
This is the **published version** of the bachelor thesis:

Molina Cuesta, Anna. *Problemas psicosociales, laborales y económicos en pacientes adulto-jóvenes oncológicos*. Treball de Final de Grau (Universitat Autònoma de Barcelona), 2026 (Relacions laborals). 83 pàg.

This version is available at <https://ddd.uab.cat/record/331870>

under the terms of the  license.

TRABAJO FIN DE GRADO
Grado en Relaciones Laborales



**PROBLEMAS PSICOSCIALES,
LABORALES Y ECONOMICOS EN PACIENTES
ADULTO-JOVENES ONCOLOGICOS**

Autora: Anna Molina Cuesta
Tutora: Elisabet Velo Fabregat

2025/2026

AGRADECIMIENTOS

Este camino no solo ha sido un reto académico, sino un aprendizaje profundo sobre la vida misma y la resiliencia humana. Más allá de leyes o conceptos teóricos, este trabajo simboliza un viaje personal, de errores, de aciertos, de reflejos y emociones. He comprendido que la verdadera fortaleza reside en quienes nos acompañan, y de aquí nace este agradecimiento.

En primer lugar, quiero expresar mi más sincero agradecimiento a todo el equipo médico oncológico del Hospital Universitario Mútua de Terrassa, y en especial al equipo de hematología; a Patri, Pili y a todas las enfermeras del hospital de día y de la planta 11; a Anna, mi maravillosa psicóloga —sin ti habría sido incapaz de llegar hasta aquí—; y, sobre todo, a Silvia Verdesoto y Martí Tutusaus, gracias por devolverme la vida.

En segundo lugar, quiero dar las gracias a mi red de apoyo: mi familia y mis amigas. Habéis estado presentes incluso en los momentos más duros, acompañándome en el silencio y celebrando cada victoria.

Este trabajo es para vosotros, mamá, papá, tete y Thor: porque sois mi refugio, mi impulso y el lugar al que siempre puedo volver. Porque en nuestro amor está la fuerza para seguir adelante incluso cuando todo parece imposible.

Por último, quiero agradecer también a Elisabet Velo, tutora de este trabajo, por su soporte, apoyo e implicación constante.

RESUMEN

El presente estudio tiene como objetivo analizar las carencias legislativas surgidas de la necesidad de pacientes adulto-jóvenes oncológicos en el ámbito psicosocial, laboral y económico.

Para ello, se utilizan diversas técnicas de investigación: se combina la contextualización teórica - normativa; para entender los conceptos esenciales y las herramientas jurídicas que se encuentran en nuestra legislación actual, con el análisis de varias entrevistas; entre ellas a pacientes, abogada y psicóloga especializadas en la temática.

El estudio muestra que, si bien la jurisprudencia ha evolucionado favorablemente en materia de protección social, persisten dificultades legislativas que impiden la plena integración y apoyo económico adecuado. Finalmente, se plantean propuestas de mejora legislativa orientadas a consolidar un sistema más justo e igualitario adaptado a las necesidades reales de estos pacientes.

Palabras clave: carencias legislativas, pacientes adulto-jóvenes oncológicos, protección social, sistema justo e igualitario.

ABSTRACT

The present study aims to analyse the legislative gaps regarding the psychosocial, labour, and economic needs of young adult cancer patients.

To achieve this, different research methods was used: a study of current laws and theories to understand key legal concepts, and interviews with patients, a specialized lawyer and psychologist.

The research shows that while social protection laws have improved over the years, there are still legal difficulties that prevent these patients from achieving full integration and receiving a proper financial support. Finally, the study suggests legal improvements to create a fairer and more equal system that meets the real needs of these patients.

Keywords: legislative gaps, young adult cancer patients, social protection, fair system and equality.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	6
1.1 Objetivos del trabajo	6
1.2 Hipótesis del trabajo	7
1.3 Delimitación conceptual.....	7
1.4 Metodología	8
2. MARCO TEÓRICO	10
2.1 Definición de pacientes adulto-jóvenes oncológicos	10
2.2 Impacto psicosocial y laboral del cáncer en jóvenes.....	11
2.3 Consecuencias económicas	13
3. MARCO NORMATIVO ACTUAL EN ESPAÑA	16
3.1 Reconocimiento jurídico del cáncer como enfermedad común	16
3.2 Prestaciones y subsidios reconocidas.....	17
3.3 Perspectiva de género en el impacto psicosocial del cáncer	20
3.4 Análisis jurisprudencial	24
4. PARTE PRACTICA	28
4.1 Entrevistas y testimonios	28
4.2 Reforma del Marco Legal en materia de Incapacidad	33
5. CONCLUSIONES	39
6. BIBLIOGRAFIA.....	41
7. ANEXOS.....	45

1. INTRODUCCIÓN

El cáncer constituye, en la actualidad, un fenómeno de creciente prevalencia y un desafío sanitario, social y económico de magnitud global. Su presencia resulta prácticamente universal; gran parte de la sociedad mantiene un vínculo directo o indirecto con la enfermedad en algún momento de su ciclo vital. Continúa siendo una de las principales causas de mortalidad y según la Sociedad Española de Oncología Médica, la incidencia en España ha experimentado un aumento significativo, motivado principalmente por el envejecimiento y crecimiento de la población, así como la exposición a factores de riesgo como el tabaco, el alcohol y la obesidad.

Pese a la heterogeneidad de las patologías oncológicas, todas convergen en que no solo se trata de una patología que afecta al organismo, sino que su propio proceso provoca secuelas irreversibles – mentales, laborales, económicas, personales, etc. - y el diagnóstico de una enfermedad de ese calibre, cambia la vida del paciente de manera significativa.

A veces se tiende a pensar en que lo más importante de un procedimiento oncológico es sobrevivir. Pero la realidad, es muy distinta. Después de un diagnóstico de cáncer, la vida se centra en curarse, pero dependiendo del tratamiento al que uno se someta, quedan secuelas físicas y mentales que acompañaran al paciente el resto de sus días.

Partiendo de ello, es palpable que las medidas jurídicas actuales son insuficientes y provocan unas consecuencias socioeconómicas irreversibles. Por ello, este trabajo nace de la necesidad de proteger al paciente oncológico. Analizar la legislación española vigente en materia de cáncer y proponer mejoras jurídicas que respondan a la falta de reconocimiento del cáncer como enfermedad grave.

1.1 Objetivos del trabajo

En la actualidad, la legislación en materia laboral no reconoce las singularidades del cáncer dentro del sistema de protección social. Esta omisión reduce de forma significativa la protección jurídica, y gran parte de las herramientas jurídicas que se contemplan pueden limitar a ciertos colectivos de la sociedad: inmigrantes, jóvenes o trabajadoras del hogar. La protección jurídica con la que se encuentra un paciente oncológico es muy escasa, sobre todo en el caso de pacientes jóvenes. Esta

enfermedad afecta a todas las edades y provoca muchas secuelas tanto durante el propio tratamiento como posteriores que no se encuentran tan protegidas como merecen.

Bajo este prisma, el presente trabajo tiene como objetivo aportar un nuevo enfoque jurídico donde se contemple el cáncer como una enfermedad con mayor necesidad de protección y aportar herramientas jurídicas clave y necesarias en nuestro propio ordenamiento.

1.2 Hipótesis del trabajo

- La interrupción de la actividad laboral en pacientes jóvenes oncológicos con historial de cotización parcial provoca una menor protección social inmediata y futura.
- Los pacientes jóvenes oncológicos encuentran más barreras y sufren mayor discriminación en la reincorporación laboral.
- La interrupción laboral durante el tratamiento oncológico provoca una pérdida irreversible de cotización que se traduce en menores derechos futuros de pensión o incapacidad permanente.
- La ausencia de reconocimiento legal de secuelas invisibles (fatiga crónica, ansiedad, deterioro cognitivo) dificulta el reconocimiento de incapacidad laboral.

1.3 Delimitación conceptual

La incidencia del cáncer en la población joven presenta una tendencia ascendente. Sin embargo, a nivel jurídico no existe un vacío normativo, sino dificultades estructurales de acceso a prestaciones, derivadas principalmente por el poco desarrollo laboral que caracteriza a este colectivo. A diferencia de otros grupos de edad, los pacientes entre los 18 y 30 años se encuentran en un momento vital especialmente vulnerable. Están en un proceso de desarrollo académico, económico, social, etc. y su reciente incorporación al mundo profesional los limita de cara a la protección jurídico laboral.

Un diagnóstico así interrumpe completamente una etapa de transición caracterizada por el aprendizaje, los sueños, los errores y paraliza la vida prácticamente por completo. Los pacientes jóvenes oncológicos carecen de herramientas de protección social y esto complica aún más la situación posiblemente más complicada de sus vidas.

La propuesta de mejoras legislativas se orienta a mejorar la protección jurídica de aquellos jóvenes que padecen o padecerán esta enfermedad, dar visibilidad a sus necesidades y aportar posibles mejoras.

1.4 Metodología

El objetivo principal de esta investigación es analizar la protección jurídica vigente para aquellas personas con antecedentes o diagnósticos activos de patologías oncológicas.

Para llevarlo a cabo se empleará la siguiente metodología. En primer lugar, se tratan conceptos básicos e introductorios como los objetivos del estudio, las hipótesis generadas en búsqueda de respuesta y una delimitación conceptual que permita acotar el perfil del sujeto de estudio. En este caso se centrará en pacientes en edad laboral entre los 18 y los 31 años pero que, debido a circunstancias sociales y habituales, se encuentran en situación de dependencia económica familiar (residen con sus padres y madres), con trabajos inestables o no han iniciado su trayectoria profesional por motivos académicos.

Tras la contextualización inicial, el marco teórico ofrecerá una descripción extensa sobre los pacientes adulto-jóvenes oncológicos además del impacto psicosocial y laboral que padecen. Las consecuencias económicas de esta situación médica serán un punto clave para profundizar en su situación psicosocial ya que la pérdida de ingresos y los costes indirectos que se generan crean un impacto muy fuerte en ellos.

Para completar el marco teórico se necesita delimitar cuales son las herramientas proporcionadas por el marco legal y la jurisprudencia para proteger a este colectivo. Para ello, se profundizará en la consideración del cáncer como enfermedad común, analizando las prestaciones y subsidios que derivan de esa situación, así como el impacto psicosocial del cáncer en relación con la perspectiva de género. A través de los testimonios obtendremos un enfoque más metódico que nos ayudará a detectar las desigualdades existentes entre mujeres y hombres jóvenes que padecen o han padecido cáncer.

En la parte práctica se examinará la jurisprudencia relevante relacionada con conceptos tratados a lo largo del proyecto y se completará el estudio mediante entrevistas tanto a pacientes como a expertos en el ámbito oncológico.

