

# TRATAMIENTO Y PÉRDIDAS FUNCIONALES: LOS DUELOS DEL CÁNCER

Juan Jesús Cruz Hernández<sup>1</sup>, Elvira del Barco Morillo<sup>1</sup> y  
Placidia Franco Suárez-Bárcena<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Oncología Médica.

<sup>2</sup>Psicóloga.

Hospital Clínico Universitario. Salamanca

## INTRODUCCIÓN

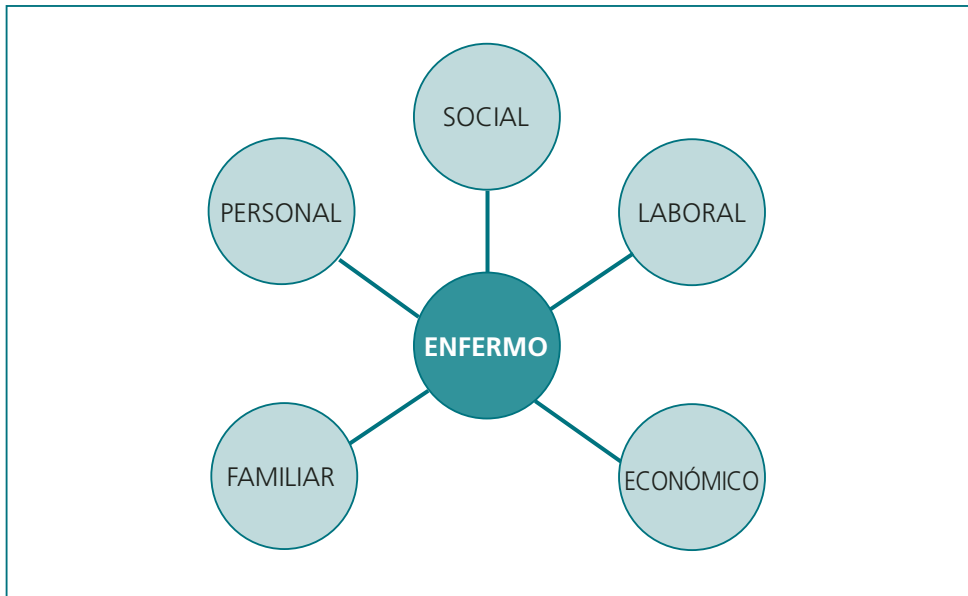
El concepto de duelo se ha centrado normalmente en la vivencia de las personas sobre la pérdida de un ser próximo, aunque si lo tomamos en sentido estricto, duelo de *dolus*, dolor, hace referencia a la respuesta normal y natural ante una pérdida o separación, sea del tipo que sea.

Como señala losu Cabodevilla<sup>(1)</sup>, *"cada pérdida significativa, cada desapego de una posición, objeto o ser querido provoca una serie de reacciones o sentimientos que nos hacen pasar por un periodo que llamamos duelo"*; y que precisará de un tiempo para lograr la adaptación a la nueva situación.

Las pérdidas asociadas al duelo no se limitarían por tanto al fallecimiento de alguien y no sería algo que sólo experimenten los familiares o amigos del fallecido sino que se trataría de una experiencia que padecería, en el caso del paciente oncológico, el propio individuo, y que abarcaría todos sus ámbitos de desarrollo en forma de pérdidas funcionales.

Si entendemos que la persona se desarrolla a través de cinco grandes ámbitos que se encuentran relacionados e interaccionan entre sí.

Figura 1. Modelo de desarrollo personal.



De tal manera que:

- **Ámbito Personal:** Hace referencia al desarrollo de la persona en sí, su autoestima, su personalidad, su imagen, es decir todo aquello que la caracteriza y la define.
- **Ámbito Familiar:** Hace referencia a las relaciones familiares que mantiene la persona, no limitándose en sentido estricto a los lazos de parentesco sino que también se incluirían aquí aquellos otros que resulten importantes para el individuo.
- **Ámbito Social:** Hace referencia a las relaciones sociales que mantiene la persona, tanto en la cantidad como en la calidad de las mismas, si son importantes, si le aportan estabilidad, etc.
- **Ámbito Laboral:** Hace referencia a las funciones que desempeña la persona, aquello en lo que ocupa su tiempo y que da sentido a su vida. No se limita sólo al desempeño de un trabajo sino que también se incluirían las actuaciones en el hogar así como las aficiones, etc.

