



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA DEL URUGUAY
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TRABAJO FINAL DE GRADO
Elaboración Monográfica

**Resiliencia como una opción de salud en la clínica
oncológica**

Estudiante: Cinthia González
CI: 5.150.946-1

Tutora: Asist. Mag. Mariana Zapata Neves
Tutor Revisor: Asist. Dr. Lisandro Vales Motta

Febrero de 2020
Montevideo, Uruguay

“Es posible, que un momento de dificultad sea el que impulse la búsqueda hacia algo que vaya más allá de lo conocido. Llevando dicha búsqueda a mirar tanto dentro como fuera de nosotros mismos, para encontrar salidas o recursos y para podernos desplegar desde una dimensión de mayor libertad. Esta dimensión es la que puede, precisamente, permitirnos escoger nuestra actitud ante lo que no podemos cambiar.”

V. Frankl (1988)

Índice

1. Resumen.....	4
2. Abstract.....	5
3. Introducción.....	6
4. Desarrollo	7
Capítulo 1	
4.1 Resiliencia y aportes de diferentes autores.....	7
4.2 Trauma y resiliencia.....	9
4.3 Vulnerabilidad y resiliencia.....	15
4.4 Estrés, adversidad y resiliencia.....	17
4.5 Aportes desde las Neurociencias: neuroplasticidad y resiliencia.....	20
Capítulo 2	
5. Resiliencia en el ámbito clínico.....	22
5.1 Promoción de la resiliencia.....	24
Capítulo 3	
6. ¿Qué es el cáncer?.....	27
6.1 Impacto del cáncer en el psiquismo.....	29
6.2 Cáncer desde un enfoque integrativo PNIE.....	30
Capítulo 4	
7. Resiliencia y cáncer.....	32
7.1 Crecimiento postraumático y resiliencia.....	38
8. Reflexiones finales.....	40
9. Referencias bibliográficas.....	42
10. Glosario.....	50

1. Resumen

El presente trabajo monográfico se enmarca en el Trabajo final de Grado de la Licenciatura en Psicología, tiene como finalidad realizar una actualización bibliográfica sobre la resiliencia en la clínica oncológica, basándose en referentes teóricos del psicoanálisis, neurociencias y de la Psiconeuroinmunoendocrinología (PNIE). Se trabaja el concepto de resiliencia desde diferentes autores y se plantea su abordaje en el ámbito clínico hospitalario, siendo fundamental trabajar en la promoción de la misma en pacientes con cáncer, destacando la importancia de trabajar en los factores emocionales. El estudio de la resiliencia es relativamente reciente en la clínica oncológica y propone un cambio de perspectiva que se enfoca en la transformación de la subjetividad, que aporta a la superación y adaptación frente a la enfermedad.

Palabras claves: resiliencia, cáncer, clínica.

2. Abstract

The present monographic work is framed in the Final Degree Work in Psychology. Its purpose is to make a bibliographic update on resilience in oncology clinic, based on theoretical references of psychoanalysis, neurosciences and integrative psychology psychoneuroimmunoendocrinology (PNIE). The concept of resilience is worked from different authors and its approach in the hospital clinical setting is raised, being essential to work in the promotion of it in cancer patients, highlighting the importance of working on emotional factors. The study of resilience is relatively recent in the oncology clinic and proposes a change of perspective that focuses on the transformation of subjectivity, which contributes to overcoming and adapting to the disease.

Keywords: resilience, cancer, clinic.

3. Introducción

El siguiente trabajo monográfico tiene como objetivo principal realizar una actualización bibliográfica sobre la resiliencia en la clínica oncológica.

En el año 2019 tuve la oportunidad de realizar una práctica anual en el Instituto Nacional de Cáncer (INCA), trabajando con pacientes con cáncer y familiares, este acercamiento me permitió observar que algunas personas tenían mayores recursos para enfrentar la enfermedad, estas situaciones observadas me llevaron a revisar el concepto de resiliencia en pacientes con cáncer.

El recorrido de esta elaboración comienza por comprender qué es la resiliencia, cuáles han sido sus variaciones a lo largo del tiempo, basándose en referentes teóricos del psicoanálisis, las neurociencias y la Psiconeuroinmunoendocrinología (PNIE).

Se plantea su abordaje en el ámbito clínico hospitalario, siendo fundamental trabajar en la promoción de la misma, contribuyendo a disminuir el malestar y mejorar la calidad de vida en pacientes con diagnósticos oncológicos y en tratamiento.

El cáncer es una enfermedad que irrumpe en la vida de las personas, genera padecimiento a nivel físico y psíquico y ocasiona un desequilibrio general en la vida del paciente y de su entorno más cercano.

Según datos obtenidos de la Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer, el cáncer es la segunda causa de muerte en Uruguay, anualmente se registran más de 16.000 casos nuevos. Siendo esta población de particular interés de atención en las políticas públicas en salud.

4. Desarrollo

4.1 Resiliencia y aportes de diferentes autores

*No hay desgracias maravillosas.
Pero cuando sobreviene la adversidad,
¿hay que someterse?
Y si combatimos, ¿con qué armas contamos?
B. Cyrulnik (2001)*

La importancia por el estudio de la resiliencia en el campo de las ciencias sociales, psicología y psiquiatría surge en principio por el interés en el desarrollo de la psicopatología, como lo plantean Masten (1999) y Rutter (1987), el énfasis fue especialmente en los niños en riesgo de desarrollar psicopatologías debido a factores como; enfermedades mentales de los padres, problemas perinatales, conflictos interpersonales, pobreza o factores traumáticos como el abuso, abandono y la guerra.

Rutter, en la década del 70 definió el concepto de resiliencia en el ámbito psicológico, aludiendo al mismo como la capacidad de un individuo de reaccionar ante adversidades y recuperarse, significa un conjunto de cualidades que fomentan un proceso de adaptación exitosa y transformación a pesar de los riesgos.

Para Rutter (2007) la resiliencia no representa la inmunidad o impermeabilidad al trauma sino la capacidad de recuperarse en las experiencias adversas.

Podría decirse entonces que el concepto de resiliencia comenzó a analizarse hace ya unos 50 años, autores como Masten (1999) refiere a que ha habido una primera generación de autores dedicados a analizar el concepto y que ahora nos encontramos con una segunda generación, lo cual está permitiendo un claro avance en el conocimiento y utilidad de este concepto .

Años más tarde Melillo (2002), es quien denomina a esta segunda generación de investigadores, quienes modifican el concepto y su foco, como plantean Luthar, Cicchetti y Becker (2000), quienes introducen el término de resiliencia como proceso dinámico, teniendo como resultado la adaptación positiva en contextos de gran adversidad, estos autores distinguen tres elementos esenciales cuando nos referimos a resiliencia, siendo ellas; noción de adversidad, trauma, riesgo o amenaza al

desarrollo humano, también señalan la adaptación positiva o superación de la adversidad y concluyendo con el proceso que considera la dinámica entre mecanismos emocionales, cognitivos y socioculturales que influyen sobre el desarrollo humano.

Fergus y Zimmerman (2005) concuerdan que la resiliencia se refiere al proceso de superar los efectos negativos de la exposición al riesgo y al afrontamiento exitoso de las experiencias traumáticas y para que aparezca la resiliencia tienen que estar presentes tanto factores de riesgo como de protección que ayuden a conseguir un resultado positivo o reduzcan o eviten un resultado negativo.

Ser resiliente es tener la capacidad de recuperarse de situaciones traumáticas extremas y refleja la confluencia dinámica de factores que promueven la adaptación positiva a pesar de la exposición a experiencias adversas. Se considera que la resiliencia es un componente de la adecuada adaptación psicosocial y se asocia con la salud mental (Grotberg, 2006).

Es importante destacar que los autores de la segunda generación plantean que para que se desarrolle la resiliencia debe haber una experiencia traumática, estar expuestos a experiencias adversas y adaptarse a la mismas.

Grotberg (2006) destaca la noción de afrontamiento al estrés, plantea que es una capacidad humana que poseemos que nos permite afrontar el estrés en diferentes situaciones y que al enfrentar y lidiar con ello es cuando nos volvemos más fuertes, permitiendo producir cambios y minimizar o eliminar aquello que nos hace daño.

Lista (2008) considera que los sujetos que han vivido situaciones traumáticas en períodos de sensibilidad o vulnerabilidad, pueden superarlas y salir indemnes, sin embargo esto no significa que sus mecanismos resilientes producen una reparación sin secuelas. Estas se producen, pero el individuo puede encontrar nuevos equilibrios biológicos, psicológicos y sociales.

Esta segunda generación de investigadores le da al concepto de resiliencia una perspectiva más dinámica, variable en función de los riesgos y en el tiempo, así como la importancia del papel del vínculo familiar, social y comunitario (Zukerfeld y Zonis, 2006).

La tercera generación de investigadores piensa en términos de promoción de resiliencia, con lo que se entiende que cualquier sujeto puede desarrollar actitudes y comportamientos resilientes (Zukerfeld y Zonis, 2006).

De aquí derivan los nuevos modelos de salud y de calidad de vida y un cambio de paradigma, como señala Infante (2002) un individuo no solo carece y se enferma sino que es capaz de buscar sus propios recursos y salir fortalecido de la adversidad.

Melillo (2002) propone que la resiliencia puede ser medida y es parte de la salud mental y calidad de vida, aludiendo que cada día son más las personas que consideran la resiliencia como una característica fundamental de la salud mental.

En cuanto a los pilares de la resiliencia, Melillo (2008) enumera los siguientes: autoestima consistente, independencia, capacidad de relacionarse, sentido del humor, moralidad, creatividad, iniciativa y capacidad de pensamiento crítico. Con algunos de estos pilares más el soporte de otros sujetos que otorgan un apoyo indispensable, la posibilidad de resiliencia se asegura y el sujeto continúa su vida.

Como se ha mencionado la resiliencia es un proceso, un constructo dinámico, Melillo (2008) plantea que la resiliencia se teje, significa que no hay que buscarla sólo en la interioridad de la persona ni en su entorno, sino entre dos o más, porque anuda constantemente un proceso íntimo con el entorno social. Esto elimina la noción de fuerza o debilidad del individuo.

Para los autores mencionados, podemos concluir sobre la importancia de comprender la resiliencia como un nuevo paradigma de desarrollo, este concepto hace énfasis en el potencial humano introduciendo la importancia en la promoción de salud y cambio social (Poseck, Baquero y Jiménez, 2006).

4.2 Trauma y resiliencia

“Los traumas son siempre desiguales: sobrevienen en momentos diferentes y en distintas construcciones psicológicas, pero lo que nos ocurre no determina la dirección de nuestra vida, sino lo que nosotros hacemos con lo que nos ocurre” (Cyrułnik, 2001, p. 15).

Para comprender el proceso de resiliencia debe de existir previamente una experiencia traumática.

En cuanto a vivencia traumática, Freud (1991) ensaya una explicación basada en torno del factor común a todas estas experiencias: el factor cuantitativo, ya que sostenía, en todos los casos se produce, aun por distintas vías, un incremento de la

cantidad de energía psíquica que impide el procesamiento de la experiencia, la que permanece sin elaboración psíquica, aumentando la posibilidad de afectar al sujeto independientemente del paso del tiempo.

Según lo desarrollado por Baranger, Baranger y Mom (1988) la forma y metabolización de la angustia automática que emerge en una situación determinada será un indicador clínico de lo traumático al tiempo que funcionara como el factor que adjudica las cualidades traumatogénicas al evento fáctico desencadenante.

Benyakar (2005) afirma:

Una vivencia será traumática no por ser penosa y dolorosa en sí, sino a causa de una falla en los procesos de integración, o más específicamente de articulación, falla que impide el enlace del afecto con su concomitante representacional que hubiera conformado la vivencia normal y metabolizable. Lo que determina que una vivencia sea traumática es el corte de la continuidad procesal, producido por la desarticulación o no articulación entre el afecto y la representación.(p.111)

Para Laplanche y Pontalis (1973) el trauma es definido como acontecimiento de la vida de un sujeto caracterizado por su intensidad, la incapacidad del sujeto de responder a él adecuadamente y los efectos patógenos duraderos que provocan en la organización psíquica.