La integración de estos testimonios, junto con el análisis jurídico-doctrinal, permitirán el desarrollo de propuestas de reforma legislativa aplicables en nuestro sistema jurídico actual.

2. MARCO TEÓRICO

La Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) y la Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN) realizaron un estudio para analizar el posible crecimiento del cáncer en nuestro país; *“Las cifras del cáncer en España 2025”*. Según el informe, en 2025 se registraron 296.103 nuevos casos de cáncer, es decir, un 3,3% más que en 2024. Es más, se estima que, en 2050, la incidencia llegue a superar incluso los 350.000 casos.

Un estudio internacional reciente trata sobre la incidencia de seis tipos de cáncer y su aumento en adultos jóvenes en varios países del mundo. Este estudio analiza la situación de 42 países y expone que ciertos tipos de cáncer – como cáncer de mama, de riñón, leucemia o linfoma – han incrementado su incidencia en pacientes jóvenes en muchos de estos países.

El estudio concluye claramente que la incidencia del cáncer está en aumento y en particular en las personas más jóvenes. Un diagnóstico de cáncer en personas jóvenes supone un impacto en su desarrollo social, personal y familiar que atrae consecuencias sociales, sanitarias y demográficas aún mayores.

2.1 Definición de pacientes adulto-jóvenes oncológicos

Generalmente, los pacientes adulto-jóvenes oncológicos, se encuentran comprendidos entre los 18 y 31 años. Constituyen un grupo específico en materia oncológica y presentan unas características médicas, psicológicas y sociales diferenciadas tanto de los pacientes pediátricos como de los adultos de mayor edad.

Su clasificación diferenciada no solo se debe a la edad como tal, sino las propias particularidades que surgen. El cáncer en jóvenes sigue considerándose poco habitual y muchos estudios verifican que, para algunos tipos de cáncer, es posible que los adultos jóvenes tengan peores diagnósticos, aunque mejores desenlaces si reciben tratamientos óptimos.

Estos pacientes se encuentran en una fase vital de transición entre la adolescencia tardía y la adultez. A nivel clínico, este punto es indeterminable ya que el comportamiento tumoral ya no es propio ni de la infancia, y tampoco asociable al

envejecimiento o exposiciones a factores de riesgo. Los especialistas en oncología muestran inquietud respecto al aumento de tumores en edades tempranas y sus posibles causas, señalando que el estilo de vida influye, pero no explica por completo el fenómeno (Mouzo, 2024).

2.2 Impacto psicosocial y laboral del cáncer en jóvenes

Centrándonos en la parte más personal y vulnerable, los problemas psicosociales a los que se enfrentan estos pacientes forman parte tanto del diagnóstico como del tratamiento y pueden prolongarse durante un largo periodo posterior. Recibir un diagnóstico de cáncer conlleva una serie de consecuencias psicosociales: miedo, enfado, desorientación, soledad... y estas son solo algunas de esas emociones que formaran parte a lo largo del proceso. Para muchos jóvenes, quizás sea su primer contacto con el sistema de salud como tal y se enfrentan a la toma de decisiones medicas que perjudicarán y marcarán el resto de sus vidas. Se verán obligados a interrumpir sus estudios o vida laboral, paralizará su vida y deberán priorizar la salud a todo lo demás.

A lo largo del tratamiento, los pacientes afrontan una gran incertidumbre sobre su futuro. No obstante, es tras finalizar el proceso oncológico cuando surgen adversidades imprevistas. El sistema sanitario se enfoca en la parte clínica, pero la adaptación a la vida cotidiana del paciente suele quedar en manos del individuo y la orientación suele quedar delegada casi exclusivamente a otro sector (entidades como la AECC¹ u Oncolliga). Lo que confirma que el Estado no cubre de forma intrínseca esta necesidad.

En primer lugar, a nivel psicológico, existen estudios que hablan sobre nuevas propuestas de manejo psico oncológico dirigida concretamente a pacientes adultos jóvenes. Este enfoque surge de la necesidad de promover el bienestar mental, emocional y mejorar la calidad de vida de estos. Una de estas propuestas consiste en una guía de manejo desde la perspectiva cognitiva conductual, la cual se centró en el trabajo con pacientes de 18 a 30 años con diagnóstico de leucemia o en remisión (Arguedas Villalobos et al., 2025). Esta evidenció la presencia de ansiedad y depresión planteando la necesidad de construir herramientas de apoyo funcionales para acompañar a estos jóvenes.

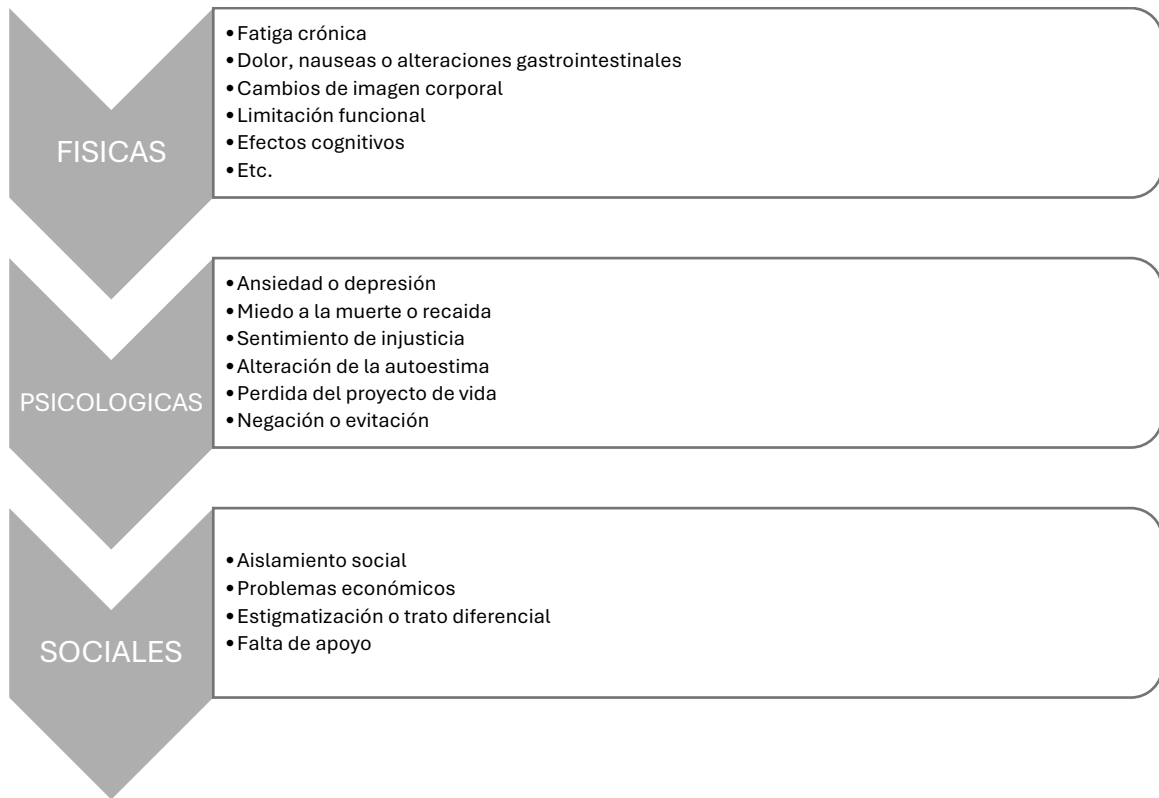
¹ Asociación Española Contra el Cáncer

Por lo que respecta a la interrupción de estudios y/o vida laboral, es importante destacar cuales son los efectos que, en general, comportan en cada uno de los casos:

- En el caso de las **limitaciones académicas**; el ritmo estudiantil (sobre todo universitario o FP) requiere constancia, implicación, presencialidad y capacidad mental. Para un paciente sometido a tratamientos médicos y sus efectos en su salud mental, sobrellevar y sostener ese ritmo puede ser misión imposible, o en el mejor de los casos, quizás adaptable a las circunstancias (pero en ningún caso equivalente a sostener las cargas que anteriormente se ejercían).
- Por lo que respecta al **ámbito laboral**, el trabajador o trabajadora que estuviera trabajando percibirá la prestación por Incapacidad Temporal, y por ende deberá cesar su actividad laboral. Este tipo de pacientes, suelen encontrarse en trabajos precarios compaginándolo con su formación académica, que no suelen estar asociados a sus estudios y donde la carga de trabajo suele ser mayor. Esto provoca una retribución también baja.

En ambos casos hablamos de la **adaptación a un nuevo entorno**. La rutina del paciente cambia, y lo que antes formaba parte de su día a día, ya no lo es. Estos factores se encuentran claramente interrelacionados con la parte psicosocial. El nuevo entorno desconocido, donde el hospital empieza a tomar forma de “casa”. Esas limitaciones académicas que hacen que el estudiante se sienta atrapado, donde a pesar del esfuerzo y dedicación, es imposible seguir el ritmo de antes y se tiene que adaptar o paralizar los objetivos vitales. Además, la suma del factor económico, muy relacionado con el ámbito laboral, donde si ya de por sí se ocupan en trabajos precarizados, estos ingresos se ven afectados al estar de baja y tampoco existe ninguna posibilidad plausible para aumentarlos, más que sanar y confiar en una recuperación cercana.

Este escenario produce un impacto psicosocial y laboral concentrado en 3 barreras claras, las físicas, las psicológicas y las sociales.



Gráfica 1. Tipos de barreres que se dan en situación de larga enfermedad. ²

Desde una perspectiva clínica y social, existe una *“relación entre la edad en años y el estoicismo, los síntomas psicológicos, el dolor y el tiempo transcurrido desde la presencia de síntomas y la consulta al médico, considerando además el género”*³. Los resultados de este muestran que, los hombres, a mayor edad, tienen un menor impacto psicológico, mientras que los jóvenes manifiestan una respuesta emocional completamente distinta. Esto es clave en el ámbito laboral, ya que el bienestar psicosocial del trabajador tras el diagnóstico condiciona considerablemente su periodo de incapacidad y su posterior adaptación al puesto de trabajo.

2.3 Consecuencias económicas

Tal y como se ha expuesto en el apartado anterior, las consecuencias económicas suelen ser una de las preocupaciones principales en pacientes oncológicos en general.

² Fuente: Elaboración propia.

³ FERNÁNDEZ, B. C., *et al.*, "Estoicismo frente al cáncer: riesgo o protección", *Psicooncología*, vol. 15, nº 2, 2018, págs. 277-290.

No solo afecta a jóvenes, también afecta a adultos con responsabilidades propias de la edad como una casa, hijos, además de las obligaciones económicas y fiscales: sino también a niños o adolescentes que dependerán de sus progenitores para su desarrollo vital. Es común en niños no tener conciencia de ello, pero serán sus progenitores los encargados de atender la parte económica sino a su propio hijo o hija y las dificultades que presenta.