- **Ámbito Económico:** Comprende el nivel económico del que dispone el sujeto, si dispone de cargas familiares, si sus necesidades económicas se encuentran cubiertas, etc.

El grado de desarrollo y la importancia que se le asigne a cada uno de ellos estará en función del momento evolutivo en el que se encuentre la persona y de las necesidades que experimente en cada caso.

Se trata de un proceso individual y personal, en constante cambio y evolución a lo largo de la vida aunque con una constante común a todas las personas, la búsqueda de la estabilidad y el equilibrio entre todas ellas.

De tal manera que, una persona para sentirse “bien” buscará conseguir el equilibrio entre los distintos ámbitos que la componen en los distintos momentos de su vida, sin que esto suponga que el grado de desarrollo deba ser homogéneo para todos, bastando el que para la persona sea suficiente y aceptable.

La experiencia de un hecho traumático, como la toma de conciencia de la enfermedad y la amenaza de la muerte en el caso del paciente oncológico, provocaría el cuestionamiento y la revisión de la estructura sobre la que hasta ese momento la persona habría cimentado su existencia, produciéndose el desequilibrio.

De la noche a la mañana pasa a ser un enfermo de cáncer. Su imagen corporal y su autoestima se ven amenazadas a medida que pierde la autonomía en actividades como la deambulación, la defecación, la micción, la coordinación motora o el habla ...; lo que a su vez trae nuevas pérdidas funcionales en alguno (o en todos) los ámbitos de su vida: personal, laboral, económico, familiar y social.

La manera de interpretar/afrentar la nueva situación así como la manera de adaptarse a las distintas fases de la enfermedad, condicionarán el proceso de duelo que la persona realice, así como el desarrollo o agravamiento de otros trastornos como la depresión o la ansiedad.

Se trata por tanto de un proceso individual, que requiere tiempo y necesita elaboración, en el que las pérdidas se vivirán como únicas y personales, y los síntomas asociados a él.

Para poder intervenir sobre él habrá que tener muy en cuenta el momento de la enfermedad en la que se encuentra el paciente: si es al principio cuando se le comunica la noticia del cáncer, si es durante el tratamiento o si ha conseguido superar la enfermedad.

Cada momento las pérdidas funcionales serán distintas en función de la interpretación o la vivencia que el sujeto haga del mismo.

### EL DIAGNÓSTICO

Al recibir la noticia, la primera reacción suele ser normalmente la ausencia de reacción. La persona se queda paralizada, noqueada emocionalmente, en estado de shock, de tal manera que le resulta imposible desarrollar funciones importantes como la capacidad para tomar decisiones o demandar más información.

El uso por parte del médico encargado de dar la noticia de un vocabulario técnico y poco familiar, junto con lo abrumador de la información y la manera en la que se comunica, componen un cóctel difícil de asimilar.

*“Hay que operar y luego un tratamiento agresivo con “ciclos”, esa frase me atravesó y desmoronó, la palabra “ciclos” para mí es muy difícil de pronunciar casi más que la palabra cáncer”<sup>(6)</sup>.*

*“Me dijeron lo peor que podía escuchar: tienes cáncer”<sup>(6)</sup>.*

*“Mi cerebro se paró, no reaccionaba estuve mucho tiempo con el pensamiento de una enfermedad mortal, sufrí mucho, los días se me hacían eternos”<sup>(6)</sup>.*

Tal como indica la Dra. Beale, profesora adjunta en el Departamento de Psiquiatría del M.D. Anderson, *“la reacción más común a un diagnóstico de cáncer es un estado de conmoción, en el que la gente se queda atónita y aturdida. El paciente y la familia tienden a no creer lo que escuchan. A menudo, la gente queda atontada por varios días. Con frecuencia, estos pacientes tienen problemas para dormir, comer, o realizar sus actividades diarias porque siguen reviviendo mentalmente el diagnóstico o porque los consume en el miedo de lo que le va a pasar”<sup>(2)</sup>.*

Es por eso por lo que saber dar la información y establecer desde el primer momento un canal de comunicación apropiado con el enfermo resulta crucial para evitar en la medida de lo posible las situaciones de shock, negación o embotamiento.