Estos autores describen un funcionamiento psíquico donde lo traumático, es decir el éxito de lo disruptivo, puede ser procesado y dar a transformaciones que no pueden reducirse ni a procesos primarios ni a procesos secundarios en el sentido freudiano clásico, se plantea que existe una necesidad metapsicológica de retomar y reformular la noción de procesos terciarios introducida por André Green en la década del 70.

Zukerfeld y Zonis (1999) sostienen que el sujeto sobrelleva la adversidad construyendo una salida vital para superar el trauma, produciendo una modificación de su yo, la escisión como un hecho fundante del aparato psíquico, como una condición del ser humano, y la incluye en su descripción de una tercera tópica.

En el desarrollo de la tercera tópica estos autores afirman que es la fluidez libidinal necesaria para la creación de condiciones psíquicas nuevas que capturen y transformen el efecto traumático, y gracias a la implicación de los funcionamientos

primarios y secundarios, los procesos terciarios dan cuenta de lo escindido para poder construir lo nuevo, se trata entonces de articulaciones en distintos niveles y tópicos (Zukerfeld y Zonis, 1999).

La creación de lo nuevo, es en realidad una construcción colectiva en el sentido de otro a quien decir, con quien construir un relato y/o realizar una acción transformadora. Desde el punto de vista metapsicológico esto es lo que constituye la posibilidad de un desarrollo resiliente (Zukerfeld y Zonis, 2006).

Más allá de la experiencia traumática vivida lo que importa es el significado que se le atribuye, las personas que están heridas pueden decir respecto al trauma, que no se es más que una pobre víctima o que se es un héroe, ya que todas las penas son soportables si las convertimos en un relato (Zukerfeld y Zonis, 1999).

Para Dubourdieu(2008):

El valor traumático de un acontecimiento dependerá de su traducción subjetiva, por lo que las pruebas que se basan en la identificación de estresores son relativas, teniendo mayor sentido las que refieren a la identificación de síntomas de estrés y lo que es traumático para alguien puede no serlo para otro, e inclusive variar en un mismo sujeto en diferentes momentos o circunstancias. (p.62)

Zukerfeld y Zonis (1999) destacan la importancia de cómo el comportamiento influye en el soma. Las creencias, formas de pensar y sentir influyen en el funcionamiento corporal y desde el campo del comportamiento se desarrollan interrelaciones que repercuten sobre lo familiar social y sobre el propio funcionamiento psíquico.

Ferenczi (1933) habla de una memoria corporal, en el cual al no suceder la percepción y la descarga motriz de esta, el suceso no quedó inscripto en el primer tipo mnémico ni podrá ser normalmente recordado, sino que permanece respecto del pensar-recordar disociado, reactivable como descargas emotivas o acciones, una especie de memoria traumática.

Desde el punto de vista psicoanalítico estos autores definen la resiliencia como una metamorfosis subjetiva producto de la activación de un potencial que implica funcionar en proceso terciario, es decir, con la fluidez libidinal necesaria para la creación de condiciones psíquicas nuevas que capturen y transformen el efecto

traumático con la imprescindible existencia de vínculos intersubjetivos (Benyakar, 2006).

Zukerfeld y Zonis (1999) plantean que para el psicoanálisis tradicional los procesos primarios y secundarios son modos de funcionamiento que han quedado asimilados a oposiciones como principio de placer: principio de realidad y energía libre: energía ligada.

Para estos autores los procesos primarios corresponden a una estructura edípica conflictiva (EEC) universal y común a todo sujeto hablante que constituye por la existencia de la represión la condición de posibilidad del pensamiento, las fantasías, los sueños, los síntomas psiconeuróticos, los actos fallidos y las transferencias. Es decir que se trata de un conjunto de transformaciones progresivas y regresivas de alta complejidad donde existe inestabilidad e instancias en conflicto (Zukerfeld y Zonis, 1999).

El proceso primario y el proceso secundario, aluden a los dos modos de funcionamiento del aparato psíquico, el primero caracteriza el sistema inconsciente en el que la energía psíquica fluye libremente, pasando sin trabas de una representación a otra según los mecanismos del desplazamiento y condensación, siguiendo la trama del deseo y está al servicio del principio de placer, en tanto el proceso secundario, caracteriza el sistema preconscious consciente, dónde la energía es primeramente ligada antes de fluir en forma controlada; las representaciones son catectizadas de una forma más estable, la satisfacción es aplazada, permitiendo así experiencias mentales que ponen a prueba las distintas vías de satisfacción posibles y corresponde al principio de realidad (Zukerfeld y Zonis, 1999).

Desde esta perspectiva el aparato psíquico, o si se quiere la subjetividad, funcionará a predominio de procesos primarios o secundarios de modo que las formas de pensar, sentir y de actuar de un sujeto se dirimirán entre lo primitivo: el impulso y lo evolucionado: el pensamiento, que es lo que sería normal o saludable (Zukerfeld y Zonis, 1999).

Green (1972) se cuestiona: ¿En qué criterios puede un psicoanalista sustentarse para definir la normalidad? y se responde que en el proceso de la cura analítica es claro que no puede considerarse como tal ni al control racional excesivo propio de insuficiente proceso primario, ni cuando la supresión del control adopta la

forma caricaturesca de la desagregación del pensamiento del insuficiente proceso secundario. Plantea la necesidad de crear un tercer tipo de procesos que considera justamente terciarios y que define como aquellos procesos que ponen en relación los procesos primarios y secundarios, de tal manera que los primarios limitan la saturación de los secundarios y los secundarios la de los primarios. Esta puesta en relación constituye un equilibrio inestable asociado a la constitución de un campo de ilusión.

Todas las manifestaciones provenientes del inconsciente escindido, es decir, de lo irrepresentable en condiciones normales de fluidez libidinal, tampoco se saturan o agotan totalmente en la descarga, de esta manera pueden ponerse en relación con la producción creativa que se dio en la implicación de procesos primarios y secundarios. Éste sería el lugar de lo que específicamente se denomina creación, como novedad que genera nueva subjetividad. La mayor y más profunda creación, proviene de darle nombre y posibilidad transformadora a lo irrepresentable, que en última instancia es efecto de lo traumático (Green, 1972).

Si lo nuevo es lo que en un tiempo anterior no tenía existencia y ahora la tiene, es porque estaba fuera del preconscious pero no por estar reprimido, sino por no haber tenido nunca representación. De allí que la noción de creación adquiere una dimensión importante desde el campo de lo irrepresentable. Es decir, de aquello que no tenía una representación previa, y que gracias a los procesos simbólicos justamente ha creado una (Zukerfeld y Zonis, 1999).

Como se ha mencionado, Zukerfeld y Zonis (1999) refieren a que los procesos terciarios dan la posibilidad del desarrollo de la creatividad y transformación de la realidad. Pero la realidad externa puede tener un alto valor traumático y entonces se hacen necesarios nuevos encuentros fundantes con objetos sustitutos para permitir reorganizaciones. Esta vicisitud es dependiente por un lado de la magnitud de la realidad traumática en tanto sobrecarga y por otro lado la organización del aparato y su capacidad de significación. Por lo tanto el modelo de tercera tópica permitirá representar la estructura de un aparato psíquico escindido, con una defensa frente a la pulsión y una defensa frente a la violencia de la realidad.

Para Zonis Zukerfeld (2016), en la descripción de la tercera tópica se describen tres dinamismos: el clásico de la represión que determina que accede y cómo a la conciencia, el de la escisión como vaivén que determina el predominio en la percepción de aquello expresable en el orden de la palabra y/o de aquello inefable

propio del orden somático y del acto, y por último la dinámica vinculante de los procesos terciarios que ponen en relación a esos dos órdenes. Esta última dinámica constituye la articulación de lo representable y la riqueza fantasmática del preconscious con lo que se encuentra escindido: es justamente el campo donde se desarrolla lo que denominamos el potencial heurístico del sujeto a través del lazo social con el otro, es decir, el campo de la creación de lo nuevo.

La presencia del otro, en el sentido de sostén del impacto, es lo que da lugar a que la descarga escindida pierda su eficacia traumática o adquiera otra cualidad. Este proceso se hace en presencia y junto a otro, en donde ambos se modifican, porque algo de lo irrepresentable adquiere una representación que nunca tuvo. Esta forma de relación constituye un verdadero proceso creador para el psiquismo, en el sentido de lo nuevo que genera una nueva subjetividad. A este proceso se le considera como terciario, porque se trataría de investir lo nunca investido (Zukerfeld y Zonis, 1999).

Como se ha mencionado, en cuanto a la noción de metamorfosis subjetiva, Zukerfeld y Zonis (2006) plantean que es producto de la activación de un potencial, mencionan que existe una fuerte transformación de la subjetividad que logra convertir el daño en fortaleza a partir de una capacidad universal propia de todo ser humano que es recrear e inventar. Este autor hace énfasis en la importancia de la existencia de vínculos intersubjetivos: la existencia alude tanto a la presencia como a su interiorización, pero esta última no es posible si no hubo presencia.

Cyrułnik (2001) introduce el concepto de tutor de resiliencia quien es definido como una persona, un lugar, un acontecimiento, una obra de arte, que provoque un renacer del desarrollo psicológico tras el trauma. Casi siempre se trata de un adulto que encuentra al niño y que asume para él el significado de un modelo de identidad, el viraje de su existencia, un encuentro significativo puede ser suficiente.

Continuando con la importancia de los vínculos significativos, Zukerfeld y Zonis (2011) plantean la importancia del vínculo analítico, destacan que deben de haber ciertas condiciones para que dicho proceso terapéutico se desarrolle, siendo ellas: el encuentro de códigos compartidos por efecto de la traducción mutua como comprensión y la plasticidad inherente a valorar la improvisación como posibilidad de creación de lo nuevo en el intercambio.

Para Coderch (2010): "Toda relación que se desarrolla entre analizado y analista, llamémosla transferencia o contratransferencia no es una creación de uno o el otro sino que es absolutamente una co creación" (p.355).

Se trata de otro que brinda amor incondicional y de hecho corrige un desarrollo a través de una interacción que se construye como un tejido, una trama productora de nueva subjetividad. De esta forma Zukerfeld y Zonis (2011) definen con claridad el desarrollo resiliente a través del papel fundamental que posee la calidad de la narrativa y su construcción con otro.

4.3 Vulnerabilidad y resiliencia

Otro concepto que forma parte de la resiliencia es el de vulnerabilidad, Zukerfeld y Zonis (1999) han planteado que:

Desde el punto de vista psicoanalítico la vulnerabilidad podría entenderse como el resultado de la cristalización de un modo de funcionamiento psíquico universal que consideran propios del inconsciente escindido, que consiste en huellas activables pero no evocables producto de las vivencias traumáticas. Este funcionamiento coexiste con el organizado alrededor del conflicto y la represión, que en las neurociencias está asociado a las memorias declarativas propias del circuito hipocampo-cortical. (p.113)

Continuando con Zukerfeld y Zonis (1999) es el predominio de lo escindido lo que define a la vulnerabilidad, puesto que el aparato psíquico nace de un encuentro que activa y sostiene su organización que es lo que permite desarrollar transformaciones de la realidad. Esta secuencia lógica encuentro-organización-transformación se altera por la adversidad de la carencia y /o el exceso y puede necesitar un segundo tiempo de suplencia, es decir, de un nuevo encuentro para que se produzca una nueva organización y nuevamente se puedan realizar acciones transformadoras. Existen de hecho potenciales auto organizantes, pero es evidente la necesidad del encuentro para que estos se activen.

El desarrollo resiliente produce una fuerte transformación de la subjetividad que logra convertir el daño en fortaleza y evitar que la herida devenga minusvalía a través de la capacidad de recrear e inventar. Esto implica que las heridas existen y no pueden negarse (Zukerfeld y Zonis, 2011).

Por otra parte la experiencia clínica muestra que aún en condiciones muy adversas es posible que haya cambios significativos confiando en los potenciales salutogénicos. Los autores mencionados se cuestionan si es posible entonces para un psicoanalista pensar lo traumático teniendo en cuenta las posibilidades transformadoras, es decir, lo que entienden como desarrollos resilientes, y afirman que si es posible y en especial porque estos desarrollos en realidad corroboran muchos planteos teóricos y clínicos sobre el papel de los vínculos intersubjetivos, más allá de las diferencias entre las diferentes corrientes que lo sustentan (Zuckerfeld y Zonis, 2011).