En el caso de los adultos jóvenes es un poco distinto. Muchos de ellos y ellas aún se encuentran en esa etapa de desarrollo en la que aun dependen de los padres y posiblemente lo sigan haciendo, pero las necesidades desde luego que cambian. Otros trabajan, incluso encontramos pacientes independizados, situación en la que sus responsabilidades son aún mayores.

La pérdida de ingresos o disminución de estos provoca no solo una situación de inestabilidad económica familiar, sino también afectación psicológica personal.

Para aquellos que dependían de sus progenitores o tutores legales y se han enfrentado a la mayoría de edad durante el proceso, puede considerarse un poco más sencillo porque ellos mismos no conocen lo que es la independencia económica como tal. Esto es un error, porque a pesar de sufrir la enfermedad, estos jóvenes crecen, su entorno crece a una velocidad aun mayor, y ven como todo su entorno es autosuficiente mientras ellos o ellas están en una situación de limitación física, emocional y económica compleja. Proteger legalmente esta situación de vulnerabilidad es difícil, y a nivel laboral (lugar del que aún no forman parte) es imposible protegerlos.

En el caso de aquellos que sí que forman parte del mundo laboral, pero de una forma precaria, resulta complejo combinar la disminución de ingresos con la calidad de vida e independencia económica que se tenía con posterioridad. Quizás sus gastos se pueden considerar superficiales ya que las responsabilidades de pago que sostienen adultos no forman parte de esa etapa vital, pero la parte superficial también forma parte de nuestras vidas. Comprar algo de ropa, salir a tomar algo, pagos académicos, incluso gastos sanitarios como la medicación no financiada o productos como pelucas, cremas de hidratación específicas, mascarillas, transporte o parquin de hospital, entre otras.

Para aquellos que estén independizados suele ser aún peor. Quizás los ingresos son mayores (aunque también disminuye) pero este paciente enfrenta no solo todos los

gastos mencionados, sino una suma de gastos aún mayores como mantener su vivienda (hipoteca o alquiler), comida, luz, agua, gas... y una larga lista más.

Es posible que puedan recibir ayuda de sus familias para solventar esta inestabilidad, pero nos podemos preguntar cómo afecta a esas personas. Para sus familias quizás es un problema económico, pero para esa persona es un signo de vulnerabilidad, de pérdida, de desorientación y sobre todo de realidad. Significa un retorno a la dependencia familiar y, en caso de no tenerla, las consecuencias pueden ser durísimas.

Es cierto que existen ciertas ayudas, que resultan mínimas e insuficientes para estos casos. El objetivo es precisamente conocer estos parches salvavidas que nuestro país comprende para proteger y salvaguardar a este sector socialmente vulnerable.

Costes directos (gastos que derivan directamente de la enfermedad y tratamiento)	Costes indirectos (perdidas y consecuencias que derivan de la enfermedad y tratamiento)
1. Sanitarios (mediación no financiada, productos adecuados a la enfermedad o accesorios como pelucas/pañuelos). 2. Asistenciales y de cuidado (adaptación del hogar o productos de apoyo según las necesidades). 3. Desplazamiento (transporte, gasolina, parquin, alojamiento en casos extremos, dietas fuera del domicilio).	1. Pérdida de ingresos (baja laboral, despido, cese de actividad por contrato o caso de autónomos, imposibilidad de acceder a prestaciones). 2. Impacto en la trayectoria laboral (interrupción de estudios, retraso de incorporación al mercado laboral, estigmatización laboral, dificultad de reincorporación...). 3. Dependencia económica (necesidad de apoyo y pérdida de autonomía). 4. Psicosociales (salud mental, aislamiento social, reducción de la red de apoyo). 5. Secuelas físicas, incapacidad parcial o permanente, menor cotización a la Seguridad social o pensiones futuras reducidas^{4, 5}

Gráfico 2. Costes directos e indirectos derivados de la enfermedad

⁴ Desarrolladas en el apartado 3.2.

⁵ Fuente: elaboración propia.

3. MARCO NORMATIVO ACTUAL EN ESPAÑA

El marco normativo es fundamental para entender la desprotección o protección del paciente, que a menudo se encuentra en una situación jurídica compleja. Ya no es un niño o niña, pero carece de la trayectoria laboral que se requiere para recibir esos subsidios, prestaciones o ayudas que se encuentran reguladas sobre todo de forma contributiva.

En este apartado se recogen las disposiciones legales que regulan dichas situaciones en España. Las dividiremos en dos tipos de normas; aquellas que protegen a nivel social y aquellas que protegen a nivel laboral.

PROTECCIÓN SOCIAL	PROTECCIÓN LABORAL
• Real Decreto 888/2022 • Ley 15/2022 Integral para la Igualdad de Trato y la No Discriminación • Ley 35/2006 Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas • Real Decreto 1/2013 Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social	• Ley General de la Seguridad Social • Estatuto de los Trabajadores

⁶

Como podemos observar, existe una asimetría protectora ya que mientras el marco laboral ha ido en evolución hacia una mejora discriminativa y económica de cara al afectado, los requisitos contributivos que se exigen vulneran directamente a pacientes jóvenes que, debido a su corta trayectoria o precariedad laboral, quedarán excluidos de gran parte de las prestaciones o beneficios durante y después de su enfermedad.

3.1 Reconocimiento jurídico del cáncer como enfermedad común

Para empezar, debemos mencionar que, en España, el cáncer no tiene una ley “única”, sino que se encuadra en el concepto de **enfermedad común**, según lo establecido en el artículo 158 del Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social (en adelante LGSS).

⁶ Fuente: elaboración propia.

Esto supone que el cáncer este jurídicamente encuadrado en una situación de desprotección inmediata desde el primer día, ya que la incapacidad temporal no cubre económicamente los primeros días de baja (salvo caso concreto establecido por convenio) y que la cuantía que se percibirá a lo largo de este proceso será inferior a la prevista para contingencias profesionales en el artículo 156 de la LGSS.

En caso de enfermedad común o accidente no laboral será el 60% de la base reguladora entre el 4.º y 20.º día; 75% a partir del 21.º día y en caso de accidente laboral o enfermedad profesional, 75% desde el primer día.

3.2 Prestaciones y subsidios reconocidas

Primero debemos hablar de la **incapacidad temporal** prevista entre los artículos 169 y 176 de la LGSS. Esta es un factor clave en el caso de pacientes que no pueden acceder a ella. Únicamente se podrá acceder a ella estando dado de alta en la Seguridad Social, requisito que en caso de contratos temporales precarios o por temas académicos no resulta tan sencillo.

Por otro lado, hablaríamos de la **incapacidad permanente**, prevista entre los artículos 193 y 196 de la LGSS. En este caso encontraríamos la IP contributiva y la IP no contributiva.

- La **incapacidad permanente contributiva**, regulada en el artículo 193 de la LGSS, es la situación de la persona trabajadora que después de haber estado sometida al tratamiento prescrito, presenta unas reducciones anatómicas o funcionales que disminuyen o impiden su capacidad laboral.

Para poder acceder a ella se exigen varios **requisitos** previstos en el artículo 138 de la LGSS, entre los que encontramos uno que afecta directamente a nuestro colectivo, ya que, al ser menor de 31 años, deberá tener la tercera parte del tiempo transcurrido entre la fecha en la que cumplió 16 años y la del hecho causante “aquella en la que tuvo que pausar su actividad laboral a causa de la enfermedad”.

También se exige que derive de la situación de incapacidad temporal, salvo casos concretos previstos como situaciones asimiladas a la de alta, definidos en el artículo 166 de la LGSS, la asimilación a trabajadores por cuenta ajena en

supuestos previstos en el artículo 155.2 de la LGSS, o sin exigir mínimo de cotización ni situación de alta, pedir directamente una incapacidad permanente, este último dando lugar a la incapacidad permanente no contributiva.

- La **incapacidad permanente no contributiva**, prevista en el artículo 363 de la LGSS, parece una opción para aquellos que no trabajaron previamente a la enfermedad o que no cumplan requisitos de carencia. La competencia para su reconocimiento la ejercen a los órganos competentes de cada comunidad autónoma y solo se reconocerá como exclusiva para grados de incapacidad absoluta o gran invalidez. A su vez, se exige una acreditación del 65% (o superior) de discapacidad y al tener en cuenta los ingresos de la unidad de convivencia (por ejemplo, padres y madres), puede impedir el acceso a la prestación a causa de considerar que los progenitores poseen de suficiente capacidad económica para sufragar los gastos del hijo o hija enfermo.

Estas son las principales fuentes de ingreso a las que un paciente adulto-joven oncológico puede acogerse durante o después de su tratamiento. Los requisitos de acceso suelen ser el principal problema y, a pesar de la protección que parece existir para ellos, las limitaciones y barreras que sufren para su acceso, los desprotegen por completo. Resulta inverosímil considerar que la subsistencia de una persona pueda quedar garantizada con niveles de renta tan reducidos como los previstos para estas incapacidades. Esta precariedad deriva, fundamentalmente, de trayectorias profesionales intermitentes y bases de cotización muy bajas y/o escasas. Asimismo, la imposibilidad de acceder a dichas prestaciones agrava la vulnerabilidad del individuo al obstaculizar, paralelamente, el acceso a otros mecanismos de protección social.

Por otro lado, existe la posibilidad que se reconozca una situación de **discapacidad**. Debemos distinguir entre obtener una incapacidad, que se refiere al ámbito laboral, y una discapacidad. La discapacidad es una condición de deficiencia física, mental, intelectual o sensorial de una persona a largo plazo y las barreras que esto supone limitando por ende su participación plena y efectiva en la sociedad de forma igualitaria al resto. Esta situación se regula en el Real Decreto-ley 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de Derechos de las Personas con Discapacidad y de su inclusión social. En este se disponen todas las normativas y obligaciones que garantizan la igualdad, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad. El objetivo de esta es asegurar y ejercer

los derechos de este sector vulnerable de la población reconociéndolas como titulares de derecho y obligando a los poderes públicos a garantizar el cumplimiento.

El **certificado de discapacidad** es un documento oficial que reconoce legalmente esa situación. A partir de una evaluación realizada por los Equipos de Valoración y Orientación (EVO) de cada comunidad autónoma, la administración reconoce un grado y la naturaleza de esta. Esta evaluación no solo analiza las limitaciones de la propia persona sino también contempla aspectos sociales y de su entorno.

Encontramos distintos grados de discapacidad recogidos en el Real Decreto 888/2022, de 18 de octubre, por el que se establece el procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad. Hay cinco niveles: nula (0%-4%), leve (5%-24%), moderada (25%-49%), grave (50%-95%) y total (96%-100%).