Una vez se termina de encajar el primer golpe, la reacción se traduce la búsqueda de una explicación.

*¿por qué yo? ¿Qué he hecho para merecer esto? ¿por qué, si me he hecho revisiones periódicas?<sup>(6)</sup>...*

Sigue siendo una fase en la que predomina el bloqueo ya que, aunque pueda parecer que la persona reacciona y busca explicaciones, en el fondo no es así, ya que se trata de preguntas sin respuesta y que no conducen a ninguna parte. Una reacción alternativa es la que se traduce en la negación por sistema. El individuo decide cerrar los ojos ante la realidad como si eso realmente eliminara el problema.

A medida que la persona se recupere, buscará el control de la situación a través de la negociación con aquellas personas que entiende, tienen el poder para hacerlo. Con independencia de que se trate de una negociación inútil; el estilo de afrontamiento que la persona adopte en esta fase resultarán fundamentales de cara al proceso de duelo.

El que se decida iniciar el tratamiento no significa que se haya aceptado la nueva situación ni que se haya comprendido el problema. Tampoco dice nada sobre el espíritu con el se ha tomado dicha decisión.

Si la persona entiende que, a pesar de todo, todavía conserva el control y que las decisiones que debe adoptar son sus elecciones, podrá afrontar el proceso de la enfermedad con mayores garantías que si, por el contrario, asume que ha perdido por completo su autonomía y está sujeto a las decisiones que otros tomen por él.

En éste último caso, la vivencia del paciente se centrará únicamente en las pérdidas, por lo que le resultará imposible salvar esta fase ni prepararse adecuadamente para el resto del proceso, mientras que si lo afronta desde la perspectiva del control, podrá intervenir sobre los ámbitos que conforman su vida y reforzarse da cara al resto del proceso.

Los factores determinantes para que escoja uno u otro estilos de afrontamiento serán las **características personales** y, siguiendo a Marta Schoder<sup>(3)</sup>, los **indicadores de vulnerabilidad psicológica** que posea, entre los que se encontrarían:

- Rol familiar de alta responsabilidad.
- Presencia de hijos pequeños.
- Problemas familiares que afectan al paciente.
- Conspiración de silencio/sobreprotección.
- Duelos recientes y/o procesados con dificultad.
- Trastornos psicológicos premórbidos.
- Alteración de la autoimagen.
- Pérdida de autonomía.
- Indicadores visibles de deterioro.
- Dificultad en el control de síntomas físicos.
- Dificultad en la comunicación con patología física.

A pesar de ser un proceso individualizado, los recursos familiares y sociales resultan imprescindibles para poder salir adelante; ya que serán los que la mayor parte de las veces ayuden al paciente a salir del estado de embotamiento y comenzar a dar los primeros pasos.

La figura del médico también resulta fundamental en esta fase, ya que es la figura de referencia a la que el paciente acudirá siempre en sus momentos más frágiles y que ayudará/obstaculizará el proceso, en función de la relación que establezca con el paciente.

### EL TRATAMIENTO

Una vez el paciente decide iniciar el tratamiento, vuelve a enfrentarse a una situación traumática, sólo que en este caso, su duración será mucho mayor y las pérdidas que trae consigo, más evidentes, ya que afectarán a todos y cada uno de sus ámbitos de desarrollo.

El problema ya no es sólo el enfrentar el hecho de la enfermedad sino lidiar con las consecuencias que supone el propio tratamiento, ya que por lo general, los tratamientos oncológicos son duros, largos y agresivos, afectan a distintas áreas del organismo y provocan numerosos efectos secundarios que a su vez pueden originar pérdidas funcionales.

*“todos estos tratamientos no son gratis, nos cuestan unos efectos secundarios que no se notan en el bolsillo pero sí en nuestro cuerpo durante mucho tiempo”*

De entre ellas, el deterioro de la imagen corporal es una de las más significativas, ya que afecta tanto a hombres como a mujeres y tiene graves repercusiones sobre la vida de la persona.

