivel social sobre el cáncer influyen en su afrontamiento. Susan Sontag escribió en 1978 un ensayo llamado *La enfermedad y sus metáforas* luego de haber atravesado un cáncer de mama. Observó cómo diversas sociedades o momentos históricos distintos generan discursos y metáforas completamente diferentes a la hora de explicar las enfermedades. Durante el siglo XIX, la tuberculosis era la forma de muerte más corriente y llegó, incluso, a ser estetizada por los románticos como una pasión que “consume”, una muerte decorativa, a menudo lírica, que ensanchaba la conciencia y vuelve etérea la personalidad. Sin embargo, nunca sucedió esa estetización con el cáncer. Más aún, siempre resultó una enfermedad escandalosa y emparentada directamente con la muerte, incluso, hasta al día de hoy donde la posibilidad de curación es alta. Según Sontag, la metáfora más dañina sobre el cáncer es la bélica: las células cancerosas “invaden” al organismo, la “lucha”, “pelea” o la “guerra” contra el cáncer, los rayos “bombardean” el cuerpo, las “defensas” inmunológicas contra el cáncer, etc. Estas metáforas militares contribuyen a estigmatizar la enfermedad y, por ende, a quienes están enfermos. La imaginería patológica se ha expandido al cuerpo social durante el siglo XX con expresiones tanto del nazismo como del comunismo. Casi un siglo después, el 11 de septiembre de este año, la declaración de un político libertario reza: “El Kirchnerismo es el cáncer del país y hay que extirparlo”. Esta metáfora indica que existe un ‘tejido sano’ y un

'tejido enfermo'. Como consecuencia, se desprende que el "tejido enfermo" y por tanto, los enfermos mismos son culpables y es necesario exterminarlos. Es decir, se achaca una culpa y prescribe una pena. A nivel cultural, se torna imperante criticar, exponer y evidenciar que no se puede tratar a un fenómeno social como un cáncer ya que incita a la violencia y promueve el fatalismo. Al mismo tiempo, Sontag advierte el directo emparentamiento en la imaginación popular de la palabra "cáncer" con un animal de rapiña o con lo perverso e invencible y no como una enfermedad tratable, lo cual implica la desmoralización de los enfermos al enterarse que la padecen. En ese caso, no sirve de nada ocultar la enfermedad -como muchas familias prefieren- sino que es necesario desmitificarla. Por otro lado, existe la creencia de que una buena muerte es la muerte repentina, mejor aún cuando se está inconsciente o durmiendo. Pese a que, nos advierte, una persona que ya ha tenido un infarto tiene por lo menos la misma probabilidad de sufrir otro infarto a los pocos años que la de un canceroso de morir de cáncer. Sin embargo, a nadie se le ocurre ocultarle la verdad de su diagnóstico a un cardíaco: un ataque al corazón no tiene nada de vergonzoso. En cambio, Sontag expresa que a los pacientes oncológicos se les suele mentir no simplemente porque la enfermedad es o puede ser una condena a muerte, sino porque se la considera obscena —de mal augurio, abominable, repugnante—. En otras palabras, la enfermedad de cáncer sigue constituyendo un tabú rodeada de estigmas que la emparentan con la culpa, la vergüenza, la violencia y el fatalismo. Creemos que estas metáforas que asocian al cáncer a la muerte, a un flagelo, a la destrucción y a la guerra, pueden calar en las creencias de los enfermos constituyendo un verdadero discurso estigmatizante, con consecuencias negativas en el proceso de afrontamiento donde las creencias culturales cumplen un rol muy importante respecto de las expectativas y los significados más profundos de la vida, la muerte y la enfermedad. Se torna necesario para la psicooncología construir discursos más adaptados a la realidad actual de los tratamientos sobre el cáncer y aportar nuevas significaciones que no posicionen al individuo en una guerra con su enfermedad ni tampoco en una sumisión desesperanzadora. Sostenemos que el adecuado apoyo social -desde el acompañamiento del personal de salud como el entorno próximo del paciente- puede incidir en la desmitificación de la enfermedad y prevenir la desmoralización.

13

Una mirada cognitiva sobre la depresión

La terapia cognitiva de Beck (2005) "se basa en el supuesto teórico subyacente de que los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo" (p.13). Epicteto, filósofo griego de la escuela estoica, planteaba algo similar: los hombres no se perturban por las cosas, sino por la opinión que tienen de ellas. Es decir, los significados no están directamente determinados por las situaciones, sino que nos determinamos a nosotros mismos por el significado que les atribuimos. Así, como una enfermedad inesperada puede representar un evento doloroso y de pérdida para muchas personas, podemos pensar que para otras, se presenta como un conflicto que si bien no se elige, se puede afrontar de manera positiva. Anteriormente, planteamos que nuestra idea de salud radica en la capacidad de hacer frente a las situaciones adversas que se nos presentan, tanto a nivel individual como colectivo. Si se ponen en marcha los recursos necesarios para la adaptación al nuevo escenario, la enfermedad también puede representar, desde otra perspectiva, una oportunidad para reorganizar la vida, jerarquizar los aspectos más vitales para la persona y modificar sus roles sociales.