Este certificado aporta beneficios para los que lo obtienen regulados en el Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la **Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social**, como:

- Acciones protectoras del sistema especial de prestaciones sociales y económicas, regulado en el artículo 8.
- Prestación farmacéutica del sistema especial de prestaciones y económicas para las personas con discapacidad, regulado en el artículo 9.
- Gratuidad de la enseñanza y garantías adicionales, regulado en el artículo 19 y 20.
- Derecho a vivir de forma independiente y a participar plenamente en todos los aspectos de la vida, regulado en el artículo 22.
- Reserva de viviendas para personas con discapacidad y condiciones de accesibilidad, regulado en el artículo 32.
- Cuota de reserva de puestos de trabajo para personas con discapacidad, regulado en el artículo 42.
- Beneficios fiscales por discapacidad regulados principalmente en dicha ley junto a la Ley 35/2006, de 28 de noviembre, del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas.
- Entre otros.

Además, cabe destacar la prohibición de discriminación por razón de enfermedad, regulada en la **Ley 15/2022, de 12 de julio, integral para la igualdad de trato y la no discriminación**. Según la doctrina, “(...) *Fomentar la empleabilidad de estos colectivos garantiza que puedan desarrollar una vida autónoma e independiente (...)*”⁷. Y por ello, los ordenamientos jurídicos suelen no solo imponen la obligación de adaptar el puesto de trabajo para aquellos casos en los que la persona trabajadora tenga alguna patología o enfermedad, sino que prohíben cualquier extinción de contrato motivadas por la afectación en la salud de un trabajador.

A pesar de conseguir el reconocimiento de prestaciones como la incapacidad temporal y permanente o subsidios que son de gran ayuda, también es preciso subrayar según el señor Fernández Domínguez que “(...) *cabe tomar conciencia sobre la necesidad de implantar planes de retorno después de bajas de larga duración, y más tras el cambio legal de enjundia en torno a la extinción del contrato por declaración de incapacidad permanente (...)*”⁸. Esto conciencia de la necesidad de tomar responsabilidad y configurar nuevas propuestas para mejorar el sistema, facilitando el acceso a incapacidades de larga duración como los pacientes oncológicos.

3.3 Perspectiva de género en el impacto psicosocial del cáncer

Se tiende a pensar que los pacientes oncológicos se encuentran en igualdad de condiciones entre ellos. Podemos pensar que sienten cierto alivio al compartir sus experiencias independientemente de lo diferentes que sean sus tratamientos, sus circunstancias o sus vidas porque al final, para la sociedad, todo se reduce a lo mismo: cáncer.

A nivel sanitario, gracias a nuestro sistema de salud es posible que exista en cierto modo esa utópica de igualdad; se reconoce en el artículo 43 de la Constitución Española el derecho a la protección de la salud para todos los ciudadanos, pero lo cierto es que, a nivel social, las cosas son distintas. Hablamos del cáncer con afectación en general, independientemente de la etnia, clase, género u orientación y creemos poder afirmar

⁷ GORDO GONZÁLEZ, L., "Enfermedad y discriminación tras la Ley 15/2022, integral para la igualdad de trato y la no discriminación. Especial mención al despido del trabajador enfermo", *Revista de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social. CEF*, nº 474, 2022, págs. 49-84.

⁸ FERNÁNDEZ DOMÍNGUEZ, J. J., "La incapacidad laboral de larga duración y la reincorporación al trabajo: Desde la improvisación a la planificación", *Revista de Estudios Jurídico-Laborales y de Seguridad Social (REJLSS)*, nº 11 (Extraordinario), 2025, págs. 49-75.

que todas esas desigualdades no afectan a esta enfermedad. Sin embargo, esta visión ignora la interseccionalidad, concepto definido por Kimberlé Crenshaw como el fenómeno por el cual *“las distintas categorías sociales, raciales y de género, lejos de ser independientes, interactúan creando sistemas de opresión que reflejan múltiples formas de discriminación”* (Crenshaw, 1989), lo cual determina de manera decisiva el acceso real a la salud, la calidad del acompañamiento y las posibilidades de supervivencia del paciente.

Para contextualizar esta utopía de la que hablamos, siguiendo el análisis doctrinal de Gené sobre la jurisprudencia, destaca una sentencia: STSJ de Cantabria de 18 de enero de 2019. En este estudio valora y declara la nulidad del despido a una trabajadora enferma, por un doble factor de discriminación *“Por una parte (...) una discriminación de la trabajadora por motivo de discapacidad, al considerar que la enfermedad sufrida por la misma constituye una enfermedad de larga duración asimilable a la discapacidad y, por otra parte, aunque con menor vehemencia y fundamentación, parece afirmar que dicho despido también puede constituir una discriminación por razón de sexo, al considerar que nos encontramos ante una patología netamente femenina, que obliga a enjuiciar la cuestión desde una perspectiva de género⁹”*. Este doble factor de discriminación deja en claro y demuestra una vez más, que el cáncer no es neutro y mucho menos a nivel laboral.

Seguido al análisis doctrinal de Gené, también debemos añadir la visión que aporta la catedrática Sánchez Trigueros sobre la misma cuestión. Esta destaca que: *“(...) es una pena que la sala de Cantabria no haya dedicado más atención a aquella que su simple mención, evidenciando un cierto modismo; en efecto, se afirma abordar el caso también desde una perspectiva de género, por ser el factor determinante de la baja médica un cáncer de útero, patología exclusivamente femenina, pero nada más se añade¹⁰ (...)”*. Demostrándonos una vez más, que los hombres; aunque también sean víctimas de despidos por cáncer, en el caso de las mujeres; colectivo ya de por si discriminado, tienen una peor posición social.

En la elaboración de la parte práctica del trabajo, concretamente una de las entrevistas a una paciente oncológica, se reveló la relevancia que podía tener la perspectiva de

⁹ Gené, J. M. I. *La Nulidad del despido de trabajadora con cáncer uterino*. Revista de Derecho Social, 2019.

¹⁰ SÁNCHEZ TRIGUEROS, C., "Nulidad del despido de trabajadora con cáncer uterino por discapacidad y género. Comentario a la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Cantabria 45/2019, de 18 de enero", *Revista de Derecho Social*, nº 86, 2019, págs. 143-154

género en una enfermedad como esta. Estamos tan acostumbrados a dinámicas de género normalizadas en nuestro día a día que somos incapaces de ver pequeños matices que claramente son una brecha en nuestra comunidad.

Durante la primera entrevista, incluimos una pregunta relacionada con la discriminación por razón de género porque, si se entrevistaba a dos pacientes jóvenes de género femenino, podría ser interesante compartir esa experiencia teniendo en cuenta esta perspectiva. Quería conocer cuál era su opinión sobre temas polémicos como el aspecto físico, el cuidado personal, la maternidad... lo que en definitiva acaba definiendo al género femenino y que el cáncer, aun de forma temporal, destruye por completo a su paso. Conozco la afectación directa de dichas secuelas y compartir experiencia y opinión con otra joven encendió en mí la necesidad de dar voz a todas aquellas mujeres que padecen, que padecieron o padecerán esos momentos.

*“No solo en cuanto a físico, que ya solo por eso
ya hay una diferencia brutal, sino en cómo eres percibida,
en cómo te tratan y en qué se espera de ti”.*

(Paciente 1, comunicación personal, 25 de marzo de 2026)

Este apartado implica reconocer que no todas las personas viven el cáncer de la misma manera, no solo por factores médicos, sino también por ciertos roles sociales y estereotipados asociados a un género u otro.

Los roles de género son aquellas expectativas marcadas por la sociedad sobre lo que es ser “hombre” y “mujer”. En el caso de las mujeres, existen ciertos roles que destacan como por ejemplo el cuidado, la responsabilidad emocional, la priorización del bienestar ajeno al propio, la autoexigencia para demostrar que eres lo suficientemente válida para ciertas tareas o puestos de liderazgo, la exigencia estética y corporal o la maternidad. Al respecto, la Asociación Española contra el Cáncer (AECC, s.f.) señala que el papel tradicional de cuidadoras dificulta que muchas pacientes soliciten ayuda o apoyo durante la enfermedad, ya que la idea social de “puedo con todo” genera una barrera psicológica para reconocer sus propias necesidades.

En este proyecto nos centramos en pacientes adulto-jóvenes, en etapa de desarrollo personal y descubrimiento de uno mismo. Por ende, cabe suponer que estos roles también afectan a esas mujeres jóvenes que están en plena edad de desarrollo.

Quizás el rol de cuidadora en el caso de estas mujeres no se suele asociar, debido a su edad y papel de hija dentro de su unidad familiar, pero a nivel académico, profesional y la interrupción de sus proyectos vitales si pueden verse afectados. La idea perseverante de “no quedarse atrás” y poder luchar por su futuro suele ser una gran carga para ellas.

La mayor presión a la que son sometidas es la estética. Los tratamientos médicos que se aplican para erradicar esta enfermedad acostumbran a suponer cambios físicos temporales o crónicos que podemos vincular directamente con la autoestima, percepción de una misma, sexualidad o la propia validación social. Para estas jóvenes es un impacto muy grande perder rasgos de su identidad. Se tiene a pensar que lo más importante es el pelo, pero lo cierto es que forma parte de un conjunto aún más grande; belleza, cicatrices, cambios de peso, manchas en la piel... todas ellas conforman una versión de sí mismas completamente distinta a la que veían en el espejo. En una etapa de juventud donde la belleza supone gran parte de la identidad propia, lo que se muestra, algo tan palpable y visible supone una gran dificultad incluso para mirarse en un espejo.

Para ello, la sociedad aporta miles de soluciones. Todos conocemos a alguien que ha padecido cáncer, y seguramente a todas esas mujeres se les presentó durante sus primeros días de tratamiento un listado gigante de opciones donde comprar pelucas o pañuelos, incluso talleres especiales gratuitos donde pueden apuntarse y recibir vía online una clase de maquillaje para “disimular” o esconder las marcas de la enfermedad. Esto no es necesariamente malo, es más, considero que un taller es una gran oportunidad para conocer a gente que pueda sentirse como tu o aquellas tiendas un alivio para preservar algo de la propia identidad del paciente. Pero existe una línea fina entre la necesidad real del paciente a la necesidad social de no ser percibida como una paciente oncológica.

Por otro lado, la maternidad como un horizonte lejano y cercano a la vez es una de las presiones más directas en mujeres, aun mas en mujeres de edades tan tempranas. Se suelen enfrentar a decisiones importantes como la preservación de la fertilidad o el escrutinio social constante sobre la futura maternidad de la paciente.

La maternidad y fertilidad han sido conceptos con gran impacto emocional para las mujeres desde siempre, y someterse a tratamientos con riesgos tan altos de infertilidad o la necesidad de preservar, sin haber desarrollado la vida lo suficiente para conocer las necesidades del futuro. Algunas tienen claro desde siempre su objetivo de ser madre,

pero muchas otras no tienen claras este tipo de decisiones y someterse a tratamientos de fertilidad aún más agresivos a nivel hormonal, conllevan, de manera recurrente, un desgaste psicológico y social significativo.