*“La Quimioterapia fue dura pero lo llevé bastante bien sobretodo los primeros ciclos, al finalizar el último ciclo me mareé, creo que no hubiera podido con más lo peor fueron los vómitos y ese cansancio que no te dejaba hacer casi nada y luego la caída del pelo, esto me lo planteé bien porque dije que no iba a llorar por el pelo y me lo corté antes de ver como se me caía”<sup>(6)</sup>.*

Las alteraciones en el cabello, la piel y las uñas, la pérdida excesiva de peso, la impotencia en los varones, o la afectación del pecho en las mujeres, puede asociarse a la pérdida de la femineidad o de la masculinidad y provocar el deterioro en las relaciones interpersonales.

La sintomatología física como el cansancio, la pérdida de la sensibilidad, la alteración de la percepción del sabor, las alteraciones en las mucosas, los vómitos, las náuseas, la diarrea, el estreñimiento, el dolor...

*“Comencé con el tratamiento de quimioterapia estando ingresada en el hospital y en un momento en el que no era “yo” de manera que a la primera consulta tuve que ir en silla de ruedas ya que el terror no me permitía dar un paso”<sup>(6)</sup>.*

*“...se me produjeron quemaduras con mucho dolor”<sup>(6)</sup>.*

*“El proceso de quimioterapia y el tratamiento hormonal no lo llevé demasiado mal ya que apenas tuve nauseas aunque el mayor de los síntomas fue el cansancio, hoy por hoy es la secuela que me ha dejado unos dolores terribles de huesos”<sup>(6)</sup>.*

No es extraño por tanto que ante la falta de autonomía y control sobre su propio cuerpo, el paciente se cuestione su sentido: *¿todo esto para qué? ¿Merece la pena pasar por todo esto? ¿Por qué yo?* y presente alteraciones del estado de ánimo (ansiedad, ira, frustración, depresión...), de la sexualidad y disminución de su autoestima.

Las relaciones familiares se ven afectadas: el cambio de roles, de ritmo de vida, el propio proceso de la enfermedad... ; todo ello pone a prueba los vínculos que existían previamente pudiendo provocar en aquellos casos en los que no eran fuertes, la ruptura.

Es frecuente también que el paciente traslade su malestar físico al ámbito social, y de manera progresiva busque el aislamiento y abandone las actividades lúdicas que antes realizaba, perdiendo así mismo la capacidad para disfrutar de las cosas, ya que la enfermedad lo ocupa todo.

*“ánimicamente, al no tener apoyo afectivo ha sido muy duro todo el proceso, he tenido ayuda de varias amigas pero me da corte llamar para contar penas, eso no le gusta a nadie y lógicamente me lo trago todo, aún me está costando remontar...”<sup>(6)</sup>.*

A nivel laboral las pérdidas también son importantes. El paciente se ve obligado a tomar la baja, abandonando los proyectos que tenía en marcha y separándose de las relaciones profesionales. Todo ello repercute además en su ámbito económico: a la pérdida de la capacidad para generar ingresos se le unen los desembolsos en busca de los mejores tratamientos y los mejores medicamentos, pudiendo llegar en los casos extremos, al endeudamiento.

Evidentemente, y tal como hemos indicado, cada proceso será individual y por lo tanto diferente. Las vivencias y la interpretación que la persona desarrolle no sólo hacia la enfermedad sino también hacia el propio tratamiento son fundamentales, condicionarán su estilo de afrontamiento y por lo tanto la evolución y elaboración de las pérdidas que se produzcan.

Una vez la persona sabe que tiene que iniciar un tratamiento contra el cáncer, la reacción más generalizada, con independencia del tipo de tratamiento que sea, será el de la búsqueda de información. La persona necesita saber a qué se enfrenta y qué supone. El peligro radica en cómo y dónde busque esa información, así como qué interpretación le dé.