La definición de vulnerabilidad que proponen Wisner, Blaikie, Cannon y Davis (2004) la formulan como aquellas características con las que cuenta una persona ante una situación determinada, que influyen en su capacidad de anticipación, resistencia y recuperación ante una amenaza, esta definición cuenta con elementos similares a las que tiene el concepto de resiliencia dado que también aparecen los tres elementos descritos por Luthar et.al (2000): proceso, adversidad y adaptación positiva, que podría llevarnos a pensar que existe un solapamiento entre ambos.

Desde este punto de vista, la diferencia principal se encuentra en que la vulnerabilidad tiende a aumentar una consecuencia negativa y la resiliencia intenta disminuir esas consecuencias. Es decir que una persona vulnerable tendría un nivel de resiliencia baja y viceversa. Por ello la invulnerabilidad la podríamos integrar entre los elementos necesarios para aumentar los niveles de resiliencia (Luthar et al.2000).

Desde una perspectiva neurocientífica Lista (2008) afirma que:

La resiliencia es un fenómeno complejo que depende de variables biológicas y psicosociales. De acuerdo al patrimonio biológico y a nuestra historia de vida estaremos en algún lugar del espectro alta resiliencia/baja vulnerabilidad-baja resiliencia/alta vulnerabilidad. De acuerdo a estas características tendremos menos o más posibilidades de enfermarnos, envejeceremos menos o más rápido y moriremos más tarde o más temprano. Incluso sabemos que dentro de los fenómenos biológicos que hacen a un individuo altamente resiliente, se encuentran genes asociados a una mayor longevidad. (p.242)

Para la psicoterapia integrativa PNIE, Dubourdieu (2010) plantea que la vulnerabilidad es una condición de predisposición o de fragilidad, producto de diversos factores. También es una condición multidimensional, resultado de una predisposición

biológica, genética o adquirida, o por circunstancias presentes o expectativas negativas sobre el futuro.

Dubourdieu (2010) destaca: "La importancia del apoyo vincular, ya que la falta del mismo vuelve más vulnerable al sujeto, pues podría officar como amortiguador de respuestas de estrés"(p.57).

Continuando con Dubourdieu (2012) Si se poseen recursos protectores de personalidad, como haber sido querido o valorado aunque sea por una sola persona significativa y haber tenido experiencias positivas o una red de sostén vincular, se puede salir resiliente de esta situación.

"Recursos propios y del ambiente, favorecerá entonces la resiliencia. Las experiencias positivas refuerzan circuitos serotoninérgicos y factores neurotróficos saludables. Estos amortiguan el impacto de posteriores estresores sobre la red PNIE" (Dubourdieu, 2012, p.58).

4.4 Estrés,adversidad y resiliencia

Para Vales (2011):

El término estrés alude a una reacción del ser humano ante situaciones amenazantes o de excesiva demanda, y pueden estar al servicio de la supervivencia del sujeto y de la especie. Cuando se generan respuestas eficaces y controladas por el sujeto que permiten una mejor adaptación se denomina eustrés. (p.179)

Los estilos de vida actuales tales como: la reducción de horas de sueño, dificultades económicas, como los acontecimientos significativamente negativos como: catástrofes, fallecimiento de un ser querido, ruptura de relaciones, desempleo, el anuncio de una enfermedad crónica, pueden generar respuestas del sujeto que impliquen una inadecuada adaptación. Cuando estas reacciones se prolongan en el tiempo se produce una sobrecarga en el organismo que puede desencadenar problemas en la salud, y esto se conoce como distrés (Vales, 2011).

Castes (2014) comienza hablando de estrés refiriendo a que la clave de un determinado tipo de reacción de una persona frente a un estresor está en la percepción que tiene de dicho evento, la percepción es la que subsecuentemente va a activar los sistemas fisiológicos en el cuerpo para generar la respuesta de estrés, con la liberación de neurotransmisores y hormonas que son los mensajeros entre el

cerebro y el cuerpo. Esta es una respuesta adaptativa a corto término y positiva para el individuo, pero que puede producir daño cuando es de larga duración.

Vales (2011) explica que existen ciertas neuronas involucradas en la respuesta al estrés, las cuales son responsables de la regulación neuroendocrina, autonómica y conductual. En este circuito, estas neuronas por un lado se encargan de proyectar a los sitios de control de la respuesta autonómica y al sistema límbico, generando la respuesta de ansiedad. Por otro lado, liberan la neurohormona CRF (factor de liberación de ACTH) al sistema porta que conecta el hipotálamo con la adenohipófisis, estimulando la liberación de la hormona ACTH (adrenocorticotrópica) al torrente sanguíneo. Ésta a su vez activa la formación de glucocorticoides, por ej. cortisol, en la corteza suprarrenal, configurando de esta forma el eje HHA (hipotálamo hipófisis adrenal). Los glucocorticoides retroalimentan negativamente a la hipófisis y al hipotálamo a fin de regular la concentración de ACTH y CRF respectivamente. Estas hormonas también actúan sobre el hipocampo alterando los procesos mnémicos y el sistema inmune modificando su actividad.

La repetición de eventos estresantes causa atrofia en las neuronas del hipocampo que es reversible cuando la exposición a glucocorticoides o al estrés se interrumpe. Sin embargo, cuando la exposición a glucocorticoides o estrés se prolonga por meses o años, el daño puede llegar a ser permanente (Vales, 2011).

Para Lista (2008): " Los seres humanos respondemos en forma diferente frente a las mismas circunstancias estresantes. La forma o repertorio conductual singular depende de variables biológicas, psicológicas, culturales etc." (p.147).

Dubourdieu (2008) afirma desde la PNIE que los desarrollos actuales sobre el estrés aluden a la conjunción de la característica del estresor, intensidad, tiempo de exposición y la manera en que el individuo evalúa e interpreta consciente e inconscientemente el significado amenazante de un evento, incidiendo en ello sus experiencias anteriores, sus recursos y mecanismos de coping o afrontamiento y circunstancias ambientales, sociales y témporo espaciales.

Zukerfeld y Zonis (1999) consideran que el estrés en sí mismo no es perjudicial, por el contrario, el enfrentar situaciones estresantes o crisis vitales pone en marcha recursos del individuo y técnicas de afrontamiento que cuando son eficaces generan sentimientos de seguridad y confianza en sí mismo y una posibilidad de crecimiento personal.

Sin embargo el riesgo aparece cuando no se cuenta con los recursos para afrontar las adversidades de la vida, o cuando se producen reiteradas situaciones de estrés de alto o bajo impacto que incluyen situaciones que no terminan de resolverse y que van debilitando la capacidad de afrontamiento (Zuckerfeld y Zonis, 1999).

Melillo (2008) sostiene que con frecuencia, el estrés crónico, y su efecto insidioso altera el organismo y el psiquismo en un nivel inconsciente. Por otro lado, la autoestima, con la ayuda y la mirada de los demás, siempre puede ser reorganizada y reelaborada por medio de nuevas representaciones, acciones, compromisos o relatos.

Lista (2008) plantea que es importante considerar los efectos del estrés en el organismo y en las emociones y cómo ello incide en las enfermedades oncológicas ya que afirma que los sistemas neuroendocrinos del estrés movilizan las defensas celulares y humorales del organismo, este efecto fisiológico es protector, pero se vuelve dañino cuando el organismo no puede desactivar estos mecanismos. En estas circunstancias se rompe la homeostasis inmunológica y varios fenómenos fisiopatológicos dañan al organismo y lo someten a una vulnerabilidad para patologías relacionadas con una caída en la actividad inmunológica, como el cáncer.

Como indican los autores referidos, en una situación de adversidad el estrés es el factor principal, que afecta el sistema inmunológico y propicia una vulnerabilidad hacia las enfermedades, entre ellas el cáncer.

“Los estados de ansiedad o depresión se relacionan también con una disminución del tono de serotonina tornando al sujeto más vulnerable a las respuestas de estrés al oficiar este como un factor amortiguador de las mismas”(Dubourdieu y Nassi, 2017, p.75).

Lista (2008) afirma:

Un patrón genético cerebral exitoso de respuesta al estrés no solamente aumentará las posibilidades de un individuo de ser feliz, sino que lo condicionará en su salud, enfermedad y muerte. Esta nueva visión nos dice que las causas, desarrollo y pronóstico de las enfermedades están determinadas por la interacción de factores psicológicos, sociales y culturales con nuestra bioquímica y fisiología. (p.157)

Melillo (2008) indica que el equilibrio siempre es dinámico. El riesgo es inherente a la vida y tanto la sobreprotección como la violencia ejercida sobre el sujeto

pueden destruir a largo plazo la resiliencia. De hecho una buena educación debe favorecer un continuo desplazamiento entre el riesgo y la protección; el niño explora nuevas experiencias: riesgo, pero con límites que garantizan su seguridad: protección.

En el hombre la resiliencia depende de factores biológicos: genes, sus redes regulatorias, su regulación epigenética, psicológicos: personalidad, historia personal, y sociales: familia, cultura, nivel socioeconómico, educación, etc. (Lista, 2008).

Para este autor esta capacidad de adaptarse exitosamente frente a la adversidad la ponemos en práctica todos los días en todo momento (Lista, 2008).

4.5 Aportes desde las Neurociencias: neuroplasticidad y resiliencia

Los aportes de las neurociencias a la psicología han dado cuenta de la constitución biopsíquica del sujeto desde un cerebro en construcción unido a la constitución de la subjetividad, emociones, memoria y cogniciones (Lancoboni, 2009).

El cerebro tiene capacidad para crear nuevas memorias y adaptarse a ciertos fenómenos adversos. Esta plasticidad neuronal, permite crear nuevas conexiones y perder otras. La neuroplasticidad comprende procesos biológicos de aprendizaje y memoria que se producen a partir de estímulos ambientales. Es una propiedad del sistema nervioso, que cambia dinámicamente en respuesta a la estimulación sensorial, cognitiva o el aprendizaje (Zapata, 2015, p.30)

Las experiencias y vivencias psicofísicas de todo sujeto dejan memorias en nuestro cerebro y ello nos torna seres únicos e irrepetibles y para poder instaurar nuevos circuitos de respuestas habrá que considerar que este bagaje propio de cada sujeto, incidirá en el procesamiento de los nuevos estímulos (Dubourdieu, 2008, p.79).

“La instauración de nuevos circuitos estará facilitada cuanto más tarde y menos intensas o crónicas hayan sido las fallas empáticas, generadoras de alteraciones psico orgánicas como consecuencia de estados crónicos de estrés” (Dubourdieu, 2014, p.79).

En una revisión realizada por Parra, Triana, Bolaños y León en 2014, se presentaron algunos de los principales conceptos sobre la relación entre estrés,

plasticidad y neurogénesis. Se realizó una diferenciación entre los efectos ocasionados por estrés crónico y agudo, tratando de establecer las interacciones que sobre estos efectos ejercen algunas variables tales como el género o el rango de edad, se enfatizó en los efectos comportamentales para finalmente revisar algunas de las formas de intervención actualmente más usadas para el tratamiento del estrés.

Los resultados obtenidos fueron que la disminución en los procesos de neurogénesis y plasticidad sináptica hipocampal varían, dependiendo de si se trata de estrés agudo o crónico, del sexo y de algunos otros factores que pueden predisponer para reaccionar con intensidad variable, incluyendo entre ellos la experiencia propia en la historia previa del individuo y su conformación genética. En cualquier caso, estas alteraciones están relacionadas de forma directa e indirecta con las disfunciones cognoscitivas y comportamentales características de la exposición al estrés. La importancia de conocer los efectos del estrés sobre el funcionamiento del cerebro, radica entre otras, en que se podrían proponer abordajes e intervenciones adecuados que permitan un bienestar psicológico de los individuos afectados. Se ha demostrado que el valor de un determinado organismo otorgado a una situación ambiental no depende de la característica en sí de la situación, sino de la forma en que esta es interpretada por el organismo.

Los efectos de los glucocorticoides sobre la fisiología del organismo que está expuesto al estrés son variados, afectan la fisiología cerebral, modulan la expresión genética, la inmunidad, la reproducción y la formación del hueso, estos efectos pueden proteger al organismo durante ciertas situaciones de estrés, pero en otras puede dañarlo (Heinze, 2001).