“Se espera que sobrevivas, pero que sigas cuidándote.”

(Paciente 2, comunicación personal, 2 de abril de 2026)

Estas mujeres con cáncer no solo enfrentan la enfermedad, sino el peso de unos roles y expectativas sociales que intensifican el propio peso de la enfermedad. Pérdida, vulnerabilidad, toma de decisiones para un futuro incierto, reconstrucción de identidad o la ruptura de su propio proyecto vital, marcas que quedarán grabadas en su futuro para siempre.

3.4 Análisis jurisprudencial

Para tratar jurídicamente el tema del trabajo encontramos varias limitaciones a nivel jurisprudencial. Hablamos precisamente de una situación desprotegida, donde la ley cubre la mayoría de los posibles conflictos, pero siempre exigiendo requisitos imposibles de cumplir.

Por ello, para poder aportar contenido jurídico, nuestro objetivo es analizar ciertos casos donde actúa la jurisprudencia de forma discriminatoria por el padecimiento de una enfermedad o las dificultades de acceso a prestaciones por parte del INSS.

En primer lugar, tratamos de entender la protección social o de Seguridad Social prevista para colectivos vulnerables. Aunque el proyecto tiene un enfoque directo en jóvenes con cáncer, existen sentencias que demuestran la rigidez del sistema, algo que sí que afecta directamente a estos jóvenes. La sentencia del Tribunal Supremo **STS¹¹ 360/2022, 26 de abril de 2022**, trata de esclarecer si un menor tiene derecho a la pensión de orfandad tras el fallecimiento de su madre a pesar de no estar de alta ni tener los años de cotización exigidos. La flexibilidad que aplica el sistema de Seguridad Social tiene ciertos límites y a pesar de existir un margen de interpretación mucho más humano, en este caso se considera inaplicable y por ende se desestima dicho recurso porque no se cumplen los requisitos mínimos.

¹¹ Sentencia del Tribunal Supremo

- Haciendo referencia a los fundamentos de derecho que encontramos desarrollados en la sentencia, cabe destacar que el eje central de la resolución recae en el principio de contributividad del sistema de Seguridad Social. Es decir, el tribunal argumenta que, para poder acceder a la prestación de orfandad, es un requisito que la persona del hecho causante, en este caso la madre, estuviera en situación de alta o asimilada al alta, o bien que hubiera cumplido el periodo mínimo de cotización exigido por la ley.

El tribunal sostiene que, pese a la situación de vulnerabilidad del menor, no es posible realizar una interpretación “más humana” que pueda sostener la naturaleza del sistema contributivo. La protección en estos casos quedaría al amparo de la asistencia social o prestaciones no contributivas.

Si bien es comprensible que la sostenibilidad del sistema de Seguridad Social se base en un principio contributivo, no se puede ignorar que este diseño penaliza a colectivos más vulnerables, especialmente en contextos de enfermedades graves o fallecimiento. Esta sentencia se encuentra citada en 20 sentencias más, y muestra una vez más la rigidez del sistema incluso a pesar de haber un menor implicado. En este caso se exigen mínimos de cotización, 15 años de acuerdo con el artículo 175.1 de la LGSS, que deriva en dejar al solicitante sin prestación.

La sentencia del Tribunal Supremo **STS de 29 de enero de 2001** establece la diferencia entre enfermedad y discriminación. En este caso, el trabajador alegaba que su despido era nulo por ser discriminatorio, ya que se despedía por estar enfermo, y la empresa negaba dicha discriminación. Esta sentencia es de especial relevancia por que el Tribunal Supremo, se mantuvo firme y dictaminó que estar enfermo no era una causa de discriminación. Bajo esta doctrina anterior, si una empresa tomaba la decisión de despedir a un trabajador por estar de baja, sin una enfermedad duradera o discapacidad reconocida, el despido se calificaba como improcedente, pero no nulo, ya que no se apreciaba una vulneración de derechos fundamentales.

- El TS fundamentó esta decisión en que la enfermedad no es una condición inherente a la persona como las que contempla el artículo 14 de la Constitución Española, como la raza o el sexo, sino una circunstancia funcional que afecta directamente a la productividad de la empresa. La empresa no despedía al trabajador por estar enfermo, sino por motivos económicos.

Esta idea de falta de productividad es especialmente dolorosa para personas enfermas ya que el concepto de “rentabilidad empresarial” reduce una enfermedad ya de por sí devastadora, a un simple coste empresarial. Al hacerlo deja a un lado factores importantes como el derecho a la salud y a la accesibilidad a puestos de trabajo para aquellas personas que, precisamente, forman parte de un colectivo social vulnerable.

Posteriormente a esta sentencia, llegó la **Doctrina Daouidi¹²** y la **Ley 15/2022, de 12 de julio, integral para la igualdad de trato y la no discriminación**.

Con anterioridad a la aparición de la Doctrina Daouidi, nacida de la **STJUE de 1 de diciembre de 2016 (Asunto C-395/15)**, en España se consideraba procedente un despido estando enfermo. El TJUE¹³ a raíz de dicha sentencia, dictaminó que si una enfermedad conlleva “limitación duradera” (como ocurre a menudo con el cáncer y sus tratamientos) debe considerarse automáticamente discapacidad, y convierte ese despido en nulo. Esta sentencia es muy importante porque ha obligado a nuestro país a cambiar sus leyes y así proteger a los pacientes del despido, entre ellos los adulto-jóvenes oncológicos.

Citada anteriormente y dándole una mención especial, encontramos la **STSJ¹⁴ 45/2019, de 18 de enero del 2019**. Cronológicamente vemos que es mucho más reciente y, por ende, se aplica lo establecido en la sentencia anterior. En este caso, encontramos una trabajadora que, tras informar a la empresa de un diagnóstico de cáncer de útero, es despedida. La empresa le dijo a la trabajadora que lamentaba mucho su situación, pero que no podía sostener su baja alegando que se encontraban en temporada alta y tenían pocas trabajadoras. Se celebró un acto de conciliación donde ninguna de las partes llegó a acuerdo.

A diferencia de la doctrina del 2001, se entiende que, si una enfermedad es de larga duración o tiene un impacto grave, como el cáncer, el despido debe ser nulo. Frente a la rigidez del sistema anterior, resoluciones como esta demuestran que es posible (y necesario) aplicar consecuencias severas para proteger este tipo de situaciones.

¹² Establece que el despido de un trabajador en situación de incapacidad temporal (baja médica) puede considerarse nulo por discriminatorio si la enfermedad supone una limitación de larga duración.

¹³ Tribunal de Justicia de la Unión Europea

¹⁴ Sentencia del Tribunal Superior de Justicia

Esta sentencia introduce conceptos como la discriminación por discapacidad y discriminación de género por una patología únicamente femenina. En este caso, la actuación de la doctrina es declarar el despido como improcedente y pagar una indemnización, pero el Tribunal Supremo de Justicia, revoca esa decisión y declara la nulidad del despido.

La estructura cronológica de este análisis demuestra la evolución de la justicia y todo el camino que aún queda por recorrer. Todas estas sentencias, a pesar de no estar relacionadas directamente con pacientes adulto jóvenes oncológicos, son la muestra tangible de las dificultades a las que las personas enfermas se enfrentan para poder acceder a prestaciones, subsidios o simplemente no padecer discriminación alguna por las secuelas vividas.

Es importante añadir que, para un joven, recién iniciada su trayectoria laboral o ni siquiera iniciada, es aún más complejo exigir derechos. Ya que desgraciadamente el sistema no está pensado para enfermedades en edades tempranas.

4. PARTE PRACTICA

En este apartado se recoge la fase empírica del proyecto, centrada en la información cualitativa a través de entrevistas y una propuesta a una posible mejora en la legislación española vigente.

4.1 Entrevistas y testimonios

Las distintas entrevistas han sido diseñadas a partir de los objetivos establecidos con anterioridad permitiendo así obtener información verídica y conocer la experiencia de las personas no solo que conforman ese colectivo sino todas las personas que los acompañan. Para obtener unos resultados coherentes y útiles, se determinó realizar entrevistas a dos pacientes adulto-jóvenes oncológicas, a una psicóloga especializada en oncología y por último a una abogada que trabaja como asociada para una fundación sin ánimo de lucro como soporte jurídico para aquellos pacientes que lo soliciten.

A continuación, se realizará un análisis de cada una de las entrevistas centrado en los aspectos con mayor relevancia y destacados en relación con los objetivos del proyecto. Para facilitar este análisis, las entrevistas se encuentran clasificadas de la siguiente manera:

- E1: paciente oncológica de 33 años diagnosticada de Linfoma de Hodgkin a los 21 años.
- E2: paciente oncológica de 26 años diagnosticada de Linfoma de Hodgkin a los 21 años.
- E3: psicóloga.
- E4: abogada.

Ambas pacientes presentan un perfil similar, fueron diagnosticadas a los 21 años del mismo tipo de cáncer y realizaron los mismos tratamientos. El Linfoma de Hodgkin es muy común en pacientes adulto-jóvenes y sus tratamientos suelen ser de los más agresivos. Según el Hospital Vall d'Hebron (2021), este tipo de tratamientos no se limita a esquemas de quimioterapia convencionales, sino que a menudo requiere una combinación con anticuerpos monoclonales (*Rituximab*), y en casos específicos, estrategias de consolidación como el trasplante de medula ósea. Este tipo de tratamientos son muy agresivos ya que provocan una mielosupresión severa; caída de defensas, anemia o riesgo de hemorragias. A su vez, la mortalidad es menor y gracias al avance medico podemos contar con testimonios como el de ambas pacientes.

A nivel psicosocial, ambas coinciden en varios puntos, sobre todo en esa perspectiva de género donde la presión estética y el impacto social sobre los roles de género que las mujeres deben asumir es considerado un aspecto muy relevante. Mientras que para E1 la presión estética fue más social que propia, para E2, su cambio físico resultó de mayor impacto y no solo se trató de algo social sino a su vez personal.

Tanto E1 como E2 tuvieron que someterse a tratamientos que derivaron en secuelas relacionadas con la maternidad, factor clave para entender aún más esas diferencias entre géneros. Incluso E2 manifestó haber tenido que postergar el inicio de su tratamiento oncológico para someterse a un proceso de preservación de fertilidad, provocando un avance mayor en su actividad tumoral.

Todo esto muestra esa presencia de una perspectiva distinta dependiendo del género del enfermo. Habría sido de gran ayuda contar con la presencia de otro testigo de género masculino para comparar y profundizar en este asunto, pero no se prestaron a participar en el estudio.