Puede suceder que el afrontamiento activo, positivo y la aceptación no prevalezca

en algunas personas frente a un evento adverso y la persona sostenga una creencia negativa extendida de cada aspecto de su vida. Por eso nos interrogamos, ¿Cómo concibe la terapia cognitiva el funcionamiento psicológico de un individuo con depresión y qué estrategias emplea para su modificación clínica?

Para Beck, el modo que tiene un individuo de evaluar una situación se hace evidente a través de sus cogniciones, es decir, sus pensamientos e imágenes visuales. El contenido de sus cogniciones reflejan la configuración de la persona acerca de sí misma, su mundo, su pasado y su futuro. Por tanto, si se logra modificar el contenido de las estructuras cognitivas de una persona, su estado afectivo y sus pautas de conducta se verán también modificadas. Para ello, la terapia cognitiva, apunta a identificar las distorsiones cognitivas y a corregir estos constructos erróneos o desadaptativos para producir una mejora clínica.

Este modelo nos sirve para relacionarlo con el cáncer y sus problemáticas asociadas. Beck (1979) expresa que varios trastornos médicos se encuentran relacionados especialmente con la depresión. Advierte que las enfermedades físicas, entre ellas el cáncer, son uno de los principales factores desencadenantes de la depresión, dado que cuando la enfermedad se cura, los síntomas depresivos también remiten.

La terapia de Beck, adquiere un matiz distintivo en la depresión. Para ello propone la “triada cognitiva” que consiste en patrones cognitivos centrales que incitan al paciente a considerarse a sí mismo, a sus experiencias con el mundo y su futuro de un modo idiosincrático:

- *Visión negativa acerca de sí mismo.* Se atribuye la culpa de sus experiencias desagradables debido a defectos propios, de tipo psíquico, moral, o físico. - *Interpretar sus experiencias de una manera negativa.* Interpreta que el mundo le hace demandas excesivas y vive sus interacciones con el entorno en términos de derrota o frustración. Hace una construcción negativa de las situaciones, aun cuando podría hacerse interpretaciones alternativas más plausibles. Incluso, formula conclusiones negativas de antemano.
- *Visión negativa acerca del futuro.* Ante sus proyectos, la persona sostiene que sus dificultades o sufrimientos actuales continuarán indefinidamente. Sus expectativas son de fracaso.

Los signos y síntomas que se observan en el depresivo son consecuencia de estos patrones cognitivos negativos. Por ejemplo, la poca fuerza de voluntad, los deseos

de escape y evitación pueden explicarse por el pesimismo y la desesperación. Si la persona estima un resultado negativo, se verá afectado a realizar una tarea. Otro elemento de la terapia cognitiva es el modelo de los esquemas, el cual utiliza Beck para explicar el mantenimiento de las actitudes que le hacen sufrir al depresivo. La persona se halla inmersa en situaciones con una gran cantidad de estímulos, los cuales selecciona y combina para conceptualizar una situación. Es decir, las personas estructuran su experiencia de distintos modos. Los esquemas, entonces, son patrones cognitivos estables, la base para localizar y codificar los estímulos y evaluar sus experiencias a partir de estos. Esto explica, por qué ante un evento como una enfermedad, las reacciones pueden variar dependiendo de las creencias subyacentes que se tengan. Los esquemas pueden haberse desarrollado en la infancia y luego permanecer latentes hasta que un evento los active. Se puede pensar que aquí introduce la biografía y la historia de aprendizaje del individuo. Es indicado rastrear antecedentes personales o familiares de depresión como así también, datos que sean relevantes para un caso en particular, por ejemplo, si la persona cree que no podrá llevar adelante el tratamiento porque siempre fracasa, recordar los momentos en su vida en los que ha logrado sus objetivos a los fines de expandir su conciencia y contrarrestar los pensamientos negativos.

En los pacientes depresivos, Beck observa que han sido activados esquemas inadecuados. Permanecen en ellos repetitivamente sin poder captar otra información, emprender nuevas actividades y responder adecuadamente a los cambios que se producen en su entorno.

Por otro lado, los errores en el procesamiento de la información sostienen el mantenimiento acérrimo en sus creencias y la validez de conceptos negativos. Beck sostiene que existen seis tipos de errores: inferencia arbitraria, abstracción selectiva, generalización excesiva, maximización y minimización, personalización y pensamiento absolutista. El depresivo organiza su pensamiento y por lo tanto, estructura su realidad de un modo "inmaduro", es decir, absolutista, no dimensional y global, invariable e irreversible. Según Beck, esta construcción negativa y rígida de la realidad constituye el primer eslabón de la cadena de síntomas.