*“Durante la quimioterapia fue terrible, sobre todo al principio que lo desconocía todo. Según iban pasando los ciclos mi cuerpo se iba resintiendo mas y mas. Los días eran interminables y cada día estaba más cansada y desanimada. Mi vida se había parado de nuevo y estaba intentando salir adelante como fuera, como una obligación. Estaba llena de miedos, dolor y sufrimiento”<sup>(6)</sup>.*



*“Al día siguiente de salir del hospital me fui al psicólogo, necesitaba contactar con personas que hubieran pasado por mi situación” <sup>(6)</sup>.*

Dentro de los estilos de afrontamiento existen tres patrones muy frecuentes:

- **No aceptar la enfermedad y no luchar por superarla.**

Se trata del estilo de afrontamiento que presenta mayor riesgo de desarrollar trastornos del estado de ánimo y que genera mayor número de pérdidas funcionales, ya que en ningún momento se ha aceptado el hecho de estar enfermo, por lo que vive el tratamiento como algo impuesto, vergonzoso e injusto.

Todo ello le llevará a pensar que lo que le sucede es único y que nadie le comprende realmente. No verá la salida y no tendrá esperanzas, siendo normal el que, de manera progresiva, tienda a aislarse de su entorno y romper con todo.

- **No aceptar la enfermedad pero se resigna**

En este caso, a pesar de no ver el sentido a todo lo que sucede, no se resiste al proceso y acepta el tratamiento. La elaboración de las pérdidas será lenta y dependerá en gran medida del grado de desarrollo de sus ámbitos personal, social y familiar para seguir adelante.

- **Aceptar la enfermedad y luchar**

Es aquel que, a pesar de la sintomatología, es capaz de vivir el tratamiento como el camino para lograr la mejoría. Se centra en el momento, huye del egocentrismo y se preocupa por reforzar su ámbito social, familiar y personal.

Se trata por tanto del estilo de afrontamiento más adaptado, ya que elabora las pérdidas y les da un sentido, lo que le ayuda a continuar, Busca los apoyos necesarios y no resulta extraño que se convierta él mismo en un apoyo para los demás.

Aunque sería un mito decir que “la depresión en una persona con cáncer es normal”, hay un gran número de enfermos oncológicos que, aun no cumpliendo los requisitos diagnósticos de una depresión mayor o de un trastorno distímico, sufren en silencio uno o varios síntomas depresivos (por ejemplo, falta de energía, sentimiento de inutilidad, alteraciones del sueño, apetito o peso), que combinados unos con otros o por sí mismos, pueden alterar significativa-

mente su calidad de vida y su capacidad de tolerar la administración de tratamientos médicos altamente agresivos.

Evitar esta situación es fundamental, ya que se ha observado el que tanto los trastornos de ánimo, como el pesimismo y las expectativas negativas de futuro pueden afectar adversamente el tiempo de supervivencia; la duración del tratamiento médico prescrito, y la motivación y la capacidad para cuidar de uno mismo durante la enfermedad<sup>(4)</sup>.

Conocer por tanto la manera en la que el paciente elabora sus pérdidas resulta fundamental, de manera que se pueda intervenir sobre sus ámbitos de desarrollo potenciando aquellos que le ayuden a afrontar el proceso de la enfermedad y el tratamiento; aunque para poder lograrlo es imprescindible que el paciente reconozca sus limitaciones y se implique en hacerles frente.

De no hacerlo, las pérdidas emocionales serán cada vez mayores, y se entrará en un círculo vicioso de difícil salida.

Buscar apoyos, ya sea en la familia, los amigos o en los profesionales (médico, asociación del cáncer...), de manera que el paciente pueda expresar las dudas, los miedos y las inseguridades es un paso fundamental, el primero, para hacer frente a la enfermedad...

*“Tenía que ir al hospital a menudo para las revisiones y las curas y una enfermera que me veía llorando me recomendó ir al psicólogo. Ese fue el primer paso para salir del laberinto en el que me encontraba. Me mostró unas pautas para afrontar la enfermedad y no me abandonara”<sup>(6)</sup>.*

*“...la mayor diferencia con el anterior es que mentalmente me he encontrado más fuerte y una de las razones es porque mis hijas ya son mayores y he tenido más apoyo físico y emocional”<sup>(6)</sup>.*

*“Lo único bueno de todo esto es que descubrí la familia tan maravillosa que tenía, ya que nunca me había permitido ser dependiente, siempre era fuerte. Se volcaron completamente conmigo y esto lo hacía todo más llevadero”<sup>(6)</sup>.*

## SUPERVIVIENTE DE CÁNCER

Aunque pueda sonar paradójico, una vez ha finalizado el tratamiento y se ha resuelto el proceso de la enfermedad con éxito, la persona vuelve a encontrarse en un momento crítico: el afrontamiento de la vida sin la enfermedad.