Otro aspecto destacable es la similitud entre ambas entrevistadas respecto al aislamiento social. A causa de la edad de las pacientes, manifiestan las dificultades para relacionarse que soportaron tanto durante el tratamiento como una vez finalizado. Ambas a nivel sentimental sufrieron el abandono tanto de amistades cercanas como de parejas sentimentales.

*“Mi pareja me dejó porque le daba mucha
impresión verme delgada y calva”*

(Paciente 2, comunicación personal, 2 de abril de 2026)

Para conocer la opinión de profesionales que interactúan diariamente con pacientes oncológicos, este estudio integra las perspectivas de una psicóloga y abogada, ambas especializadas en materia oncológica.

A través de su análisis, mostramos la relevancia de la parte psicosocial de la enfermedad. Cuál es el impacto real y su repercusión posterior en el ámbito laboral.

“Lo principal que nos encontramos en perfiles jóvenes son las renuncias a nivel de identidad acorde con la edad”

(Psicóloga, comunicación personal, 23 de abril de 2026)

La juventud es una etapa vital de muchos cambios, definida por la construcción de proyectos y cambios constantes. Al interrumpir la enfermedad, el ámbito emocional se traduce en incertezas generales donde colocan a esos pacientes en los escenarios más catastróficos. A nivel laboral, esa incertidumbre es aún mayor; hablamos de una etapa donde se delimitan las aspiraciones, se toman decisiones pensando únicamente en el futuro y todo su alrededor toma direcciones mientras que el paciente se siente acorralado y en un estado de pausa.

El cáncer no es la única fuente de estrés, estos pacientes se enfrentan a situaciones desestabilizantes como la pérdida de amigos, o un entorno familiar complejo. La figura del cuidador es un papel fundamental que tal y como expresa nuestra entrevistada, suele encontrarse en un segundo plano.

El análisis revela una clara disparidad de género en la vivencia de la enfermedad. Tanto los testimonios como la psicóloga coinciden en que, sin duda, el perfil de mujer es mucho más exigido que el perfil de hombre.

“La mujer se siente peor al dejar de ser madre, la mujer se siente peor al dejar de ser novia, se siente peor al dejar de ser hija”

(Psicóloga, comunicación personal, 23 de abril de 2026)

Esto se traduce en una presión añadida para aquellas mujeres que padecen esta enfermedad. Ya no solo a nivel de culpabilidad por padecerla sino también por esa presión estética y su propia autoestima.

Nuestra entrevistada muestra especial inquietud por el apoyo sanitario actual en el ámbito psicológico. Plantea las dificultades que ella misma padece para tratar a sus pacientes de forma recurrente en todas las etapas de la enfermedad (diagnóstico, tratamiento y reincorporación a la vida cotidiana). Considera que es esencial implementar, sobre todo para pacientes jóvenes, una red de apoyo, grupos terapéuticos o personas de referencia con las que puedan compartir experiencia y encontrar semejanzas vitales.

Para conocer de cerca el impacto laboral que supone un diagnóstico oncológico, acudimos a la fundación *Oncolliga*. Esta entidad cuenta con la colaboración de diferentes abogados especialistas en materia laboral. Estos profesionales, dan asesoramiento jurídico gratuito para aquellos pacientes oncológicos que lo requieren.

Tras concretar una entrevista con una de las abogadas, pudimos reafirmar varios conceptos y dificultades expuestas durante el estudio y, además, integró nuevas perspectivas y situaciones que nos muestra la complejidad de la realidad para este colectivo.

“La situación que tenemos actualmente es de que las personas jóvenes a lo mejor cotizan poquito siendo jóvenes, sobre todo sí hay estudios de por medio y demás”

(Abogada, comunicación personal, 28 de abril de 2026)

La creciente exigencia de especialización para acceder a puestos de trabajo obliga a los jóvenes a extender sus estudios, cursando grados, másteres o posgrados. Esto es beneficioso para ellos, desarrollarse académicamente es fundamental, pero muchas veces esto retrasa la entrada al mundo laboral. Cuando finalmente acceden al empleo, suelen enfrentarse a contratos de corta duración, jornadas parciales o de prácticas, cosa que, a la hora de contar con un buen periodo de cotización para acceder a prestaciones, es más complejo.

No obstante, la juventud no es el único favor de riesgo. Encontramos un paralelismo claro con el colectivo de personas extranjeras que llevan poco tiempo residiendo en el país o que han prestado servicios sin alta en la Seguridad Social.

“(...) o en personas que son más mayores, pero, por ejemplo, vienen de un país extranjero, pues también nos encontramos en una situación muy parecida.”

(Abogada, comunicación personal, 28 de abril de 2026)

Ambos grupos se ven afectados por esa precariedad contributiva y ese sistema diseñado para proteger únicamente a esas personas que aportan y llevan un largo periodo haciéndolo. Si bien es indiscutible que la naturaleza contributiva garantiza su

sostenibilidad y marca límites necesarios, aquellos que, por razones estructurales como la formación o la migración, quedan más desamparados ante una enfermedad grave.

“Yo siempre digo, en cualquier charla que hago con pacientes oncológicos, que, en caso de recuperarse de la enfermedad, nunca digan que han tenido una enfermedad oncológica, sobre todo, si hay un cambio de trabajo.”

(Abogada, comunicación personal, 28 de abril de 2026)

Relacionado directamente con la discriminación, la entrevista expone un consejo recurrente en algunas de sus charlas. Esto muestra la estigmatización persistente que sufren los supervivientes de cáncer en el ámbito laboral. Como empresa, es en parte lógico evitar incluir en tu plantilla personas que puedan resultar menos productivas, mayores ausencias o posibles recaídas.

Este estigma de salud obliga a las personas que han padecido esta enfermedad, ocultar una parte fundamental de su vida para no ser excluidas, evidenciando así que la igualdad de oportunidades no es plena.

Concluimos este análisis con una reflexión final que sintetiza el propósito de nuestra investigación y subraya la importancia de visibilizar las brechas de protección promoviendo una mayor protección:

“A nivel de protección, hombre, siempre se puede proteger más y mejor”

(Abogada, comunicación personal, 28 de abril de 2026)

4.2 Reforma del marco legal en materia de Incapacidad

PROYECTO DE LEY DE PROTECCIÓN LABORAL Y PRESTACIONAL PARA JÓVENES CON PATOLOGÍAS ONCOLÓGICAS

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

I

El sistema de Seguridad Social en España se fundamenta en un modelo contributivo diseñado, primordialmente, para cubrir contingencias que interrumpen una trayectoria laboral ya consolidada. No obstante, este diseño actual ignora la realidad de aquellos ciudadanos que, debido a la aparición de patologías graves como el cáncer en etapas iniciales de su vida adulta, ven truncada su incorporación al mercado laboral antes de haber podido cumplir con los requisitos mínimos de cotización exigidos por la norma.

II

Los jóvenes de entre 18 y 31 años se enfrentan a una barrera infranqueable: los periodos de carencia. Debido a su etapa de desarrollo académico o a la precariedad estructural del mercado de trabajo, este colectivo no dispone del tiempo físico ni de la estabilidad necesaria para consolidar los periodos exigidos para acceder a una incapacidad permanente contributiva. Actualmente, para menores de 31 años, se exige un tercio del tiempo transcurrido desde los 16 años hasta el hecho causante, un requisito que actúa como un muro para quienes sufren un diagnóstico oncológico a edades tempranas.

III

A esta vulnerabilidad se añade la rigidez en el cómputo de las rentas de la unidad familiar, lo que priva a estos jóvenes de una autonomía económica básica durante un periodo de extrema limitación física y psicológica. La presente Ley no pretende una ruptura con el modelo contributivo, sino una reforma estructural basada en la equidad. Se propone la creación de una "**contingencia de protección reforzada**" para el cáncer en edades tempranas, permitiendo que sea tratada con la flexibilidad de una contingencia profesional o accidente no laboral, eliminando así las barreras de carencia que provoca la exclusión a los pacientes oncológicos jóvenes.

TÍTULO I. Reforma de la acción protectora

Se modifica el artículo 158, para introducir la figura de “contingencia de protección reforzada” con la siguiente redacción:

Artículo 1. Modificación del artículo 158 del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social (LGSS).

Artículo 158.3

Tendrá la consideración de "contingencia de protección reforzada" la situación de incapacidad derivada de un diagnóstico oncológico en personas de entre 18 y 31 años.

A efectos del acceso a la prestación de incapacidad permanente, esta contingencia se regirá por el régimen jurídico de contingencia profesional. En consecuencia, el beneficiario quedará exento del cumplimiento de periodos de carencia, bastando con que se encuentre en situación de alta o asimilada al alta en la fecha del hecho causante.

TÍTULO II. Reforma de la Incapacidad Temporal

Se modifica el artículo 169.1 a) para adaptar la duración máxima de la prestación, con la siguiente redacción:

Artículo 2. Modificación del Artículo 169.1 a) del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social (LGSS).

Artículo 169.1 a)

En los supuestos de contingencia de protección reforzada definida en el artículo 158.3, cuando la evaluación médica determine que el trabajador requiere un periodo mayor para su completa recuperación funcional antes de reincorporarse a su puesto de trabajo, el plazo máximo de la incapacidad podrá prorrogarse de forma excepcional hasta un máximo de 36 meses (1.095 días).

Esta ampliación será aplicable siempre que exista un pronóstico favorable de recuperación y se estime que la reincorporación laboral es viable tras la finalización del tratamiento, evitando así el paso prematuro a la situación de incapacidad permanente o por motivos de dificultades de acceso a la misma.

TÍTULO III. Reforma de la Incapacidad Permanente

Se añade un nuevo Artículo 157 bis, con la siguiente redacción:

Artículo 3. Modificación de la vía Contributiva del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social (LGSS).

Artículo 157 bis. Contingencia de protección reforzada por patología oncológica en jóvenes.

1. Tendrá la consideración de contingencia de protección reforzada la situación de alteración de la salud derivada de una patología oncológica diagnosticada a trabajadores de edades comprendidas entre los 18 y 31 años, con independencia de que su origen no guarde relación con el desempeño profesional.
2. A efectos de facilitar el acceso a la protección del sistema, esta contingencia se regirá por las reglas establecidas para las contingencias profesionales. En consecuencia, para el reconocimiento de las prestaciones contributivas de incapacidad permanente derivadas de esta situación, no se exigirán periodos de carencia ni cotización previa, bastando con que el trabajador se encuentre en situación de alta o asimilada al alta en el momento del hecho causante.
3. De forma complementaria, para aquellos casos donde no se cumpliera el requisito de alta, los periodos dedicados a estudios universitarios o formación profesional realizados a partir de los 16 años, tendrán consideración de periodos asimilados al alta a efectos de protección prestacional.
 - a) Estos periodos computarán como horas de cotización ficticia, mediante la certificación oficial de los centros académicos pertinentes. Estas horas computables se integrarán en el historial del trabajador para garantizar que la trayectoria académica no suponga una desprotección frente a la interrupción de la trayectoria laboral consolidada por causa de la enfermedad.