Otro hecho importante en las alteraciones estructurales que se asocian a una disminución de la resiliencia es la disminución de sinapsis, reduciendo dramáticamente el neuropilo en algunas zonas cerebrales como el hipocampo, sabemos que esta desaparición de sinapsis está también influida por los niveles cerebrales de cortisol (Lista, 2008).

5. Resiliencia en el ámbito clínico

Desde sus inicios el concepto de resiliencia viene aplicándose con mayor incidencia en el campo comunitario, educacional y político social, en el ámbito clínico hospitalario hace unos años se ha comenzado a investigar.

La psicología de la salud se podría definir como un conjunto de contribuciones educativas, científicas y profesionales a la promoción y mantenimiento de la salud, así como la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, las disfunciones relacionadas a la enfermedad, el análisis y mejora del sistema sanitario y formación de políticas sanitarias (Matarazzo, 1982).

Autores como Blanco y Valera (2007) afirman que la psicología de la salud debe esforzarse en facilitar herramientas a las personas que les permitan afrontar situaciones difíciles y también en potenciar sus habilidades, despertar su conciencia para transformar elementos del medio y dar fin a sus desdichas.

Tradicionalmente, desde el paradigma biomédico se pone énfasis en los factores de riesgo en salud; si se trabaja desde la perspectiva de la resiliencia se focaliza en las redes de apoyo, las interacciones, fortalezas y adhesión a indicaciones dadas por los profesionales de la salud, el foco estaría en la capacidad de generar modificaciones positivas en pro de la salud y el bienestar (Grotberg, 2006).

González, Valdez, Oudhof y González (2009) sostienen que la salud no es algo cuantificable, lo describen como un estado de equilibrio entre la persona y su medio. Ante situaciones de problemas de salud, son varias las posiciones en las que interviene la resiliencia: cuando se vive en primera persona por un riesgo de salud o una enfermedad determinada o cuando la situación corresponde a una persona cercana y querida, donde hay que afrontar su padecimiento.

Una Investigación llevada a cabo por Páez-Cala, realizada en Noviembre de 2019, sobre la salud desde la perspectiva de la resiliencia, tuvo como objetivo identificar cómo se incorpora el concepto de resiliencia a la salud y desde qué paradigma se efectúa este diálogo integrador. Para ello se realizó una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos científicos. Los resultados fueron que la resiliencia cuenta con el apoyo de la OMS (Organización Mundial de la Salud) y la OPS (Organización Panamericana de la Salud), lo cual implica una mirada optimista, en la que intervienen aspectos emocionales, cognitivos, interaccionales y sociales. Es una visión activa, que genera empoderamiento y capacidad de agencia en salud.

Requiere un quehacer interdisciplinario, para identificar y potenciar recursos, fortalezas, autonomía y autorresponsabilidad y difiere del énfasis tradicional desde el paradigma biomédico, centrado en la disfuncionalidad y en la patología. Se concluye que es prioritario articular la resiliencia para potenciar la salud en general, el bienestar y la calidad de vida, enfocado en personas, grupos sociales o en instituciones. Se destaca el papel activo y protagónico de las personas en el mejoramiento de su condición de salud y calidad de vida.

Palomar y Gómez (2010) plantean una serie de habilidades que desarrollan las personas resilientes, quienes logran mejorar y optimizar sus recursos para el mantenimiento de la salud, siendo estas habilidades:

a) Rápida respuesta ante el riesgo, actuar con rapidez ante los riesgos de salud implica un mayor nivel de protección.

b) Madurez precoz, un elemento importante para el mantenimiento de la salud es contar con la capacidad de autogestión de sí mismo lo antes posible.

c) Búsqueda de información, la información es una variable imprescindible para manejar adecuadamente los riesgos de salud.

d) Relaciones interpersonales positivas, contar con una red de relaciones interpersonales que puedan prestar ayuda en una situación de riesgo de salud.

e) Optimismo, capacidad de pensar en positivo ante situaciones de riesgo de salud.

f) Asunción de responsabilidad, capacidad de asumir la responsabilidad ante situaciones de riesgo de salud.

Las personas resilientes, por ende, consiguen mejorar y optimizar sus recursos para el mantenimiento de la salud. A través de estas habilidades se podrá potenciar la resiliencia (Palomar y Gómez, 2010).

Fernandes de Araújo, Teva y Bermúdez (2015) identifican una asociación entre presentar niveles altos de resiliencia y niveles bajos de trastornos psicopatológicos, concluyen que la resiliencia contribuye en la protección y adecuado afrontamiento del estrés, y que es benéfica para prevenir estados depresivos, ansiosos y situaciones traumáticas.

Podría considerarse que la promoción de la salud se asemeja a la promoción de la resiliencia, pero en realidad estos dos conceptos difieren, porque promover la resiliencia requiere una orientación más específica, acorde al ciclo vital, a las características de los individuos participantes en el proceso, y para una población particular y determinada (Ospina, Jaramillo y Uribe, 2005).

Según esta perspectiva, la promoción de la resiliencia se torna complementaria a las diferentes acciones en salud pública; su énfasis se centra en las posibilidades de cada participante para superar las dificultades, a lo largo de su ciclo vital, potenciando desarrollo humano en todas sus dimensiones (Ospina, et.al, 2005).

5.1 Promoción de la resiliencia

Rojas (2004) propone:

La promoción de la resiliencia en la salud debe de hacer foco en potenciar los factores de protección, posibilitando un equilibrio entre los estados de tensión y estrés, es por ello necesario preparar a los sistemas humanos para que fortalezcan la capacidad de enfrentar la adversidad e incorporar a los proyectos de vida, por tanto el papel del profesional será el de facilitador de los procesos de cambio que prioricen la motivación desde un abordaje interdisciplinario. (p.60)

Para Melillo (2008) el concepto de promoción implica anticiparse a la patología, una capacidad de actuar sobre factores de riesgo, antes que se traduzcan en problemas. Para actuar con mayor eficiencia, es imprescindible descubrir los factores de protección presentes en los sujetos, las familias y/o la comunidad en conjunto, para promoverlos y compensar los riesgos presentes.

Es necesario considerar la promoción de la resiliencia como un proceso de consolidación o fortalecimiento de la instancia yoica del sujeto, que de ese modo se vuelve más capaz para mediar los conflictos entre los deseos del sujeto, sus instancias críticas, el superyó y el ideal del yo y la realidad. De esta forma el yo aumenta su capacidad para instrumentar esos conflictos de un modo saludable y los conflictos pueden ser más manejables para el yo resiliente (Melillo, 2002).

“Las conductas resilientes suponen la presencia e interacción dinámica de factores, y los factores van cambiando en las distintas etapas de desarrollo. Las

situaciones de adversidad no son estáticas, sino que cambian y requieren cambios en las conductas resilientes” (Grotberg, 2002, p.22).

Melillo (2002) propone que: “Es necesario promover la resiliencia, y fortalecerla a lo largo de todo el ciclo de vida, ya que estos aspectos permitirán diseñar intervenciones que sean específicas para cada cultura, centrándose en áreas acotadas del desarrollo”. (p.41)

La evidencia científica demuestra que las personas resilientes tienen una recuperación y resistencia mayor ante los procesos de enfermedad y en el afrontamiento del dolor (García del Castillo, López, Sánchez y Díaz, 2016).

Como se ha mencionado la resiliencia es un constructo que abarca todos los aspectos de la vida de la persona, generando bienestar en la salud. Considerando las enfermedades crónicas como el cáncer es fundamental trabajar en la prevención y promoción, pero también en la importancia de favorecer conductas de salud y cambios subjetivos a raíz del diagnóstico de la enfermedad.

El impacto del diagnóstico de cáncer trae consigo una connotación sociocultural asociado a un proceso de irreversibilidad, sufrimiento, dolor y a la posibilidad de morir, la cual en la mayoría de los casos, no había aparecido antes (Robert, Álvarez y Valdivieso, 2013).

El aumento del estrés en el paciente se asocia a la falta de adhesión al tratamiento médico, la escasa satisfacción con los cuidados de la salud y la baja calidad de vida del paciente ante la enfermedad (Zapata, 2015).

En el cáncer el estrés ocurre a varios niveles. Primero, existe el estrés físico de la enfermedad en sí, desarrollándose dentro del cuerpo. Luego está el efecto físico de los tratamientos: quimioterapia, radioterapia y tratamiento hormonal, con efectos secundarios como náuseas y disminución de la energía. Por último los síntomas físicos activan un tipo de estrés psicológico, relacionado con la posibilidad de una recurrencia o la aparición de metástasis (Pocino y Castes, 2013).

Para Dubourdieu y Nasi (2017):

A partir del diagnóstico la enfermedad puede irse agravando o dar paso a una remisión o desaparición temporal o transitar hacia una cura definitiva. Para realmente recuperar la salud y eliminar el riesgo de una recaída o recidiva será

fundamental un tratamiento integral de todos los factores identificados que favorecieron o favorecen la enfermedad (p.63).

Cabe destacar que el proceso de una enfermedad oncológica requiere transitar por varias etapas, como plantean Fallowfield et al. (2006), en la fase del tratamiento, la calidad de vida del paciente se puede ver comprometida por los efectos secundarios de los diversos tratamientos a los que está sometido. Los resultados de los mismos varían, dependiendo de la clase de tratamiento, del tipo de cáncer, de la evolución de la enfermedad y de las características individuales del sujeto.

En la fase de periodo libre de la enfermedad, se presenta e intensifica la amenaza de volver a presentar la enfermedad, debido a los controles médicos que suelen realizarse en esta etapa. Se incrementan los niveles de angustia, tanto del paciente como de los familiares, lo cual desencadena en dudas y temores (Fallowfield et al., 2006).

La etapa de recidiva se caracteriza por un estado de choque intenso que es el que suele experimentarse en la fase de diagnóstico. Esto se debe al regreso de la enfermedad; por lo tanto, son muy comunes los estados de ansiedad y depresión del paciente, de los familiares e incluso de los profesionales de la salud (Fallowfield et al., 2006).

Para quienes han recuperado la salud luego de haber transitado por la enfermedad es importante trabajar sobre posibles temores de que vuelva a aparecer. La intervención del psicólogo se dirige a facilitar la expresión de miedos y preocupaciones y brindar estrategias para promover e incentivar la realización de diversos planes y actividades (Malca, 2005).

Dubourdieu y Nasi (2017) plantean que la experiencia clínica ha demostrado que la incorporación de la consideración de los factores psicoemocionales y el estado anímico de los pacientes combinando el abordaje médico, psicoterapéutico y psicosocial, pueden potenciar la salud.

Las intervenciones psicosociales no sólo mejoran la calidad de vida de pacientes con cáncer, sino que también extienden su sobrevivencia. Por eso la prevención y el tratamiento relacionado específicamente con el diagnóstico requieren una intervención interdisciplinar, para el fortalecimiento y mejoramiento de la calidad de vida del paciente (Lopez, Vailo, Garrido y Romero, 2017).

La psicología oncológica tiene relevancia en la comprensión y evaluación del estado biopsicosocial del paciente en su etapa inicial del diagnóstico y aporta en gran medida al tratamiento. Los pacientes con enfermedad oncológica enfrentan un antes, un durante y un después del diagnóstico, el afrontamiento y adaptación de las condiciones de vida dentro del tratamiento pueden variar desde las habilidades individuales, la educación y/o entendimiento de la enfermedad y el apoyo social y familiar que reciba el paciente, tanto el estrés como la depresión y ansiedad afectan directamente la calidad de vida y el bienestar percibido, no solo del paciente oncológico, sino también de su red de apoyo primaria y a sus cuidadores (Forgiony-Santos et.al, 2020).

El papel del psicólogo oncológico es de vital importancia en los siguientes aspectos; la promoción de habilidades de afrontamiento y resiliencia médica, psicoeducación al paciente y familia, la evaluación, atención y tratamiento a la salud mental (Forgiony-Santos et.al, 2020).

6. ¿Qué es el cáncer?