Por lo general la atención se dirige a la enfermedad y el tratamiento y se deja en un segundo plano el proceso de la adaptación tras la misma.

Al igual que indicábamos que el tener conciencia de la enfermedad obligaba a la persona a replantearse todo su ámbito de desarrollo personal; esta situación se repite una vez se toma conciencia de que está sano.

Se trata de una fase llena de incertidumbre y de sensaciones contradictorias. A la alegría por haber sobrevivido, se le une por un lado el miedo a que vuelva a suceder, a que la curación no haya sido plena y se repita todo el proceso y por otro, las dudas sobre cómo retomar su vida y volver a su ritmo normal.

*¿Y ahora qué? ¿Por dónde comienzo? ¿Cómo vuelvo a ser yo? ¿quién soy yo?*

El mero hecho de haber sobrevivido puede suponer una carga demasiado pesada; de hecho no resulta infrecuente el que personas que ante la enfermedad mostraron estilos de afrontamiento adaptativos y eficaces, una vez se tienen que enfrentar a ellos mismos, terminen viniéndose abajo.

Tal como señalan Maria Die Trill y Sandra Vecino Bravo<sup>(4)</sup> *“aunque la mayoría de los afectados por cáncer se reincorporan laboralmente, continúan con sus planes educativos y profesionales, mantienen o establecen relaciones íntimas, y encuentran formas de adaptarse a las alteraciones físicas producidas por el cáncer o sus tratamientos una vez finalizada su terapia médica, hay pacientes que no alcanzan la adaptación a la nueva vida”*.

La dificultad para abandonar el rol del enfermo y recuperar el que tenía antes de iniciarse la enfermedad puede producir sentimientos de soledad, aislamiento e incompreensión que le bloqueen y le impidan realizar las actividades del día a día.

*“Después de acabar el tratamiento, estuve recuperándome bastante tiempo, pero hoy en día después de casi dos años he comenzado a recuperar la vida que dejé atrás. Ya trabajo, salgo de fiesta con las amigas, voy al gimnasio, de vacaciones, etc. Voy haciendo todas esas pequeñas cosas que hacen una vida y a las que no damos importancia hasta que perdemos la capacidad de hacerlas”<sup>(6)</sup>.*

*“ahora voy a seguir con mi trabajo, por una parte me da un poco de miedo volver a la rutina, ponerme al día porque creo que he perdido capacidad mental, mis neuronas no están todas las que deberían estar, también he perdido memoria y me asusta el agobio del trabajo y sobretodo no estar a la altura de ello pero por otra parte tengo que seguir adelante, tener una vida normalizada como antes”<sup>(6)</sup>.*

Uno de los grandes temores de los supervivientes es el llamado “*Síndrome de Damocles*” que hace referencia al temor que sienten los supervivientes ante la amenaza de que reaparezca la enfermedad, tal y como sentía Damocles cada vez que se sentaba en su trono ante el temor de que le cayera la espada que colgaba de una crin de caballo sobre su cabeza.

*“hoy día me siento curada pero soy realista y se que es una enfermedad muy difícil y la experiencia me dice que hay que estar muy pendientes aunque sin histerismos”<sup>(6)</sup>.*

El temor a recidiva es el principal causante de las pérdidas funcionales que se producen en esta fase. La imposibilidad para implicarse emocionalmente, hacer planes a largo plazo, comprometerse... son manifestaciones del miedo a ilusionarse, de creer que ya pasó todo.

La calidad de vida del superviviente por otro lado dependerá de su capacidad para integrar el proceso de enfermedad por el que ha pasado y las secuelas que le ha dejado con la vida que tiene que desarrollar.