Se modifica el artículo 363 para adaptar el acceso a la pensión de invalidez no contributiva, con la siguiente redacción:

Artículo 4. Modificación del artículo 363 del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social (LGSS)

Artículo 363.3

En el supuesto de la contingencia de protección reforzada definida en el artículo 158.3, el requisito de carencia de rentas o ingresos se referirá exclusivamente a los ingresos personales del beneficiario, quedando excluida la suma de las rentas de los demás integrantes de la unidad económica de convivencia.

TITULO IV. ADAPTACIÓN LABORAL Y APOYO A LA CONTINUIDAD PROFESIONAL

Se modifican los artículos 13 y 34.8 del Texto Refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores en los siguientes términos:

Artículo 5. Derechos de adaptación y flexibilidad

Artículo 13

Tendrán prioridad para el acceso al trabajo a distancia aquellas personas trabajadoras que, por razón de un diagnóstico oncológico, requieran esta modalidad para compatibilizar su proceso de recuperación o tratamiento con el mantenimiento de su actividad profesional.

Artículo 34.8

En el caso de personas trabajadoras diagnosticadas con patologías oncológicas, tendrán derecho a solicitar una reducción de jornada de trabajo diaria, con la disminución proporcional del salario, orientada a facilitar una incorporación paulatina al puesto de trabajo o a compatibilizar el desempeño laboral con el tratamiento y recuperación.

Este derecho se ejercerá de forma flexible, permitiendo la adaptación progresiva de la carga horaria según la evolución del estado de salud y capacidad física o mental del trabajador, previo informe facultativo.

La concreción horaria de esta reducción corresponderá a la persona trabajadora, quien tendrá asimismo derecho preferente a la adaptación del puesto de trabajo a uno que resulte idóneo a sus nuevas circunstancias, así como a la prestación de servicios en la modalidad de trabajo a distancia de forma total o parcial, en los términos y con las garantías reguladas en el artículo 13 de esta Ley, siempre que las funciones del puesto sean compatibles.

Dichas adaptaciones deberán ser razonables y proporcionadas en relación con las necesidades de la persona trabajadora y con las necesidades organizativas o productivas de la empresa.

DISPOSICIONES ADICIONALES

Disposición Adicional Primera. Programas de Recualificación Profesional Específica.

El Ministerio de Trabajo y Economía Social, en colaboración con el Servicio Público de Empleo Estatal (SEPE), desarrollará un Programa de Recualificación para Jóvenes oncológicos.

El objetivo de este será financiar itinerarios formativos para aquellos jóvenes que, debido a las secuelas de su patología, no puedan reintegrarse a su profesión previa. Estos programas incluirán formación en competencias digitales, adaptación a nuevos perfiles profesionales y apoyo psicológico orientado a la reinserción laboral, teniendo en cuenta las secuelas derivadas del tratamiento.

Disposición Adicional Segunda. Incentivos a la contratación y cláusula de “Currículum Protegido”

Con el fin de mitigar la discriminación que padecen los jóvenes con periodos de inactividad por causas de salud, se establecen las siguientes medidas:

1. Incentivos fiscales como una deducción específica en la cuota empresarial para aquellas empresas que contraten de forma indefinida a jóvenes de entre 18 y 31 años que hayan superado un proceso oncológico.
2. Los periodos de inactividad derivados de una contingencia de protección reforzada (artículo 157 bis LGSS) no podrán ser valorados negativamente. El estado promoverá aquellas entidades que eliminen el sesgo por historial médico en sus procesos de selección.

5. CONCLUSIONES

En este trabajo se analizan los problemas psicosociales, laborales y económicos en pacientes adulto jóvenes oncológicos.

En su inicio, surgieron algunas hipótesis que serán desglosadas en este apartado con el fin de conocer si hemos conseguido el objetivo propuesto.

En primer lugar, confirmaremos que la interrupción de la actividad laboral en pacientes jóvenes oncológicos con historial de cotización parcial provoca una menor protección social inmediata y futura. Esto se debe a la trayectoria profesional que en nuestra sociedad actual puede tener una persona joven, ya sea por su desarrollo académico o por trabajos precarios, es indiscutible que la estabilidad laboral que podía existir años atrás actualmente no existe. El sistema de Seguridad Social no contempla estos cambios sociales, y sigue exigiendo unos requisitos inaccesibles para gran parte de este colectivo.

Asimismo, los pacientes jóvenes oncológicos encuentran más barreras y sufren mayor discriminación en la reincorporación laboral. Se encuentran en una etapa vital donde es característico iniciar la trayectoria laboral, o que esta sufra cambios, y con posterioridad al tratamiento, este vacío tanto de experiencia laboral como de historial médico provoca inseguridad por parte de las empresas a la hora de decidirse en contratar a una persona u otra.

La afirmación que sostiene que la interrupción laboral durante el tratamiento oncológico provoca una pérdida irreversible de cotización que se traduce en menores derechos futuros de pensión o incapacidad permanente, es técnicamente inexacta. En periodos de incapacidad temporal se mantiene la cotización, no obstante, tendrá matices concretos que sí que podrá traducirse en menores derechos futuros de pensión o de incapacidad permanente: pérdida de pluses salariales, lagunas de cotización en caso de reconocimiento de incapacidad permanente, o bases de cotización inferiores.

Por el contrario, cuando se analiza desde una perspectiva de pacientes jóvenes, la interrupción de la enfermedad genera un acceso al mercado laboral tardío y con él una brecha cronológica que postergará posiblemente su edad de jubilación.

Para reconocer una incapacidad permanente, el tribunal medico suele exigir “pruebas objetivas”. Patologías como la fatiga crónica, ansiedad, deterioro cognitivo no aparecen de forma tangible, ni en una analítica ni en una radiografía. Esto dificulta el reconocimiento de incapacidad laboral.

Los tratamientos oncológicos, representan un proceso de una agresividad física y emocional que a menudo deja este tipo de secuelas invisibles. Los niveles de material tóxico que se usa en los tratamientos de quimioterapia, radioterapia o las intervenciones quirúrgicas no solo atacan a las células malignas, sino que altera la biología en general del paciente. Esto desencadena un abanico de secuelas crónicas que pueden persistir durante años, y en caso de personas jóvenes, adquiere una gravedad particular debido a la etapa en la que se encuentran.

Una etapa social y laboralmente exigente, llena de vitalidad y caracterizada por la fuerza y ganas. La falta de reconocimiento de este tipo de secuelas, sobre todo al presentar un aspecto físico joven y vital, obliga al joven a incluirse en un entorno de mayor exigencia.

Todas estas afirmaciones, nos conectan con la batalla que supone el cáncer no solo a nivel medico sino a nivel social, psicológico y laboral. En definitiva, este estudio evidencia que, para un adulto joven, el fin del tratamiento oncológico marca el comienzo de un complejo proceso de reincorporación y redefinición tanto profesional como personal. Mientras la sociedad espera un joven productivo, vital y con ganas de comerse el mundo, su cuerpo quizás ya no sigue el ritmo de la misma manera, y el mercado laboral no sabe qué hacer con él. A nivel medico estas curado, puedes volver a la vida cotidiana, pero para el sistema te sientes “roto”, desprotegido y nada preparado. La reconstrucción de la identidad, la mochila de secuelas y los estigmas de la sociedad, resultan ser el verdadero reto.

Este proyecto llegó con grandes expectativas. Un reto no solo para demostrar y señalar, sino también visibilizar y concienciar sobre la realidad de un conflicto social tangible y palpable, pero a su vez invisible para quienes no lo padecen.

6. BIBLIOGRAFIA

Apoyo emocional para los jóvenes con cáncer. (s. f.). Cancer.gov. <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/adolescentes-adultos-jovenes/apoyo-emocional>

Claudia, A. V., Julissa, G. V., & Valeria, C. Q. (2025, 7 agosto). Propuesta de una guía de manejo psicooncológico desde la Psicología Cognitiva Conductual, dirigida a pacientes adultos jóvenes diagnosticados con leucemia en Proyecto Daniel. <https://repositorio.una.ac.cr/items/8bb89099-bbfa-4ff1-a96f-7699b04a6b77>

Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics. University of Chicago Legal Forum. <https://chicagounbound.uchicago.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1052&context=uclf>

La incidencia de seis tipos de cáncer aumenta en adultos jóvenes en muchos países del mundo. (s. f.). SMC España. https://sciencemediacentre.es/la-incidencia-de-seis-tipos-de-cancer-aumenta-en-adultos-jovenes-en-muchos-paises-del-mundo?utm_source=chatgpt.com

Linfoma. (s. f.). Hospital Universitario Vall D'Hebron. <https://hospital.vallhebron.com/es/asistencia/enfermedades/linfoma>

Mouzo, J., Mouzo, J., & Mouzo, J. (2024, 20 septiembre). Las incógnitas que rodean al auge del cáncer en adultos jóvenes: tumores impredecibles y agresivos. El País. <https://elpais.com/salud-y-bienestar/2024-09-20/las-incognitas-que-rodean-al-auge-del-cancer-en-adultos-jovenes-tumores-impredecibles-y-mas-agresivos.html>

Ojalá la igualdad de género fuera un hecho. (s. f.). Asociación Española Contra el Cáncer. <https://www.contraelcancer.es/es/yotevalgo/igualdad-genero>

Pukkas. (2023, 14 marzo). El cáncer y el mundo laboral: baja, certificado de incapacidad. . . - Fundación Josep Carreras contra la leucemia. Fundación Josep Carreras Contra la Leucemia. <https://fcarreras.org/blog/asuntoslegales/>

Ródenas, P. (2025, 30 diciembre). Caso práctico: incapacidad absoluta por cáncer con secuelas físicas permanentes - Denegación. Abogado penal 24 horas.