Castes (2014) explica:

El cuerpo está compuesto de muchos tipos de células, las cuales crecen y se dividen para producir nuevas células conforme el cuerpo las requiera y al finalizar su tiempo de vida ellas mueren. A veces este proceso ordenado de división se descontrola y siguen formándose células nuevas aunque el organismo no las necesite. Estas células han perdido la memoria sobre cómo morir, pudiendo formar una masa de tejido que es lo que se llama tumor primario. (p.85)

Pero no todos los tumores son cancerosos, los hay benignos, que pueden ser extirpados, y por lo general no vuelven a crecer, ni tampoco se alojan a otros tejidos o partes del cuerpo. En cambio, las células de los tumores cancerosos pueden invadir el tejido a su alrededor e incluso pueden dejar el tumor primario y viajar a otros órganos, formando un nuevo tumor en ese lugar, dando origen a lo que se conoce como metástasis (Castes, 2014).

“Sin embargo el sistema inmunológico es capaz de recordarle a esas células la memoria de cómo morir mediante mecanismos de citotoxicidad, logrando que la célula tumoral camine hacia su autodestrucción” (Castes, 2014, p.85).

De acuerdo con la definición establecida por la American Cancer Society (2018) cuando este proceso no es controlado, puede resultar en la muerte del paciente. El cáncer es habitualmente causado tanto por factores externos: tabaco, agentes químicos, radiaciones, e infecciones, como por factores internos: mutaciones heredadas, hormonas, condiciones inmunológicas, y mutaciones que pueden ocurrir como consecuencia del propio metabolismo.

Según datos obtenidos de la OPS (2014) y de la OMS (2018), el cáncer es la segunda causa de muerte en las Américas y en 2018 causó 1.3 millones de muertes y 3.7 millones de nuevos casos. Se estima que el número de casos aumentará un 32%, superando los 5 millones de nuevos casos en 2030, debido al envejecimiento de la población y la transición epidemiológica en América Latina y el Caribe.

En la página de Comisión honoraria de lucha contra el cáncer, se establece que en Uruguay anualmente se registran más de 16.000 casos nuevos, unos 13.000 excluyendo al cáncer de piel no melanoma y mueren unos 8.000 uruguayos por esta causa.

Nos encontramos ante la realidad de uno de los problemas sanitarios más relevantes de nuestra época.

Los datos encontrados en la página de la OPS (2014) y de la OMS (2018) establecen que dentro de los factores de riesgos que desencadenan la enfermedad se encontró que alrededor del 40% de todos los casos de cáncer podrían prevenirse evitando factores de riesgo clave como el tabaco, el consumo abusivo de alcohol, la dieta poco saludable y la inactividad física.

En Uruguay la Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer trabaja en niveles de prevención sobre la población en general y el personal de salud. La información que provee intenta llegar a la concientización de las personas sobre la importancia de los hábitos saludables y conocimiento del cuerpo que permitan identificar posibles señales de alerta que sean atendidas por el profesional en medicina. Para mantener un estado de bienestar propone: alimentación adecuada, ambientes libres de humo de tabaco, cuidados del sol, actividad física, prevención y diagnóstico oportuno en cáncer de mama y de cuello de útero.

Zapata (2015), "Observa que los aspectos emocionales no aparecen mencionados, reflejándose que aún falta tomar consciencia en el ámbito de la salud de su incidencia en el proceso de las enfermedades" (p.13).

6.1 Impacto del cáncer en el psiquismo

Haber sido diagnosticado de un cáncer es una experiencia que altera el curso de la vida, hay muchos factores que influyen en que esa experiencia conduzca a la persona a cambios psicológicos positivos o al deterioro personal (Rodríguez, Priede, Maeso, Arranz y Palao, 2011).

El diagnóstico de cáncer, como la enfermedad por sí misma, pueden ser considerados por un individuo, como eventos que actúan como agentes estresantes amenazantes. El diagnóstico de una enfermedad somática severa induce en la mayoría de los casos, una respuesta de estrés extremadamente alta (Pocino y Castes, 2013).

En relación al trauma que podría generar, ningún evento es traumático por definición, sino que depende de la repercusión que tenga en la persona como tal. El trauma es una experiencia devastadora, para una persona en particular en un contexto también particular relacional, histórico, y de significado (Rodríguez et.al, 2011).

Para Benyakar (2003) la noción de situación traumática es comúnmente usada para referirse a situaciones como accidentes, muerte de un ser querido, enfermedad grave, discapacidad repentina, entre otros, pero también se lo utiliza para identificar desastres y catástrofes colectivas. Cualquiera de estos hechos es capaz de producir un efecto devastador específico sobre el psiquismo humano.

Benyakar (2003) sostiene que existen algunas cualidades que potencian la capacidad disruptiva de un evento, como ser inesperado, interrumpir un proceso normal y habitual indispensable para nuestra existencia o para mantener el equilibrio y el amenazar la integridad física propia o de otros significativos y por último distorsionar o destruir el hábitat cotidiano.

Una situación disruptiva habrá sido traumatogénica en la medida en que haya actuado impidiendo la normal articulación entre afectos y representaciones y que, como consecuencia, haya provocado el colapso de las relaciones entre lo psíquico, lo social, lo temporal y lo espacial, en este caso lo que se produce es la

alteración, para un individuo determinado, de la función psíquica reguladora tanto de la relación mundo externo-mundo interno como de las capacidades elaboradoras del psiquismo (Benyakar, 2005, p.66).

Es importante plantear como el diagnóstico de cáncer podría generar en el psiquismo lo que una catástrofe, tanto natural como intencionada, genera en las personas que lo padecen, como plantea Benyakar (2003) un evento se consolida como disruptivo cuando desorganiza, desestructura o provoca discontinuidad. La desorganización y lo que ocurra con ella no le pertenecen al evento sino que dependen del sujeto que lo vive, enfatiza que confrontan al ser humano en forma súbita y sorpresiva con su vulnerabilidad y desvalimiento, disminuyendo a veces casi totalmente la autonomía y autocontrol relativos de los individuos.

Para Grotberg (2002) En un desastre natural, se generan diversas condiciones de adversidad las cuales demandan una serie de conductas resilientes que van cambiando a medida que las condiciones se van modificando. La conducta resiliente exige prepararse, vivir y aprender de las experiencias de adversidad.

Las conductas resilientes, que se encuentran presentes en pacientes oncológicos, son importantes para afrontar situaciones estresantes; estas a su vez actúan como un modulador de la conducta y permiten que exista una adecuada adherencia al tratamiento (Carbay, 2016).

6.2 Cáncer desde un enfoque integrativo PNIE

Dubourdieu y Nasi (2017) afirman:

El cáncer es la manifestación de un desequilibrio, de una disfunción global en el ser humano como sistema complejo multidimensional. Frente a la presencia de un sistema inmune y red PNIE en falla, un grupo de células acumulan múltiples mutaciones, provocadas por factores cancerígenos y la inactivación de mecanismos de reparación y desarrollan un fenotipo de malignidad, invadiendo el cuerpo, lo que puede llevar a la muerte. Dicho desequilibrio puede originarse en cualquiera de los niveles del sistema complejo multidimensional bio-psico-social-espiritual o en una combinación de ellos. Por más que se manifiesten en un nivel, el desequilibrio involucra todos los niveles, es una disfunción global. (p.66)

Para estas autoras la cronicidad de condiciones no saludables como estrés crónico, nutrición pobre, sedentarismo, alteración del ciclo de sueño, conflictos vinculares y emocionales, como falta de sentido de vida produce sobrecarga y altera el sistema inmune y a la red PNIE, y un sistema inmune en falla no reconoce las células mutadas y, en vez de eliminarlas o inducir las a la muerte, permitirá su crecimiento e invasión (Dubourdieu y Nasi, 2017).

Castes (2014) sostiene que es necesario comprender como factores psicosociales, estrés emocional y físico, así como factores de comportamiento, todos ellos manejados por nuestra mente, pueden enviar información al sistema inmunológico, a través de neuropéptidos y neurotransmisores e influir en su comportamiento, lo cual podrá determinar el estado de salud o enfermedad de una persona.

En cuanto al factor emocional no hay emociones buenas o malas, lo que hay es una expresión inadecuada de las mismas. Si la persona está pasando por un evento altamente estresante, que se vive con sufrimiento pero que se niega y/o reprime, y si además lo vive en soledad, sin buscar el apoyo social, psicológico o afectivo necesario para ayudar a superarlo, se modificará negativamente la respuesta inmunológica de este individuo (Castes, 2014).

Podemos observar como el diagnóstico de cáncer será procesado según las experiencias anteriores y características de cada persona, que interactúan con factores actuales socioculturales, como puede ser la visión del proceso salud-enfermedad de la institución de salud y equipo tratante (Dubourdieu y Nasi, 2017).

A través de la psico oncología integrativa PNIE, Dubourdieu y Nasi (2017) explican que existe una Neuro y Pnie plasticidad y no existe un determinismo genético, sino mecanismos epigenéticos que permiten generar nuevos estados de salud y salir resiliente de esta situación de enfermedad. (p. 59)

Castes (2014) plantea la importancia de intervenir conscientemente en las alteraciones bioquímicas de nuestro organismo, integrando técnicas de meditación y relajación, reafirmando el poder que tenemos sobre nuestra salud y la posibilidad de curación.

Con la técnica de imaginación guiada se trata de utilizar las imágenes para crear situaciones, estados mentales y físicos favorables a la salud. A través de la

imaginación se logran alcanzar estados de bienestar completo ya que el cuerpo es incapaz de diferenciar lo que efectivamente está ocurriendo de aquello que nos imaginamos que sucede. Por ese motivo se utiliza la mente como vehículo para la relajación. En general se practican como una meditación guiada en la que el instructor o una grabación van guiando a la persona en la creación de imágenes o promueven que vayan surgiendo (Dubourdieu y Nasi, 2017).

Todos sabemos la repercusión inmediata que tiene en el cuerpo algunos momentos imaginativos. Por ejemplo el miedo, aun el provocado solo por nuestra imaginación, puede inmediatamente provocar alteraciones gástricas, respiratorias y cardiovasculares. Asimismo simplemente el escuchar una música o percibir un olor puede activar sensaciones de alegría o tristeza. En un estado de conciencia somos capaces de aprender, crecer y cambiar más rápido (Castes, 2014).

Diversos estudios realizados en varios laboratorios del mundo: Roffe, Schmidt y Ernst (2005), Castes (2000) y Pocino (2007), han demostrado que pacientes con cáncer que practican las técnicas de imaginación guiada, orientadas a trabajar mentalmente con el sistema inmunológico en contra del cáncer, pueden incrementar significativamente en número y función a las células natural killer, con un aumento significativo de la supervivencia y de la calidad de vida, en complemento a los tratamientos convencionales como la quimioterapia, radioterapia y otros.

7. Resiliencia y cáncer

Se sabe que el tener esta enfermedad genera un impacto negativo y un alto nivel de estrés llevando ello a un mayor padecimiento físico como psíquico, es una prioridad en la intervención terapéutica el desarrollo de actuaciones que minimicen el impacto emocional y promuevan la autorregulación emocional (Rodríguez et al., 2011).

Autores como Acosta-López y Sánchez-Araiza (2009) planean que en el ámbito de la salud, las investigaciones sobre la resiliencia han cambiado la forma en que se percibe al ser humano y de un modelo de riesgo basado en las necesidades y en la enfermedad, se ha pasado a un modelo de prevención y promoción basado en las fortalezas y recursos que el ser humano tiene en sí mismo y a su alrededor.

Para Kern y Moreno (2007), tanto los factores de riesgo como los de protección deben ser vistos como resultado de la estrecha interacción entre individuo y ambiente,

donde cada una de estas partes juega un papel activo; su manejo eficiente se da como resultado de la manifestación de la capacidad resiliente individual.

Estos autores refieren a que los factores de riesgo son todas aquellas características o situaciones propias de la persona o de su entorno que aumentan la posibilidad de desarrollar desajuste y desequilibrio psicosocial, siendo obstáculos que aumentan la vulnerabilidad en el desarrollo de la persona (Kern y Moreno, 2007).