Como mencionamos en otro apartado, una creencia y un sentimiento habitual en el paciente oncológico es el duelo. Para Beck "los factores desencadenantes de la depresión surgen de una pérdida percibida o real" (p.31), en cambio, cuando prima el peligro o la amenaza, los síntomas son de ansiedad. Si el paciente oncológico cree que ha perdido su salud, su imagen, su rol social, pese a que esa pérdida no sea real, transitará inevitablemente un duelo. En la medida que sea un proceso adaptativo y no se cronifique, el apoyo social puede cumplir un rol protector.

Beck sostiene que se puede ampliar la unidad de observación al entorno vincular del individuo para no incurrir en el sesgo de quedarnos únicamente con los aspectos "intrapsíquicos". Propone un modelo de interacción recíproca, entiendo que la conducta de la persona influye en su entorno y viceversa. En relación a ello, se puede pensar que si una persona se encuentra atravesando un momento difícil como una enfermedad y decide aislarse, puede ser interpretado como un rechazo, retroalimentando la autocrítica en el propio individuo. Estos comportamientos deben tenerse presente porque pueden empeorar un incipiente cuadro de depresión, o a la inversa, amortiguar. Beck, por tanto, apela a la colaboración activa de la familia y los amigos:

Un sistema de apoyo social sólido puede servir para proporcionar muestras de aceptación, respeto y afecto que neutralicen la tendencia del paciente a subestimarse. Es más, el tratamiento del paciente depresivo suele verse beneficiado en gran medida si se cuenta con un familiar o amigo que sirva como representación de la realidad social para ayudar al paciente someter a prueba la validez de sus pensamientos negativos" (Beck, 2005, p.25)

15

Incluso, propone asignar el rol de "terapeuta auxiliar" a personas significativas que puedan ser entrenadas para ayudar al paciente a enfrentar situaciones cotidianas.

En definitiva, Beck ha entendido a la psicopatología como resultado de formas distorsionadas de interpretar la realidad. Existen datos que la realidad nos proporciona y que la persona los procesa erróneamente. Pero nos preguntamos ¿existe una forma objetiva de interpretar la realidad o los hechos?

Su propuesta terapéutica, implica el diálogo socrático y el empirismo colaborativo, basados el primero en la lógica y las reglas de evidencia y el segundo, en el diseño y evaluación de experimentos orientados a refutar los esquemas equivocados.

Es decir, se puede pensar que para Beck existe una realidad externa objetiva que el sujeto debe aprehender, y que al mismo tiempo, nos invita a pensar que existe una única forma correcta de interpretar los hechos. Si bien Beck propone que no son los hechos en sí mismos sino la interpretación que realizamos de estos lo que nos hace sufrir, tal vez no habría que pensar en términos de errores sino en múltiples posibles interpretaciones, algunas más adaptativas que otras. Esto se evidencia cuando los pensamientos negativos de las personas deprimidas pueden reflejar realidades

genuinamente negativas, incluso denotando así, un “realismo” mayor que el de los no deprimidos. Con este mismo razonamiento, personas no depresivas viven bajo un bienestar psicológico producto del reforzamiento de pensamientos ilusorios. Con lo cual, tal vez habría que pensar que nuestros pensamientos pueden ajustarse más o menos a la realidad supuestamente objetiva, pero lo más sustancial y determinante resulta de cómo nosotros articulamos esas interpretaciones. En definitiva, no descartamos que somos sujetos que interpretan la realidad, tal como plantea Beck, ni que esas interpretaciones puedan ajustarse mejor a nuestros propósitos, es decir, volverse más adaptativas; lo que cuestionamos es que no podemos aprehender la realidad de una única manera.

Creemos que el meollo de la situación reside en pensar una forma más ajustada a la persona y a sus propias circunstancias actuales y biográficas de narrarse los hechos interpretados y no pretender encontrar interpretaciones únicas y objetivas de la realidad. Aquí se pone en juego la capacidad de la persona en el afrontamiento y la aceptación de la enfermedad oncológica que nos importa en este ensayo, y a su vez, la posible intervención y el trabajo junto al psicólogo o psicooncólogo en la construcción de un relato singular y propio del paciente desde una perspectiva más constructivista que realista.

16

El modelo ecológico de Bronfenbrenner aplicado a la Psicooncología

Los postulados de este modelo hacen fundamentalmente referencia al desarrollo psicológico del niño y han sido, por tanto, aplicados y desarrollados básicamente por disciplinas como la psicología evolutiva o la psicología de la educación. Bronfenbrenner (1979) considera al desarrollo humano como una progresiva acomodación entre un ser humano activo y sus entornos inmediatos cambiantes. Pero este proceso, además, se ve influenciado por las relaciones que se establecen entre estos entornos y por contextos de mayor alcance en los que están incluidos esos entornos.

Tomamos el trabajo de Torrico Linares (2002) que presenta a este modelo como aquel que permite un análisis ecológico lo demasiado flexible como para trasladarse al contexto en que vive y se desarrolla el enfermo oncológico a los fines de poder pensar intervenciones que no se circunscriban únicamente a las variables individuales.