Al superviviente por lo general le queda algún “recuerdo” físico de la enfermedad: el linfedema, la mastectomía, la colostomía, dolores óseos, cicatrices, etc; de manera que siempre ten-

drá presente la vivencia de la enfermedad y se mostrará sensible ante la misma, además de condicionarle en ámbitos tan diversos como el laboral (por la incapacidad para realizar determinados movimientos), el personal/social (incapacidad para tener relaciones sexuales), miedo a salir a la calle, a tener que dar explicaciones, etc.

*“me gustaría aprender a no unir cuerpo y mente, saber que van por separado y que cuando algo te duele no debo permitir que mi mente reacciones mal, pensar que puedo estar contenta aunque algo me duela, que todo pase y que pronto me encontraré bien. Me hubiera gustado llevar mi enfermedad con más ánimo, pero me hundi”<sup>(6)</sup>.*

La paradoja del superviviente reside precisamente en su incapacidad para superar completamente la experiencia por la que ha pasado y el anhelo por que no hubiera sucedido nunca.

No es extraño que se intente recuperar todo lo que se perdió en el proceso, intentando vivir el día a día y haciendo todo aquello que antes nunca se atrevió, y que a su vez se lllore en las revisiones o que expresiones como “estás estupenda”, “estas mejor que nunca”, puedan tener el efecto de hundir a la persona al recordarle lo que era, lo que ha vivido y lo que es.

Aunque cada superviviente ha tenido una experiencia diferente de cáncer, en función de sus características personales, del tipo y curso de la enfermedad, del tratamiento recibido, de la eficacia de éste, del apoyo social, familiar del que hayan disfrutado y de muchos otros factores, todos comparten el hecho de haberse enfrentado a una enfermedad grave, a un tratamiento agresivo y de tener la incertidumbre sobre si realmente están curados y se pueden llamar supervivientes .

El apoyo, tanto por parte de la familia o los amigos, al igual que por parte de los profesionales resulta fundamental en esta fase, ya que se trata de un proceso de adaptación gradual lleno de obstáculos; en el que el esfuerzo se dirigirá a conseguir que se asuman las pérdidas y se vayan transformando progresivamente en ganancias.

*“se dice que cuando pensamos en positivo al final siempre las cosas salen bien, pero cuesta bastante asimilar la enfermedad porque sé que es duro, durísimo vivir con esto”<sup>(6)</sup>.*

## CONCLUSIONES

El proceso de enfermedad que sufre el paciente oncológico va más allá de la sintomatología orgánica que padece.

La interpretación que el paciente realice de la enfermedad, así como del tratamiento y de la propia supervivencia pueden dar lugar a una serie de pérdidas funcionales que, de no elaborarse adecuadamente y en el momento justo, provocarán complicaciones en los distintos ámbitos de desarrollo de la persona que a su vez repercutirán en el propio proceso de la enfermedad.

La intervención por tanto no se debería reducir sólo a la sintomatología orgánica sino que debería ir encaminada a la elaboración del proceso de duelo que padece el individuo, proporcionándole un estilo de afrontamiento antes las pérdidas que se producen por la enfermedad, el tratamiento y , en caso de superar la enfermedad, la supervivencia.

La comunicación entre médico-paciente, familia paciente, etc, es una de las estrategias más efectivas de cara a proporcionar una interpretación adecuada de la enfermedad, a anticiparse a las posibles pérdidas y reducir su impacto así como para potenciar los distintos ámbitos de desarrollo del sujeto.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Cabodevilla I. Las reacciones de duelo En: Die Trill M. (eds.) Psico-oncología. ADES Ediciones, 2003; pp 648-57.
2. Williams R. Cómo dar las noticias. Oncolog, octubre 2005, Vol. 50, No.10.
3. Schröder Pujol M. Impacto emocional y tratamiento psicológico durante la fase Terminal. En: Die Trill M. (eds.) Psico-oncología. ADES Ediciones, 2003; pp 629-45.
4. Die Trill M. Psico-oncología. ADES Ediciones, 2003).
5. Gil F, (ed.). Manual de Psico-oncología. Madrid: Nova Sidonia Oncología, 2000.
6. Anotaciones Grupo de Cáncer de Mama. Salamanca 2005-2006. No publicado.