Es de conocimiento que padecer un cáncer es una experiencia que genera malestar en varios aspectos en la vida y un alto nivel de estrés, una investigación reciente realizada en 2019, llevada a cabo por Ludolph, Kunzler, Winterling, Helmreich, Lieb y Ärzteblatt, sobre intervenciones para promover la resiliencia en pacientes con cáncer, tuvo como objetivo identificar intervenciones eficaces que promuevan la resiliencia en adultos con cáncer. La metodología utilizada fue la búsqueda selectiva de publicaciones relevantes en las bases de datos PubMed y Central, se utilizaron ensayos aleatorizados y controlados de intervenciones que promueven la resiliencia en adultos con cáncer en los que se proporcionó capacitación en al menos un factor de resiliencia psicosocial. Se incluyeron 22 ensayos con un total de 2.912 pacientes en el análisis. Los resultados dieron cuenta de los efectos beneficiosos sobre la resiliencia y el crecimiento postraumático, se observaron en pacientes con cáncer agudo y después de intervenciones que se proporcionaron en más de 12 sesiones. En gran medida se lograron efectos beneficiosos mediante intervenciones basadas en los conceptos de psicología positiva, terapia grupal de apoyo expresivo, terapia conductual, o conciencia plena, con una variación considerable en el efecto individual. Esta revisión justifica la recomendación de que a todos los pacientes con cáncer interesados y motivados se les ofrezca la oportunidad de participar en una intervención para mejorar la resiliencia. Especialmente en el periodo inmediato posterior al diagnóstico ya que parece ser propicio para el éxito de la intervención, en paralelo con el tratamiento somático y debe de extenderse a más de 12 sesiones siempre que sea posible, para lograr mayores efectos en resiliencia y crecimiento postraumático.

En otra investigación llevada a cabo por Habekost, Muniz, Arrieira, Viegas y Duarte do Amaral, publicada en 2018, se planteó como objetivo principal desarrollar estrategias para promover la resiliencia con mujeres que sobreviven al cáncer de seno. En la metodología participaron en el estudio tres mujeres sobrevivientes de cáncer de seno, con bajo grado de resiliencia. La recolección de datos tuvo lugar de Agosto a

Diciembre de 2013, en tres etapas: primero, se realizó una entrevista semiestructurada con preguntas relacionadas con el proceso de resiliencia; segundo, se identificaron los factores de riesgo y protección y por último estas estrategias se implementaron con los participantes. En los resultados surgieron dos temas, por un lado, las mujeres con cáncer de mama y el proceso de resiliencia y por otro minimizar los riesgos y fortalecer los factores de protección de la misma. El estudio mostró que, en lugar de superar la adversidad, el proceso de resiliencia permitió a los participantes encontrar nuevos significados para las dificultades experimentadas y ser fortalecidos por ellos. Dicho estudio concluyó que se puede promover la resiliencia, y que sus estrategias deben ser valoradas y estimuladas por profesionales y servicios de salud que ayudan a las personas que enfrentan y buscan superar las dificultades, dado que la resiliencia es un proceso, no es estático, se puede alterar si se modifican los factores que lo influyen. Al pensar de esta manera es posible promoverlo a través de estrategias que interfieren positivamente en estos factores cómo se hizo en este estudio. También vale la pena señalar la importancia del método propuesto, en el estudio en cuestión, el CCR (Convergent Care Research), que articula la teoría y la práctica para lograr los objetivos. Este enfoque permitió no solo conocer el contexto en el que se inserta el individuo, sino también compartir y motivar su participación en la elaboración de estrategias de intervención.

Autores como Kern y Moreno (2007) proponen dar mayor importancia a la prevención en los diferentes contextos y etapas del desarrollo generando estilos de vida saludables en la población.

Es esencial marcar que el cambio de enfoque de la enfermedad crónica que asume el abordaje desde la resiliencia, no significa que se dejen de considerar los problemas que pueden causar tal situación, sin embargo, el planteamiento pretende una visión optimista y esperanzadora para el desarrollo de los enfermos crónicos, quienes pueden desarrollar una visión más alentadora, de aprendizaje y cambio de hábitos para poder convivir con el padecimiento que genera la enfermedad (Kern y Moreno, 2007).

Otra investigación publicada en Diciembre de 2017 por García Monzón y René Navarro, tuvo como objetivo principal precisar las particularidades de los factores moduladores de la resiliencia según: optimismo, inteligencia emocional y apoyo social en pacientes diagnosticadas con cáncer de mama. El método llevado a cabo fue estudio descriptivo, prospectivo, de serie de casos, en el municipio Rodas entre

2014-2015. Incluyó a todas las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama, con uno, tres y cinco años de supervivencia. Los instrumentos aplicados fueron: cuestionario de datos generales, examen de inteligencia emocional, cuestionarios de optimismo y de apoyo social. Las variables analizadas fueron: edad, nivel de escolaridad, estado civil, ocupación, presencia de optimismo, grado de inteligencia emocional y necesidad de apoyo. Se realizó un estudio en profundidad y se aplicaron los cuestionarios. Los resultados indicaron que de los moduladores de la resiliencia, el optimismo estuvo presente en las pacientes con 3 y 5 años de evolución, predominó el grado medio de inteligencia emocional en la mayoría de las pacientes y percibieron que necesitan entre casi nada y algo, de apoyo social. En este estudio se concluyó que existió homogeneidad en los aspectos sociodemográficos y clínicos de las pacientes. El optimismo estuvo menos presente en los inicios de la enfermedad, pero posteriormente se relacionó con la evolución en años. Las necesidades de apoyo social y emocional aumentaron con el tiempo de evolución de este padecimiento.

Para Bonet (2013) :

La idea de que existen factores psicoemocionales que pueden afectar a la progresión del cáncer se ha sospechado desde hace mucho tiempo, así determinados factores como el estrés, la depresión crónica y la falta de apoyo social, son factores de riesgo para el desarrollo y progresión del cáncer, la enfermedad coronaria y otras. (p.130)

Por otro lado la afectividad positiva o emociones positivas, definidas como la experiencia de emociones placenteras, como el optimismo, está asociado al aumento de supervivencia, una mejor función inmune y una mejor calidad de vida en general (Bonet, 2013).

Una investigación reciente llevada a cabo por Vaughan, Koczwara, Kemp, Freytag, Tan y Beatty, publicada en Mayo de 2019, tuvo como principal objetivo explorar la regulación de las emociones como mediador potencial de la relación entre resiliencia y angustia en el cáncer. La metodología consistió en que 227 pacientes de dos hospitales con tipo de cáncer heterogéneo tenían que completar una encuesta transversal que examinó la regulación emocional, la resiliencia y la angustia. Las medidas incluyeron la Escala de Dificultades en la Regulación de las Emociones, la Escala de resiliencia de Connor Davidson y La Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés. Los resultados indicaron que las dificultades en la regulación de las emociones y la resiliencia explicaron el 33,2% de la variación en la angustia. La resiliencia tuvo un

efecto directo significativo sobre la angustia, representando el 15.8% de la varianza. Sin embargo, este efecto ya no fue significativo cuando se controlaron las dificultades en la regulación de las emociones. El efecto indirecto a través de las dificultades en la regulación de las emociones fue significativo, lo que sugiere que el efecto de la resiliencia sobre la angustia estuvo completamente mediado por la regulación de las emociones. En este estudio se concluye que la regulación de las emociones es un mediador importante de la resiliencia en el cáncer. Por lo tanto, en pacientes con cáncer, las dificultades en la regulación de las emociones podrían ser un enfoque útil para la detección de pacientes con riesgo de angustia.

Es importante destacar la incidencia de las emociones en el cáncer. La respuesta emocional del individuo en el desarrollo y curso del cáncer pero también con su respuesta al tratamiento. Se cree que el aprendizaje de cómo alterar las respuestas emocionales proporciona una herramienta, junto con los tratamientos médicos estándar, en la intervención del cáncer. Ya que las emociones pueden crear las respuestas fisiológicas que conducen al crecimiento del cáncer, y que para restaurar la salud sería conveniente modificar nuestras emociones (Pocino y Castes, 2013).

Acosta-López y Sánchez-Araiza (2009) plantean que en el caso de los enfermos crónicos terminales, se considera a la resiliencia como un punto fundamental ya que el paciente al ser diagnosticado se enfrenta a situaciones desfavorables que irrumpe en las áreas emocional, social, familiar y física.

Por ello el equipo de salud debe hacerlos conscientes de sus recursos, con posibilidades óptimas para continuar su vida a pesar de la situación crítica por la que atraviesan y obtener beneficios del nuevo estilo de vida que van a implementar (Acosta-López y Sánchez-Araiza, 2009).

La capacidad de recuperación es muy importante para poder afrontar un evento traumático, una reciente investigación realizada en Diciembre de 2019, llevada a cabo por Clarke, Asiedu, Herd y Sharma, sobre la capacidad de recuperación y la calidad de vida de los pacientes después del tratamiento para el cancer de cabeza y cuello, tuvo como objetivo investigar la relación entre los puntajes de resiliencia y calidad de vida (QoL) en estos pacientes. En la metodología un total de 98 pacientes, que habían sido tratados con intención curativa, completaron el cuestionario de calidad de vida de la Universidad de Washington (UW-QoL) y la escala de resiliencia Connor-Davidson (CD-RISC). El análisis retrospectivo de los registros de los pacientes identificó datos demográficos, etapa de la enfermedad y tratamiento. La prueba U de Mann-Whitney, la

prueba de Kruskal-Wallis y la correlación de rango de Spearman se utilizaron para evaluar la importancia de las diferencias entre los grupos. En los resultados obtenidos hubo una correlación significativa entre los puntajes generales para la calidad de vida y la resiliencia (Rho de Spearman = 0.427, $p < 0.005$). Como los puntajes de resiliencia más altos tenían una correlación significativa con una mejor calidad de vida, se concluye que fortalecer la resiliencia de un paciente a su vez podría ayudar a mejorar su calidad de vida.

La terapia psicológica ha demostrado su eficacia para reducir la alteración emocional y mejorar la adaptación a las nuevas situaciones, facilitar el paso por la enfermedad con un menor desgaste psicológico y contribuir a una mayor recuperación a nivel físico, psicológico y social (Oblitas, 2008, p.239).

Se sabe que algunas personas tras transitar una experiencia traumática refieren haber salido con un aprendizaje sobre lo sucedido, una investigación reciente realizada en 2018, llevada a cabo por Üzar-Özçetin, Sinem y Duygu, sobre efectos de un programa de empoderamiento en los niveles de resiliencia y crecimiento postraumático de los sobrevivientes de cáncer, tuvo como objetivo evaluar la viabilidad de un ensayo controlado aleatorio sobre la efectividad de un programa de empoderamiento integrado en sobrevivientes de cáncer. Para la metodología se realizó un ensayo controlado aleatorio con 89 sobrevivientes adultos de cáncer (> 25 años) de 2 hospitales de oncología. Usando una tabla de números aleatorios, fueron asignados aleatoriamente al grupo experimental ($n = 45$), que participó en 10 sesiones de un programa estructurado de empoderamiento, y al grupo de control ($n = 44$), que recibió solo atención de rutina y no más intervención. Se recogieron datos de pacientes utilizando el Inventario de Crecimiento Postraumático y la Escala de Resiliencia para adultos. Los resultados informaron que el crecimiento postraumático y los niveles de resiliencia mejoraron significativamente en el grupo de intervención en comparación con el grupo de control, tanto al final como un mes después del programa. Se concluye que el programa de empoderamiento de este estudio es efectivo para mejorar el crecimiento postraumático y los niveles de resiliencia de los sobrevivientes de cáncer que son propensos a los traumas.

7.1 Crecimiento post traumático, resiliencia y cáncer

Transitar por este tipo de enfermedades genera malestar psicológico repercutiendo en la evolución de la enfermedad generando; baja calidad de vida, pobre autocuidado, menor adherencia a los tratamientos oncológicos, e incluso en un peor pronóstico y supervivencia global, por lo tanto el foco de interés debería ser en potenciar el funcionamiento psicológico positivo en todo el proceso oncológico y de impulsar transformaciones personales positivas (DiMatteo, Lepper y Croghan 2000, Giese-Davis, et al., 2011, Honda, Goodwin y Neugut, 2005, Reich, Lesur y Perdrizet-Chevallier, 2008).

Muchas personas que han sido víctimas de situaciones muy duras han logrado crecer a pesar de la adversidad, al haber experimentado una transformación después de pasar por experiencias de gran sufrimiento, otorgando un nuevo sentido a lo ocurrido, cuando esto se produce hablamos de de Crecimiento Postraumático (CPT) (Peres, Moreira-Almeida, Nasello y Koenig, 2007).