El paciente deberá adaptarse conforme se modifica su vida cotidiana (familia, amigos, hospital/consulta, trabajo, etc.) como así también los entornos próximos que se verán afectados en función de las nuevas circunstancias personales del sujeto cuando éste enferma. Asimismo, existen otros contextos más amplios (ideología, cultura, leyes, políticas sanitarias, etc.) que van a influenciarlo.

El ambiente ecológico se concibe como un conjunto de estructuras seriadas, cada una de las cuales cabe dentro de la siguiente. Lo que cuenta para la conducta y el desarrollo es el ambiente como se lo percibe, más que como pueda existir en la realidad objetiva” (Bronfenbrenner, 2018, p. 24)

El ambiente ecológico está constituido por: microsistema, mesosistema, exosistema y macrosistema que se detallan a continuación:

-*Microsistema*: Es el nivel más próximo a la persona, e incluye los comportamientos, roles y relaciones característicos de los contextos cotidianos en los que éste pasa la mayor parte del tiempo como en el hogar, el trabajo y sus amigos. Aquí se incluye no sólo la propia percepción de la enfermedad sino también la percepción que sus vínculos tienen y la visión que le transmiten al enfermo ya que puede mediar en la calidad de vida. La evaluación y posterior intervención tendrá que abarcar las actitudes que el paciente y su entorno mantienen. El microsistema abarca, además, el cambio de rol que la persona puede experimentar. Bronfenbrenner lo denomina “transición ecológica”. Por ejemplo, en las relaciones familiares suelen aparecer tratos paternalistas hacia el paciente que pueden entorpecer su autonomía. El apoyo social también se encuentra

delimitado en este sistema. Si se encuentra fortalecido puede incidir de forma positiva, por ejemplo, instando al paciente a continuar con actividades sociales.

- *Mesosistema*: Se trata de las interrelaciones de dos o más entornos en los que el paciente participa activamente. Es por tanto un sistema de microsistemas. En este nivel se evalúan tres bloques de interrelaciones:

a) vinculadas al flujo de información que recibe el paciente y su familia desde el personal sanitario respecto de las opciones de tratamiento y el pronóstico. b) relacionadas con la potenciación de conductas saludables en tanto adherencia al tratamiento. La familia puede cumplir un rol de excesivo control y protección o puede facilitar una actitud activa.

c) asociadas con el apoyo social y el soporte instrumental (ayuda social, adaptación del lugar de trabajo, asociaciones de familiares, personal del hospital, etc).

- *Exosistema*: Se refiere a los entornos que no incluyen al paciente como participante activo, pero en los cuales se producen hechos que afectan a lo que ocurre en el entorno. Se trata de un sistema difícil de evaluar e intervenir. Por ejemplo, la satisfacción en el trabajo del personal sanitario, facilidades o problemas económicos del paciente o la familia en el sostenimiento del tratamiento o cuando el entorno oculta el diagnóstico e información valiosa al paciente.

17

- *Macrosistema*: hace referencia a los aspectos culturales y socio-históricos. Por ejemplo, las políticas públicas en salud, el tratamiento de los medios sobre el cáncer, las concepciones religiosas, etc.

El modelo ecológico resulta una herramienta valiosa para el análisis del ambiente ecológico del paciente. La novedad que presenta es la atención que se presta a las interconexiones ambientales (micro-, meso-, exo-, y macrosistema) y el impacto que estas pueden tener sobre la persona y su desarrollo. Sin embargo, el psicooncólogo puede incidir -lo cual no es menor- en las esferas del microsistema y el mesosistema pero con respecto al exosistema y el macrosistema que exceden al paciente atenderá a los efectos de estos.

En primer lugar, lo que realmente hay que considerar es cómo la persona percibe el ambiente además de cómo está constituido. Bronfenbrenner explicita que no existe una realidad objetiva, sino una realidad percibida. Previamente se discutió la cuestión de la interpretación de los hechos según Aaron Beck y como ésta estructura la experiencia.

En ese sentido, dijimos que las interpretaciones de su situación atravesadas por creencias, sesgos, incluso un discurso social respecto del cáncer (como pudimos ver con las metáforas de la enfermedad que plantea Susan Sontag) incidirán en su percepción y articulación de su propio relato. Como plantea Goncalvez (2002):

La multiplicidad de significados sólo es posible gracias al poder creativo y múltiple del lenguaje y del discurso humano. Es en el lenguaje donde se construye el significado. Se reconoce, así, de un modo progresivo, que el lenguaje y el discurso constituyen medios y fines del proceso de significación y conocimiento humano por sí solo y no únicamente como reveladores de una realidad esencial que les preexiste.

Es decir, más allá de la realidad material que constituyen los sistemas, también existe una realidad simbólica que cubre estos ámbitos así como las propias expectativas y sistemas de creencias del paciente. Poder construir un relato, una narrativa que ayude al afrontamiento de la enfermedad exige nuevas interpretaciones más adaptadas y creativas. Este tipo de intervenciones contribuye a poder transitar la última fase del proceso de duelo que mencionamos anteriormente, es decir, la aceptación: abandonar la lucha e incorporar la enfermedad de forma activa en la narrativa del yo.