El modelo más utilizado de CPT hasta el momento ha sido el de Tedeschi y Calhoun (1996), el cual establece que estos cambios personales se dan, básicamente, en cinco áreas: consideración de nuevas posibilidades en la vida, mejora en las relaciones personales, mayor importancia a la propia espiritualidad, mayor fortaleza personal y mayor apreciación por la propia vida.

Ochoa y Grau (2017) destacan el abordaje desde la Psicología Positiva Aplicada o Psicoterapia Positiva en cáncer y su premisa central es potenciar y privilegiar énfasis de la intervención psicológica en los recursos positivos de las personas, como son las emociones positivas, las fortalezas y los significados personales incluyendo los existenciales y espirituales.

También, hay evidencia de algunos resultados: Helgeson, Reynolds y Tomich, (2006); Sawyer, Ayers y Field (2010) realizados en pacientes con cáncer, mostrando que los que experimentan CPT se adaptan mejor tras la enfermedad, mostrando una mejor salud mental, con un mejor estado subjetivo de salud física, podría pensarse que el crecimiento pueda ser una vía terapéutica a potenciar para facilitar la calidad de vida en supervivientes.

La siguiente investigación realizada por Ochoa, Grau, Jaume, Borrás y Josep, fue publicada en Septiembre de 2016, con el objetivo de describir y evaluar los resultados de la Psicoterapia Positiva dirigida a supervivientes de Cáncer (PPC),

diseñada para facilitar el CPT como vía para reducir el malestar emocional y estrés postraumático. Se utilizaron indicadores interpersonales para validar la autenticidad del CPT. El método consistió en utilizar cuestionarios validados para evaluar el estado de ánimo, el estrés postraumático, el CPT y los acontecimientos vitales extremos, ciento veintiséis supervivientes de cáncer con elevados niveles de malestar emocional fueron consecutivamente asignados al grupo experimental (PPC) o al grupo de lista de espera entre el mes de abril de 2008 y el mes de octubre de 2013. Las participantes eran derivadas a la Unidad de Psicooncología de un hospital oncológico monográfico (Hospital Duran Reynals) por los oncólogos o las enfermeras si presentaban malestar emocional al finalizar el tratamiento oncológico primario. Los resultados obtenidos fueron que el grupo de PPC obtuvo significativamente mejores resultados después del tratamiento que el grupo control, mostrando una reducción del malestar psicológico, de los síntomas de estrés postraumático y un incremento del CPT. Los beneficios se mantuvieron a los 3 y 12 meses. El CPT fue corroborado por los seres queridos de los participantes. Los autores concluyeron que la PPC parece promover de forma significativa el CPT y reduce el malestar emocional y el estrés postraumático en supervivientes de cáncer.

En resumen, este estudio muestra los efectos positivos de facilitar el CPT en supervivientes de cáncer a partir de un programa de PPC en comparación con un grupo control en lista de espera. La facilitación de CPT parece ser una vía óptima para reducir de forma mantenida las reacciones de estrés y malestar emocional en supervivientes de cáncer.

Como vemos, hay una estrecha relación entre la definición de resiliencia y la de crecimiento postraumático. Lo que parece es que las personas resilientes tienen más probabilidades de experimentar dicho crecimiento después de la adversidad (Peres et al., 2007).

8. Reflexiones finales

A lo largo de esta elaboración se ha intentado indagar en la resiliencia en el ámbito clínico en enfermedades oncológicas.

A través de este recorrido se puede observar cómo ha ido variando el concepto de resiliencia, y la importancia de comprenderla como un proceso en constante transformación, pudiendo cualquier sujeto desarrollar y potenciar a lo largo de su vida, esto significa que nadie nace resiliente, la misma se construye.

Esta construcción se genera entre dos o más sujetos y gracias a la ayuda de este apoyo vincular se puede transformar la subjetividad, logrando de esa forma convertir el daño de lo traumático en una fortaleza, siendo esta una perspectiva más esperanzadora para quienes han transitado una experiencia traumática.

Es preciso replantear el abordaje de la resiliencia en la clínica oncológica, el concepto de resiliencia se viene aplicando con mayor énfasis en el campo comunitario, educacional, en población con niños y adolescentes, hace pocos años se ha comenzado a investigar sobre resiliencia en el ámbito clínico en enfermedades oncológicas. La mayoría de las investigaciones en el tema están realizadas en población con niños y cómo se ha mencionado la resiliencia es un proceso que se puede desarrollar y potenciar durante todo el ciclo de vida. Se evidencia que se necesitan más investigaciones con población en adultos.

Mediante esta elaboración se puede comprender el impacto que genera el cáncer a nivel físico y psíquico en quienes lo padecen. Recibir el diagnóstico de un cáncer genera un quiebre en la vida de las personas y de su entorno, ya que la palabra cáncer aún tiene gran peso en el imaginario social, generando un acercamiento a la idea de muerte, provocando un alto grado de estrés, miedos, angustia, ansiedad, malestar en general.

En una situación de adversidad el estrés sostenido en el tiempo afecta el sistema inmunológico y propicia una vulnerabilidad hacia las enfermedades, entre ellas el cáncer.

Transitar una enfermedad oncológica requiere de un proceso largo, en donde se recorren varias fases propias de la enfermedad, ocasionando emociones negativas, las mismas se presentan al recibir el diagnóstico y están presentes durante todo el proceso.

En el periodo libre de enfermedad se incrementan los miedos y dudas a una posible recaída y es fundamental la importancia de la adhesión a los tratamientos médicos y psicológicos, incluso en ocasiones en donde hay un impedimento en la adhesión al tratamiento médico, la psicoterapia es fundamental, permite trabajar en miedos, creencias, conciencia de enfermedad y lograr una adhesión a los tratamientos indicados por el equipo de salud.

Desde la PNIE se plantea que nuestro sistema inmune falla cuando se genera un desequilibrio en cualquiera de los niveles del sistema multidimensional: bio-psico-social-espiritual y por más que se manifiesten en un nivel, el desequilibrio involucra todos los niveles, asimismo desde esta visión integrativa se plantea que existe una neuroplasticidad, posibilitando la creación de generar nuevos estados de salud a través de la resiliencia.

La psicoterapia en oncología es benéfica durante todo el proceso de enfermedad, como forma de prevención y promoción pero también durante el tratamiento, actuando como un factor de protección ante posibles recaídas, elaborando estrategias que ayuden a disminuir factores perjudiciales como estrés crónico, ansiedad, angustia y miedos, también contribuyendo a potenciar el bienestar emocional a través de fortalecer el proceso de resiliencia, haciendo énfasis principalmente en las redes de apoyo y ayudar al otro a descubrir sus fortalezas.

Las técnicas de relajación e imaginación guiada propuestas por Castes, han demostrado su eficacia para aminorar el malestar y potenciar el bienestar en la clínica oncológica. (Castes, 2014)

Para concluir podemos afirmar que algunas personas narran que tras transitar situaciones de mucho dolor, tras haber experimentado una situación traumática, han logrado con el tiempo cierto aprendizaje de lo sucedido, lo que se conoce como crecimiento postraumático, se podría pensar que fortalecer el CPT sería también generar resiliencia, esto significa que cuanto más trabajemos en desarrollar y potenciar la resiliencia, más predispuestos estaremos a generar un crecimiento postraumático, siendo ello una vía terapéutica para favorecer nuestro estado de salud.

Mediante el vínculo terapéutico se logra transformar la subjetividad, esta construcción con otro posibilita la creación de nuevos significados y transformación de la realidad, posibilitando de esta forma conductas resilientes.

9. Referencias bibliográficas

- Acosta-López de Llergo, I. y Sánchez-Araiza, Y. (2009). Manifestación de la Resiliencia como factor de protección en enfermos crónicos terminales hospitalizados. *Psicología Iberoamericana*, 17(2), 24-32.
- American Cancer Society, (2018). Sobre el cancer. Recuperado de <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/cancer-facts-and-figures-for-hispanics-and-latinos/cancer-facts-and-figures-for-hispanics-and-latinos-2018-2020-spanish.pdf>
- Baranger, M., Baranger, W. y Mom, J.M. (1988). The infantile psychic trauma from us to Freud: Pure trauma, Retroactivity and Reconstruction. *International Journal Psychoanalysis*, 69, 113-128.
- Benyakar, M. (2003). *Lo disruptivo, Amenazas individuales y colectivas: el psiquismo ante guerras, terrorismo y catástrofes sociales*. Buenos Aires: Biblos.
- Benyakar, M. (2005). *Lo Traumático, Clínica y Paradoja, Vol. 1: El proceso traumático*. Buenos Aires: Biblos.
- Benyakar, M. (2006). *Lo Traumático, Clínica y Paradoja, Vol. 2: Abordaje clínico*. En Zukerfeld R. y Zukerfeld, Z. (Comp.), (pp.107-157). Buenos Aires: Biblos.
- Blanco, A. y Valera, S. (2007). *Los fundamentos de la intervención psicosocial*. Intervención Psicosocial, 12-44. Madrid: McGraw-Hill.
- Bonet, J. (2013). *PNIE Psiconeuroinmunoendocrinología, Cuerpo, cerebro y emociones*. Buenos Aires: Ediciones B.
- Carbay, N. (2016). *Conductas resilientes y su adhesión al tratamiento en pacientes con tumores cerebrales*. (Tesis de Grado, Universidad Académica de Ciencias Sociales)
- Castes, M. (2000). ¿Puede el apoyo psicosocial influir en la sobrevida de los pacientes con cáncer? Bases científicas basadas en la Psiconeuroinmunología. *Acta científica Venezolana*, 51, 53-55.
- Castes, M (2014). *Descubre el poder de tu sistema inmunológico y toma control de tu salud, Psiconeuroinmunología*. Barcelona: EDAF.

- Clarke, G., Asiedu, A. y Sharma, H. (2019). Exploring the relation between patients' resilience and quality of life after treatment for cancer of the head and neck. *British Journal of Oral & Maxillofacial Surgery*. 57(10), 1044-1048. Doi:10.1016/j.bjoms.2019.09.007
- Coderch, J. (2010). *La práctica de la psicoterapia relacional*. Madrid: Ágora Relacional.
- Comisión Honoraria de lucha contra el cáncer, (s/f). Sobre Cáncer, prevención. Recuperado de <https://www.comisioncancer.org.uy/categoria/Prevencion-y-diagnostico-oportuno-27>
- Comisión honoraria de lucha contra el cáncer, (s/f). Sobre Cáncer. Recuperado de <https://www.comisioncancer.org.uy/Ocultas/-Que-es-el-cancer--uc213>
- Cyrułnik, B (2001). *La maravilla del dolor, El sentido de la resiliencia*. Barcelona: Granica.
- DiMatteo, M. R., Lepper, H. S., y Croghan, T. W. (2000). Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Archives of Internal Medicine*, 160, 2101-2107. Doi:10.1001/archinte.160.14.2101.
- Dubourdieu, M (2008). *Psicoterapia Integrativa PNIE Integración cuerpo-mente-entorno*. Montevideo: Psicolibros-Waslala.
- Dubourdieu, M. (2010). *Modelos Integrativos Latinoamericanos y Modelo Integrativo PNIE en Balarezo*. Quito: UNIGRAF.
- Dubourdieu, M. (2012, Febrero 16). Ansiedad, insatisfacción y estrés inciden en tratamientos médicos. *Semanario Búsqueda*.
- Dubourdieu, M. y Nasi, M. (2017). *Cáncer y Psico-Neuro-Inmunología, Clínica Integrativa en Oncología*. Buenos Aires: Nativa.
- Fallowfield, et al., (2006). Multidisciplinary teams in cancer care: are they effective in the UK? *The Lancet Oncology*. 7 (11), 935-943.
- Ferenczi, O. (1933). *Confusión of Tongues between Adults and the child*. In *final Contributions of the problems and Methods of Psycho-Analysis*, 230-247. Londres: Balint.

- Fergus, S. y Zimmerman, M.A. (2005). Adolescent resilience: A Framework for Understanding Healthy Development in the Face of Risk. *Annual Review of Public Health*, 26, 399-419.
- Fernandes de Araújo, L., Teva, I. y Bermúdez, MP. (2015). Resiliencia en adultos: una revisión teórica. *Terapia psicológica*; 33(3), 257-276. Doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082015000300009>.
- Forgiony-Santos,et.al., (2020). Desafíos terapéuticos y funciones de las redes de apoyo en los esquemas de intervención del cáncer. Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales. Colombia.
- Frankl, V. (1988). *El hombre en busca de sentido*. Barcelona: Herder.
- Freud, S. (1991). *Aportaciones a la comunicación preliminar de los estudios sobre la histeria*. En J. L. Etcheverry (Trad.), *Obras completas* (Vol. III, pp.25-40). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1893).
- García del Castillo, J., García del Castillo, A., López, C. y Dias, P. (2016).Conceptualización teórica de la resiliencia psicosocial y su relación con la salud. *Health and Addictions*, 16(1), 59-68.
- García, L., y René, V. (2017). Factores moduladores de resiliencia en pacientes diagnosticadas con cáncer de mama. Cuba. *Revista Finlay* 7(4).
- Giese, J., Collie, K., Rancourt, K., Neri, E., Kraemer, H. C. y Spiegel, D. (2011). Decrease in depression symptoms is associated with longer survival in patients with metastatic breast cancer: a secondary analysis. *Journal of Clinical Oncology*, 29, 413-420. Doi: 10.1200/JCO.2010.28.4455.
- González, N., Valdez, JL., Oudhof, H. & González, S. (2009). Resiliencia y salud en niños y adolescentes. *Ciencia ergo-sum*; 16(3), 247-253.
- Green, A. (1972).*Notas sobre procesos terciarios*. En *la Metapsicología revisitada*. Buenos Aires: Eudeba.
- Grotberg, E.H. (2002). *Nuevas tendencias en resiliencia*. En A. Melillo y E.Suárez Ojeda(Comp.), *Resiliencia, descubriendo las propias fortalezas* (pp.19-31).Buenos Aires: Paidós.

- Grotberg, E.H. (2006). *¿Qué entendemos por resiliencia?, ¿cómo promoverla?, ¿cómo utilizarla?* En Grotberg E. (Comp): La resiliencia en el mundo de hoy. Cómo superar las adversidades, (17-57). Barcelona: Gedisa.
- Habekost, D., Muniz, R., Oliveira, H., Costa, A., Oliveira, I. y Duarte do Amaral, D. (2018). Mulheres sobreviventes ao câncer de mama: estratégias para promoção da resiliência. Doi: 10.9789/2175-5361.2018.v10i2.474-484.
- Helgeson, V. S., Reynolds, K. A. y Tomich, P. L. (2006). A meta-analytic review of benefit finding and growth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 797-816. doi:10.1037/0022-006X.74.5.797
- Heinze, G. (2001). Mente - Cerebro: sus señales y sus repercusiones en el sistema inmunológico. *Salud Mental, 3-9*.
- Honda, K., Goodwin, R. D., y Neugut, A. I. (2005). The associations between psychological distress and cancer prevention practices. *Cancer Detection and Prevention, 29*, 25–36. Doi:10.1016/j.cdp.2004.08.004.
- Infante, F. (2002). *La resiliencia como proceso: una revisión de la literatura reciente*, en A. Melillo y E.N Suárez Ojeda.(Comp.) Resiliencia, descubriendo las propias fortalezas (pp.31-53).Buenos Aires: Paidós.
- Kern, E. y Moreno, B. (2007). Resiliencia en niños enfermos crónicos. Aspectos Teóricos. *Psicología en Estudio, 12* (1), 81-86.
- Lancoboni, M. (2009). Las neuronas espejo: empatía neuropolítica, autismo, imitación, o de cómo entendemos a los otros. Madrid: Katz.
- Laplanche, J. y Pontalis, J.B. (1974). *Diccionario de psicoanálisis*. Barcelona: Labor.
- Lista, A (2008). *Ciencia de la depresión*. Montevideo: Psicolibros-Waslala.
- López, P.M., Vaillo, Y.A., Garrido, M.J. y Romero, R. (2017). Distrés emocional y problemas asociados en población oncológica adulta. *Psicooncología: investigación y clínica biopsicosocial en oncología. 14*(2). 217-228. Doi: <https://doi.org/10.5209/PSIC.57081>

- Ludolph, P., et al. (2019). Interventions to Promote Resilience in Cancer Patients. *Deutsches Ärzteblatt International*. 116: 865–72. Doi: 10.3238/arztebl.2019.0865
- Luthar, S.S., Cicchetti, D. & Becker, B. (2000). Research on resilience: Response to commentaries. *Child Development*, 71(3), 573-575.
- Malca, B. (2005). Psicooncología: abordaje emocional en oncología. *Psicooncología y psicoterapia*. 9(2), 64-67.
- Masten, A., Hubbard, J., Gest, S., Tellegen, A., Garmezy, N. & Ramírez M. (1999). Competence in the context of adversity: Pathways to resilience and maladaptation from childhood to late adolescence. *Dev Psychopathol*, 11 (1): 143-169. Doi: 10.1017/S0954579499001996.
- Matarazzo, J. (1982). Behavioral health's challenge to academic, scientific, and professional psychology. *Am Psycho*, 37. Doi: 10.1037/0003-066X.37.1.1.
- Melillo, A (2002). *Resiliencia descubriendo las propias fortalezas*. Buenos Aires: Paidós.
- Melillo, A (2008). *Resiliencia y subjetividad los ciclos de la vida*. Buenos Aires: Paidós.
- Oblitas, L. (2008). El estado del arte de la Psicología de la Salud. *Revista de Psicología*, 26, 219-254.
- Ochoa, C. y Casellas-Grau, A. (2016). Positive psychotherapy in cancer: Facilitating posttraumatic growth in assimilation and accommodation of traumatic experience. *Bern: Springer International Publishing Switzerland*, 124-154.
- Ochoa, C., Grau, A., Jaume, V., Borrás A. y Josep, M. (2017). Psicoterapia positiva para supervivientes de cáncer con elevados niveles de malestar emocional: la facilitación del crecimiento postraumático reduce el estrés postraumático. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 17(1), 1-10.
- Organización Mundial de la Salud (OMS), (2018).Cáncer. Recuperado de <https://www.who.int/topics/cancer/es/>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS), (2014). El cáncer en la región de las Américas. Recuperado de

https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=292:cancer-program&Itemid=3904&lang=es

- Ospina, D., Jaramillo, D. y Uribe, T. (2005). La resiliencia en la promoción de la salud de las mujeres. *Investigación y Educación en Enfermería*, 23(1), 78-89.
- Páez-Cala, ML. (2016) Experiencias resilientes del terapeuta generadoras de cambio a través de expresiones plásticas. *Archivos de Medicina (Manizales)*, 16(2), 345-358. Doi: <https://doi.org/10.30554/>
- Palomar, J. y Gómez, N. (2010). Desarrollo de una escala de medición de la resiliencia con mexicanos. *Revista Interdisciplinaria*, 27(1), 7-22.
- Parra, Triana, Bolaños y León. (2014). Efectos del estrés sobre los procesos de plasticidad y neurogénesis: una revisión. Doi:10.11144/Javeriana.UPSY13-3.eepp.
- Peres, J., Moreira, A., Nasello, A. y Koenig, H. (2007). Spirituality and resilience in trauma victims. *Journal of religion and health*, 46 (3), 343-350.
- Pocino, M., Luna G., Canelones P., Mendoza A., Romero G., Palacios, Rivas y Castes (2007). La relevancia de la intervención psicosocial en pacientes con cáncer de mama. *Psicooncología*, 4, (1), 59-73.
- Pocino, M. y Castes, M. (2013). Psiconeuroinmunología: la IV herramienta en la lucha contra el cáncer, dentro de un enfoque integral. Facultad de Medicina, Universidad Central de Venezuela.
- Reich, M., Lesur, A. y Perdrizet-Chevallier, C. (2008). Depression, quality of life and breast cancer: a review of the literature. *Breast Cancer Research and Treatment*, 110, 9-17. Doi: 10.1007/s10549-007-9706-5.
- Robert, V., Álvarez, C. y Valdivieso, F. (2013). Psicooncología: un modelo de intervención y apoyo psicosocial. *Revista Médica Clínica Condes*, 677-684.
- Rodríguez, B., Priede, A., Maeso, A., Arranz, H. y Palao, A. (2011). Cambios psicológicos e intervenciones basadas en Mindfulness para los supervivientes de un cáncer. *Psicooncología*, 8, 7-20.
- Roffe, L., Schmidt K. Ernst E. (2005). A systematic review of guided imagery as an adjuvant cancer therapy. *Psycho-oncology*, 14(8) 606-617.

- Rojas, H.L. (2004). Promoción de salud: una propuesta desde la psicología positiva. *Liberabit. Revista de Psicología*, 10, 45-67.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanism. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 316-331.
- Rutter, M. (2007). Resilience, competing and coping. *Child abuse & neglect*, 31, 205-9.
- Sawyer, A., Ayers, S. y Field, A. P. (2010). Posttraumatic growth and adjustment among individuals with cancer or HIV/AIDS: A meta analysis. *Clinical Psychology Review*, 30, 436-447. doi:10.1016/j.cpr.2010.02.004
- Tedeschi, R. G. y Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 455-71. Doi: 10.1002/jts.
- Üzar-Özçetin, Y. y Hiçdurmaz, D. (2018). Effects of an Empowerment Program on Resilience and Posttraumatic Growth Levels of Cancer Survivors: A Randomized Controlled Feasibility Trial. *Lippincott Williams & Wilkins*. 42(6), 1-13. Doi: 10.1097/NCC.0000000000000644
- Vales, L. (2011). *Manual de bases biológicas del comportamiento humano*. Montevideo, Universidad de la República.
- Vaughan, E., Koczwara, B., Kemp, E., Freytag, C., Tan, W., & Lisa Beatty. (2019). Exploring emotion regulation as mediator of relationship between resilience and distress in cáncer. *Psycho-Oncology*, 28, 1506-1512.
- Vera-Poseck, B. Carbelo-Baquero B, Vecina-Jiménez ML. (2006). La experiencia traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimiento postraumático. *Papeles del Psicólogo*, 27(1), 40-49.
- Wisner, B., Blaikie P., Cannon, T. y Davis. (2004). *At risk: natural hazards, people's vulnerability and disasters*. Londres: Routledge.
- Zapata, M. (2015). *Los efectos de la técnica bio psicoeducativa sobre el estado de ánimo de pacientes con diagnóstico de enfermedad oncológica* (Tesis de Maestría, Universidad de la República, Montevideo).
- Zonis, Zukerfeld. (2016). Psicósomática Hoy: Tercera Tópica y Vulnerabilidad. *Mentalización, Revista de psicoanálisis y psicoterapia* (6), 1-25

Zukerfeld R. y Zonis Zukerfeld, R. (1999). *Psicoanálisis, tercera tópica y vulnerabilidad somática*. Buenos Aires: Lugar

Zukerfeld R. y Zonis Zukerfeld, R. (2011). Sobre el desarrollo resiliente: perspectiva psicoanalítica. *Clínica Contemporánea*, 2(2),105-120.

Zukerfeld, R. y Zonis Zukerfeld, R. (2011). Vicisitudes traumáticas, vincularidad y desarrollos resilientes: un modelo de investigación dimensional. *Clínica e investigación relacional: revista electrónica de Psicoterapia*, 5(2), 349-369

10. Glosario

- **ACTH:** Hormona Adrenocorticotrópica
- **CCR:** Convergent Care Research (investigación de atención convergente) tipo de metodología utilizada
- **CD- RISC:** Escala de resiliencia Connor-Davidson
- **CPT:** Crecimiento post traumático
- **CRH:** Neurohormona factor de liberación de ACTH
- **EEC:** Estructura edípica conflictiva
- **HHA:** Eje Hipotálamo Hipófiso Adrenal
- **INCA:** Instituto Nacional de Cáncer
- **OMS:** Organización Mundial de la Salud
- **OPS:** Organización Panamericana de la Salud
- **PNIE:** Psiconeuroinmunoendocrinología
- **PPC:** Psicoterapia Positiva dirigida a supervivientes de Cáncer
- **QoL:** Cuestionario sobre resiliencia y calidad de vida
- **TEP:** Tomografía de Emisión de Positrones