Asimismo, el psicooncólogo deberá analizar los sistemas de los cuales el paciente forma parte activa, especialmente en aquellos ámbitos donde pueden darse la transición ecológica de sus roles. Entender al paciente en una continua acomodación en sus diferentes contextos ayuda a discernir qué reacciones son propias del enfermo y cuáles están provocadas por los entornos más inmediatos o más distantes, para así, pensar intervenciones más adecuadas en cada ámbito.

Con respecto a estas reacciones frente a su enfermedad, el psicooncólogo deberá no presuponer que la persona vaya a desarrollar o no una alteración emocional de acuerdo al pronóstico de la enfermedad oncológica. Este tipo de asunciones nos pueden llevar a patologizar respuestas esperables de carácter adaptativo frente al diagnóstico y pronóstico o bien descuidar y no explorar las reacciones del paciente subestimándolas.

Las respuestas ante la enfermedad deben trabajarse no solo desde el paciente, sino también con el entorno significativo de éste y con el equipo tratante. Con lo cual, podemos observar como el apoyo social, que venimos sosteniendo por su importancia como rol protector de la salud psíquica, tiene su lugar en cada sistema, desde el más cercano constituido, por lo general, por la familia y vínculos significativos del paciente hasta el apoyo del macrosistema a manera de red de contención desde el sistema de salud o legislación sanitaria. Como sostuvimos, el efecto protector de la salud psíquica por parte de una red social, puede originarse por la satisfacción de necesidades básicas que esta aporta (identidad, afecto, aprobación, etc.), así como por los recursos sociales implementados para adaptarse a situaciones

18

repentinas de estrés. En ese sentido, el psicooncólogo deberá explorar el estado del apoyo social formal e informal del paciente e incluso, ayudar a tender redes entre los sistemas. Y por otro lado, deberá tener en cuenta las necesidades propias de cada entorno (por ejemplo, distinguiendo las necesidades de los familiares o del equipo tratante a que el paciente se adhiera a determinado tratamiento pero contemplando también la voluntad del paciente).

19

Instagram y TikTok: de red social a red de apoyo

“Vivir, no existir”
Celeste Ianelli.

Hoy en día, la red social se concentra en la palma de nuestra mano. Desde la pantalla del celular podemos conectarnos con contactos, seguidores y amigos virtuales, conocidos y cercanos, desconocidos y de cualquier parte del mundo. Se han potenciado las posibilidades de compartir e intercambiar. Indudablemente, la red social informal se ha expandido con la particularidad que aquellos que están en la infoesfera puedan cumplir un rol en nuestras vidas. Como bien sabemos, ese rol no necesariamente es positivo: vivimos bombardeados por publicidad, por imágenes que se corresponden a los modelos hegemónicos de belleza y por supuestos éxitos imposibles de alcanzar. Sin embargo, las redes sociales pueden convertirse en verdaderas redes de apoyo.

Anteriormente, hablamos sobre los factores que pueden incidir en la calidad de vida del paciente oncológico relacionados con el desarrollo de depresión, menor calidad de vida y peor pronóstico de la enfermedad. Enumeramos el nivel de equilibrio psicológico previo, la fase de la vida que atraviesa el paciente, los factores culturales y religiosos, el soporte emocional social y familiar, la propia personalidad del paciente y su estilo de vida, sus experiencias anteriores con el cáncer o las pérdidas significativas a lo largo de su vida (Cucho Avalos, 2018). Aquí traemos el ejemplo de Celeste Ianelli, una niña que a sus 14 años fue diagnosticada con leucemia y hoy, es una adolescente de 20 años que se

encuentra recuperándose de su segundo trasplante de médula ósea. En este caso, por su corta edad, de los factores previos enumerados el que mayor relevancia tuvo en relación a su calidad de vida y afrontamiento fue el soporte emocional y familiar que constantemente hace referencia en sus redes¹.

Respecto de sus creencias previas y cómo influyeron, en una entrevista² Celeste nos da una pista: cuando recibe el diagnóstico de leucemia ella desconocía que era un tipo de cáncer, y comenzó el tratamiento con cierto alivio por haber dado al fin con un diagnóstico. Aclara, que de haber sabido que era cáncer le hubiera resultado aún más impactante. Cuando trajimos a Susan Sontag para trabajar sobre las representaciones de la enfermedad, hablábamos de esto: aún hoy el cáncer se asocia a muerte.

En otra entrevista³ nos habla acerca de su afrontamiento. Durante el tratamiento, en los momentos más dolorosos pudo preguntarse el “para qué” de su enfermedad, que poder hacer con ella, que podía transformar con su padecimiento, en vez de preguntarse el “por qué”, pregunta tan habitual que no tiene respuesta. En ese momento, comenzó a compartir su tratamiento en Instagram y TikTok con consejos para pacientes oncológicos con una cuota de humor: “como me pongo un pañuelo” “¿cuál es el beneficio de estar pelada?”. Asimismo, empezó a escribir un diario en las servilletas del hospital que luego tomaron la forma de un libro con su experiencia para ayudar a otros.

Celeste generó un espacio de apoyo y concientización; sus seguidores se sienten sensibilizados o identificados por su historia (éstos a su vez, mantienen contacto entre sí, informándose sobre el estado de salud de Celeste, organizando challenges, compartiendo mensajes de apoyo o su propia experiencia con la enfermedad y sus avatares).

Ejemplo de la contención y que del otro lado de la virtualidad hay realmente personas que la sostienen, fue el llamado “pomelazo”.

Tras su segundo trasplante y a la espera de que la médula comenzara a funcionar, Celeste no podía comer ni beber líquido, tenía llagas en toda su boca y tubo digestivo. Comentó a sus seguidores: “Estos días fueron terribles por eso no agarré el celu. Apenas me sienta un poco mejor les grabo estos videos para contarles. Pero sepan que estoy

¹ <https://www.instagram.com/celesteiann/>

² https://www.youtube.com/watch?v=_6D1xpOZ-34

³ <https://www.youtube.com/watch?v=jdimSz9yJ8c>

bien. Ahora también me dieron ganas de tomar jugo de pomelo” (“Pomelazo”: el reto de una joven a sus miles de seguidores para festejar su trasplante de médula, 2023). Ahí aparece el comentario de una seguidora invitando a un “pomelazo” cuando su médula empieza a funcionar, es decir, un brindis virtual con jugo de pomelo compartido por las redes. Celeste tomó esta idea y la compartió porque le mejoraba el ánimo y no sentía sola, pero también transformó al “pomelazo” en mensaje más profundo:

¿Qué mensaje queremos transmitir con un jugo de pomelo? Que la vida tiene cosas muy valiosas y a la vez simples. A veces eso se nos pasa y lo normalizamos. Yo vengo hace semanas alimentándome por vena por el dolor que me causa comer porque tengo llagas en todo el tubo digestivo. En situaciones así, lo único que deseas es algo simple como tomar un vaso de pomelo” (“Pomelazo”: el reto de una joven a sus miles de seguidores para festejar su trasplante de médula, 2023)

El dolor físico y el sufrimiento psíquico resultan indeseables, y a la vez, nos atraviesan a todos como seres humanos en mayor o menor medida. Si algo hay que destacar del padecimiento, es que nos ubica en otra posición ante la vida, nos aporta una mirada desde otra perspectiva, incluso, hasta un impulso vital. En el mejor de los casos, para algunos sea una nueva oportunidad y accionen por un futuro más deseable, tal vez

para otros aporte una revalorización de pequeños gestos, actitudes y actividades que no solían darle importancia y se perdían en la acelerada cotidianeidad. Claro está que mantener una actitud positiva aun frente a la adversidad no se logra solos: la familia, los amigos, el personal médico.. y también, las redes sociales donde Celeste amplió el alcance de la misma convirtiéndola, verdaderamente, en una red de apoyo dentro de su microsistema más próximo.

Si observamos las características del apoyo social que venimos sosteniendo en este ensayo, el papel protector de esta verdadera comunidad (en sus largas internaciones en hospitales, las redes sociales funcionaron para ella como conectores con el afuera, pero asimismo, sus amigos de las redes también mantenían verdaderos vínculos) radica en que sus miembros satisfacen necesidades básicas de identidad, afecto y validación, como así también, han podido poner en práctica los recursos propios de las redes sociales al servicio de los momentos de crisis compartiendo información, escuchando, demostrando interés y empatía.

21

“Mi última quimio”

Otro fenómeno social de los últimos tiempos, es el festejo de la última quimioterapia. Y digo social, porque no se reduce al microsistema del paciente. “La última quimio” se expone abiertamente en el hospital, incluso en la calle. Es muy común decorar con globos y pegar carteles en los autos. Se comparte la alegría del logro alcanzado con todos aquellos que forman parte de la comunidad y también es una instancia de agradecimiento. El efecto que pretende este festejo va más allá de lo individual: desestigmatizar la enfermedad y los pacientes, visibilizar las problemáticas de salud y romper con el tabú del aislamiento.



22

Conclusiones

Con frecuencia, las personas que atraviesan una enfermedad física y sufren malestares emocionales como resultado de esta situación, se ven descuidadas de la promoción de su bienestar psicológico. Dada la alta prevalencia de depresión en pacientes oncológicos, el eje de este ensayo ha sido la prevención de la misma y la

promoción de la calidad de vida a través de los factores protectores de la salud psíquica. Esta perspectiva es la que dio origen a la psicooncología en su carácter preventivo del malestar emocional tanto del paciente como de su entorno significativo.

Partimos del supuesto que atravesar la enfermedad oncológica trae aparejado una serie de reacciones que abarcan un continuum de sentimientos esperables de vulnerabilidad, temor, tristeza hasta crisis que pueden resultar incapacitantes como la depresión. Ubicamos el duelo oncológico como un proceso normal y adaptativo que el paciente experimenta como pérdida de su salud, seguridad, control, identidad, etc. El psicooncólogo deberá distinguir entre las reacciones y sentimientos esperables propias de las fases del duelo, de aquellas conductas y emociones que conduzcan a una depresión y por tanto, empeoren su adherencia al tratamiento y su calidad de vida.

Pusimos especial atención al momento del diagnóstico de cáncer por considerarse la etapa más crítica para el paciente ya que representa un importante impacto psíquico en la persona que lo recibe y su entorno. Ocasión donde los factores protectores pueden mitigar el padecimiento actual y prevenir padecimientos futuros.

Situamos el apoyo social como uno de los factores protectores más importantes en la prevención del malestar emocional en los pacientes oncológicos. Definimos al apoyo social como una red -formal e informal- de interacciones entre individuos o grupos de carácter complejo y dinámico que responde a las necesidades o demandas del contexto. Su particularidad protectora, en este caso, viene dada por poder ofrecer sostén en momentos de crisis mediante afecto, aprobación, contención, consejos, identidad, etc. así como por ofrecer recursos sociales para afrontar situaciones de estrés.

Por su parte, los recursos de afrontamiento, es decir, aquellos esfuerzos cognitivos y comportamentales constantemente cambiantes que lleva adelante la persona para adaptarse a las nuevas demandas de la enfermedad oncológica y conducir a la aceptación de la misma, no podrían sostenerse sin el adecuado apoyo social. La enfermedad modifica no solo al paciente, sino a su microsistema (familiar, amigos, laboral, etc) con cambios de roles, surgimiento de nuevas necesidades, incorporación de nuevas tareas, requiriendo esfuerzos compartidos y afectos que sostener. El apoyo social reacciona a la nueva circunstancia estresante y por tanto, el afrontamiento es compartido y se realiza sobre esa situación en particular. Se hace necesario conocer aquello que el paciente y su microsistema afronta desde lo significativo, qué es lo que perciben como dificultad, cuales son las creencias que dirigirán sus acciones.

En ese sentido, pudimos observar cómo las creencias culturales y los discursos sociales del macrosistema respecto de la enfermedad de cáncer pueden resultar estigmatizantes y desmoralizantes y constituir un obstáculo en el afrontamiento. Desde la teoría cognitiva de la depresión de Beck observamos cómo la persona depresiva estructura su realidad por medio de interpretaciones sesgadas y desadaptativas de los hechos, lo que la conduce a obtener una visión negativa de sí misma, de su mundo y de los demás. Circunstancias adversas, especialmente duelos percibidos o reales, pueden activar patrones cognitivos que conduzcan a un procesamiento de la información, en palabras de Beck "erróneo", aunque preferimos decir rígido o unilateral.

Se torna necesario, como tarea psicooncológica, construir en conjunto interpretaciones más adaptadas y creativas que no coloquen al enfermo en una batalla difícil de librar o un escenario desolador y culpabilizante.

A la par de los discursos sociales estigmatizantes surgen, paulatinamente en el campo social influencers que tienen cáncer o lo han superado, concientizando a la población y acompañando a quienes la padecen, como así también todo tipo de festejos colectivos que señalan el fin de tratamiento. Se trata de redes informales que producen

23

un discurso más amable con la enfermedad y lo colectivizan, a la par que satisfacen necesidades de contención, afecto, información, etc.

Referencias bibliográficas

Amar Amar, J., Abello Llanos, R., Acosta, C. (2003) Factores protectores: un aporte investigativo desde la psicología comunitaria de la salud Psicología desde el Caribe, núm. 11, enero-junio, 2003, pp. 107-121 Universidad del Norte Barranquilla, Colombia

American Cancer Society (2020, febrero 1) Cambios emocionales de salud mental y de estados de ánimo. Recuperado de: <https://www.cancer.org/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/efectos-secundarios-fisicos/efectos-secundarios-emocionales/depresion.html>

Alonso Fernández, C.; Bastos Flores, A. (2011) Intervención Psicológica en Personas con Cáncer. *Clínica Contemporánea*, 2, Págs. 187-207 <http://dx.doi.org/10.5093/cc2011v2n2a6>

Aranda B. C.; Pando M. (2013). Conceptualización del apoyo social y las redes de apoyo social. *Revista IIPSI Facultad de Psicología UNMSM, Vol. 16 - N.º 1 - Pp. 233 - 245.* <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8176466>

Beck, A.; Rush J.; Shaw B.; Emery G. (2005). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. Desclée de Brouwer.

Bronfenbrenner, U. (2018). *La Ecología del desarrollo humano*. Paidós, Barcelona.

Carmona Duque, P. A; Villegas, M. J. (2009) Intervención psicológica para la depresión desde la terapia cognitiva basada en los fundamentos de Beck. *Grafías Disciplinarias de la UCPR, N.º 9*, págs. 51-66. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6093548>

Cucho Avalos, R. A. (2018) Tesis de pregrado. Prevalencia y factores asociados a depresión en pacientes en tratamiento del servicio de oncología médica en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann - Tacna, Perú.

Dubersarsky, C.; Orlando, A.; Mazzeo, M.; Bachmeier, E.; Visotsky, S. (2019). *Cáncer: historias de pacientes*. Editorial Autores de Argentina.

Fernandez-Robles, C., Greenberg, D., Pirl, W. (2017) *Psicooncología: enfermedades psiquiátricas concomitantes, complicaciones y tratamiento del cáncer*. Tratado de Psiquiatría Clínica Massachusetts General Hospital. Capítulo 56/94 Recuperado de: <https://sncpharma.com/wp-content/uploads/2020/12/56.-Psicooncolog%C3%ADa.pdf>

Ferrara, F. (1985) "Conceptualización del campo de la salud" en *Teoría social y Salud*. Cap. 1. Catálogos. Bs. As

Fuchs-Tarlovsky, V., Bejarano, M., Álvarez A., K., Godoy, M., & Fernández K., N. C. (2013). Efecto de la Presencia de los Familiares sobre la Depresión en Mujeres Hospitalizadas con Cáncer. *Revista Venezolana de Oncología*, 25(3),190-195.[fecha de Consulta 15 de Diciembre de 2022]. ISSN: 0798-0582.

Global Cancer Observatory (2020) Recuperado de:
<https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/32-argentina-fact-sheets.pdf>

Guerrero Alcedo, J. M.; Prepo Serrano, A.; Loyo Álvarez, J. G. (2015) Autotrascendencia, ansiedad y depresión en pacientes con cáncer en tratamiento. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, vol. 15, núm. 2, pp. 297-309.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180445640017>

Maero, Fabiàn. (20 de septiembre de 2019) *El contexto de la depresión*. Grupo ACT Argentina. Recuperado de:
<https://grupoact.com.ar/el-abordaje-contextual-e-integral-de-la-depresion-una-propuesta/>

Moreno Jiménez, Bernardo. (2011). Factores y riesgos laborales psicosociales: conceptualización, historia y cambios actuales. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 57(Supl. 1), 4-19.

Llorente Pérez, J.; Macea Tejada, A. B.; Herrera Herrera, J. L. (2019) Depresión en pacientes diagnosticados con cáncer en una institución de IV nivel en Montería, Colombia. *Revista Enfermería Global*, 56, 230-241.
<http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.4.354161>

Palao Tarrero, A. (2009) Tesis doctoral. Comparación de dos estrategias de intervención para la depresión del paciente oncológico. Ensayo clínico aleatorizado [tesis doctoral]. Madrid: Servicio de publicaciones del departamento de psiquiatría, Universidad Autónoma de Madrid; 1-286.

Pirl, W. F. (2004). Evidence report on the occurrence, assessment and treatment of depression in cancer patients. *Journal of the National Cancer Institute Monographs*, 32, 32-39.

“Pomelazo”: el reto de una joven a sus miles de seguidores para festejar su trasplante de médula (2023) TN.
<https://tn.com.ar/sociedad/2023/04/02/pomelazo-el-reto-de-una-joven-a-sus-miles-de-seguidores-para-festejar-su-trasplante-de-medula/>

Restrepo Forero, M. (1999). Psicooncología y calidad de vida. *Revista Colombiana de Psicología*, (8), 106–119.
<https://revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/view/16096>

Robert, V.; Álvarez, C.; Valdivieso, F. (2013) Psicooncología: un modelo de intervención y apoyo psicosocial. *Revista Medicina Clínica Condes*, 24, pp. 677-684.
https://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2013/4%20julio/14_Ps.-Ver-%C2%A6nica-Robert-M.pdf

Rodríguez Lorenzo, L. (2015) El apoyo social a las mujeres con cáncer de mama en la provincia de Santa Cruz de Tenerife. Trabajo Fin de Grado de Trabajo Social. Universidad de la Laguna. Facultad de Ciencias Políticas, Sociales y de la Comunicación.

Stagnaro, Juan Carlos; Cía, Alfredo; Vázquez, Nestor R; Vommaro, Horacio; Nemirovsky, Martín; et al., (2018) Estudio epidemiológico de salud mental en población general de la República Argentina; *Polemos; Vertex*; 29; 275-299

26

Stolkiner, A (2021) *Prácticas en Salud Mental*. En: *Prácticas en Salud Mental*. Cap.2. Noveduc. Bs.As.

Torrico Linares, E. Santín Vilariño. C, Andrés Villas, M., Menéndez Álvarez-Dardet S., López López, M.J. (2002, junio) El modelo ecológico de Bronfenbrenner como marco teórico de la Psicooncología. *Anales de Psicología*, Volumen (18), pp. 45-59.

Valencia Lara, S. C., (2006). Depresión en personas diagnosticadas con cáncer. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, Volumen (2), 241-257.

Wang X, Wang N, Zhong L, Wang S, Zheng Y, Yang B, et al. (2020) Prognostic value of depression and anxiety on breast cancer recurrence and mortality: a systematic review and meta-analysis of 282,203 patients. *Mol Psychiatry*, Volume (25) 3186–97. <https://doi.org/10.1038/s41380-020-00865-6>