<https://denegacionincapacidad.es/blog/caso-practico-incapacidad-absoluta-por-cancer-con-secuelas-fisicas-permanentes/>

Sistema. (s. f.). El cáncer en cifras | SEOM: Sociedad Española de Oncología Médica.
<https://seom.org/prensa/el-cancer-en-cifras>

Tribunal Médico. (s. f.). Incapacidad permanente no contributiva.
<https://www.tribunalmedico.com/incapacidad-permanente-no-contributiva>

Normativa

Constitución Española. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 311, de 29 de diciembre de 1978. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1978-31229>

Ley 15/2022, de 12 de julio, integral para la igualdad de trato y la no discriminación. (s. f.-b). <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2022-11589>

Ley 35/2006, de 28 de noviembre, del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas y de modificación parcial de las leyes de los Impuestos sobre Sociedades, sobre la Renta de no Residentes y sobre el Patrimonio. (s. f.-b). <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-20764>

Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social. (s. f.-b). <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2013-12632>

Real Decreto Legislativo 2/2015, de 23 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores. (s. f.). <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2015-11430>

Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social. (s. f.). <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2015-11724>

Real Decreto 888/2022, de 18 de octubre, por el que se establece el procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 252, de 20 de octubre de 2022. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2022-17105>

Artículos doctrinales

FERNÁNDEZ, B. C., et al., "Estoicismo frente al cáncer: riesgo o protección", Psicooncología, vol. 15, nº 2, 2018, págs. 277-290.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6390923>

FERNÁNDEZ DOMÍNGUEZ, J. J., "La incapacidad laboral de larga duración y la reincorporación al trabajo: Desde la improvisación a la planificación", Revista de Estudios Jurídico-Laborales y de Seguridad Social (REJLSS), nº 11 (Extraordinario), 2025, págs. 49-75. <https://revistas.uma.es/index.php/REJLSS/es/article/view/21885>

GENÉ, J. M. I. La Nulidad del despido de trabajadora con cáncer uterino. Revista de Derecho Social, 2019. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7191285>

GORDO GONZÁLEZ, L., "Enfermedad y discriminación tras la Ley 15/2022, integral para la igualdad de trato y la no discriminación. Especial mención al despido del trabajador enfermo", Revista de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social. CEF, nº 474, 2022, págs. 49-84. <https://e-revistas.uc3m.es/index.php/LABOS/article/download/7933/6137/>

SÁNCHEZ TRIGUEROS, C., "Nulidad del despido de trabajadora con cáncer uterino por discapacidad y género. Comentario a la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Cantabria 45/2019, de 18 de enero", Revista de Derecho Social, nº 86, 2019, págs. 143-154 <https://revistas.cef.udima.es/index.php/rtss/article/download/1326/956/4524>

7. ANEXOS

Anexo I: Guion de entrevistas

ENTREVISTA A PACIENTES ADULTO-JÓVENES ONCOLÓGICOS Objetivo: explorar el impacto psicológico, psicosocial, laboral y económico del cáncer vivido en primera persona, sin invadir la intimidad del paciente.
A) Introducción 1. Para empezar, ¿podrías contarme brevemente tu edad y en qué momento del proceso oncológico te encuentras actualmente? 2. ¿Cómo recuerdas el momento del diagnóstico? 3. ¿Habías tenido contacto previo con el sistema sanitario por una enfermedad grave antes del cáncer? 4. ¿Cómo describirías, en general, cómo ha cambiado tu vida desde entonces?
B) Impacto psicológico y emocional 5. ¿Qué emociones han sido más frecuentes para ti a lo largo de la enfermedad? 6. ¿Has notado cambios en tu estado de ánimo o en tu forma de verte a ti mismo/a? 7. ¿Sientes que has recibido apoyo psicológico suficiente durante el proceso? 8. ¿Qué estrategias personales te han ayudado más a sobrellevar la situación? 9. ¿Crees que ser una persona joven ha influido en cómo has vivido la enfermedad? 10. (como ambas pacientes son mujeres) ¿Crees que el hecho de ser mujer ha influido en cómo has vivido emocionalmente la enfermedad o en el trato, las expectativas o el apoyo que has percibido por parte de tu entorno durante el proceso?
C) Impacto psicosocial 11. ¿Cómo ha afectado el cáncer a tus relaciones familiares? 12. ¿Y a tu círculo de amistades o pareja, si la tienes? 13. ¿Has sentido incompreensión o trato diferente por parte de tu entorno? 14. ¿Crees que la enfermedad ha cambiado tus planes vitales o tu forma de relacionarte con los demás? 15. ¿Te has sentido acompañado/a socialmente durante el proceso?

D) Impacto académico/laboral

16. Antes del diagnóstico, ¿estudiabas, trabajabas o ambas cosas?
17. ¿Cómo ha afectado la enfermedad a tu trayectoria laboral o académica?
18. ¿Has encontrado dificultades para mantener tu empleo o continuar tus estudios?
19. ¿Has recibido adaptaciones, comprensión o apoyo por parte de tu centro de trabajo o estudios?
20. ¿Te preocupa tu futuro laboral tras la enfermedad?

E) Impacto económico

21. ¿La enfermedad ha tenido un impacto económico en tu vida?
22. ¿Has tenido que asumir gastos adicionales relacionados con el tratamiento?
23. ¿Has recibido algún tipo de ayuda económica o prestación?
24. ¿Has dependido económicamente de tu familia u otras personas?
25. ¿Crees que existe suficiente apoyo económico para jóvenes con cáncer?

F) Conclusiones personales

26. Mirando atrás, ¿qué ha sido lo más difícil de este proceso para ti? ¿Qué aprendizaje destacarías de tu experiencia?
27. ¿Qué cambiarías del sistema sanitario o social para mejorar la atención a jóvenes con cáncer?
28. ¿Qué mensaje darías a otras personas jóvenes que estén pasando por una situación similar?

ENTREVISTA A ABOGADA ESPECIALISTA EN CASOS ONCOLÓGICOS

Objetivo: analizar el marco legal español, las dificultades reales, la protección jurídica para poder desarrollar mejoras que podrían implementarse.

A) Introducción

1. ¿Podría explicarnos brevemente su trayectoria profesional y su especialización en oncología?
2. ¿Qué le llevó a centrarse en este ámbito del derecho?

B) Marco legislativo español

3. ¿Qué derechos legales tienen los pacientes oncológicos en España actualmente?
4. ¿Existen normativas específicas para personas jóvenes con cáncer?
5. ¿Qué papel juegan las incapacidades laborales y las bajas médicas en estos casos?
6. ¿Considera que la legislación actual es suficiente o presenta carencias?

C) Casos reales y experiencia

7. ¿Qué tipo de casos son los más habituales entre pacientes oncológicos jóvenes?
8. ¿Cuáles son los principales conflictos legales a los que se enfrentan?
9. ¿Ha observado discriminación laboral relacionada con la enfermedad?
10. ¿Qué dificultades encuentra el paciente joven a la hora de reclamar sus derechos?

D) Impacto laboral y económico desde un punto de vista jurídico

11. ¿Qué problemas legales surgen con más frecuencia en el ámbito laboral?
12. ¿Qué protección real tiene un joven con cáncer frente al despido?
13. ¿Qué prestaciones económicas considera más relevantes en estos casos?

E) Opinión profesional y propuestas de mejora

14. Desde su experiencia, ¿qué aspectos del sistema legal deberían mejorar?
15. ¿Qué cambios legislativos serían prioritarios para este colectivo?
16. ¿Cree que existe suficiente información legal accesible para los pacientes?
17. ¿Qué consejo daría a una persona joven con cáncer desde el punto de vista jurídico?

ENTREVISTA A PSICOLOGA

Objetivo: conocer el impacto psicosocial desde una perspectiva profesional.

A) Introducción

1. ¿Podría describirnos su formación y experiencia en psicooncología?
2. ¿Qué la llevó a especializarse en la psicooncología?
3. ¿Trabaja principalmente con pacientes jóvenes o con todas las edades?

B) Impacto psicosocial

4. ¿Cuáles son las principales dificultades psicológicas que observa en este grupo de edad?
5. ¿En qué se diferencia el impacto del cáncer en jóvenes respecto a otras etapas vitales?
6. ¿Qué papel juega la incertidumbre vital y el proyecto de futuro?
7. ¿Cómo afecta la enfermedad a la identidad personal y social del paciente joven?
8. ¿Qué cambios suelen darse en las relaciones familiares y de pareja?
9. ¿Observa aislamiento social o dificultades para mantener la vida social?

C) Recursos y apoyo psicológico

10. ¿Qué estrategias de afrontamiento suelen ser más eficaces?
11. ¿Existe suficiente apoyo psicológico dentro del sistema sanitario?
12. ¿Qué importancia tiene la intervención temprana en estos casos?

D) Opinión profesional y propuesta de mejora

13. ¿Qué considera que falta actualmente en la atención psicológica a jóvenes con cáncer?
14. ¿Qué recomendaciones daría para mejorar la intervención psicosocial?
15. ¿Qué mensaje le gustaría transmitir a los profesionales que trabajan con este colectivo?

Anexo II: Transcripción de las entrevistas

ENTREVISTA 1

(paciente oncológica de 33 años diagnosticada de Linfoma de Hodgkin a los 21 años)

Fecha: miércoles 25 de marzo de 2026

Lugar: Vía Zoom

Duración: 45 minutos

Tipo de entrevista: entrevista semiestructurada

Participantes: E: Entrevistadora - P: Paciente

Objetivo: explorar el impacto psicológico, psicosocial, laboral y económico del cáncer vivido en primera persona, sin invadir la intimidad del paciente.

La participante recibe una breve introducción sobre el contenido del trabajo, la idea de la entrevista, y en las cuatro partes que se dividirá.

Entrevistadora (E): Vale, *eh*, primero de todo, bueno, espero que estés genial, eso es lo primero de todo. Esta primera parte es bastante introductoria, *mmm* tampoco es para que expliques algo *muy muy muy* concreto ni personal. *Eh, pero bueno*, básicamente es para que me expliques un poco; qué edad tienes, a qué edad te lo diagnosticaron, en qué en qué momento estás ahora a nivel oncológico y bueno, un poco cómo recuerdas el diagnóstico y bueno, un poquito esto.

Paciente (P): Pues me diagnosticaron con 21, linfoma inclasificable, aunque yo ya llevaba más de un año con los síntomas y ahora tengo 33, cerca de los 34, ahora sí que estoy en remisión desde hace 7 años, pero con las secuelas o más que secuelas con la enfermedad de injerto contra receptor que me ha quedado después del trasplante.

E: Vale, ¿y cómo recuerdas un poco el momento del diagnóstico?

P: Pues fue confuso... fue una mezcla de cosas. Lo primero que sentí, o sea, lo primero yo no entendí que tenía cáncer, porque me dijeron, "Tienes un linfoma en el mediastino." Digo, "Vale, perfecto." Y me fui a casa sin saber qué linfoma era cáncer, porque no sabía lo que era linfoma, lo que era mediastino, ni qué lesión se referían los médicos a un tumor.

Entonces, claro, la primera vez que me dijeron, o sea, la primera vez que me dieron el diagnóstico de linfoma, a mí me dio igual, porque primero que llevaba ya más de 1 año de muchos diagnósticos erróneos, entonces, este para mí era otro diagnóstico erróneo más. Me miraban síntoma a síntoma, y ya había visitado un millón de médicos. Este último que había visitado era un hematólogo que ni idea de lo que hacía un hematólogo encima. Así que realmente el diagnóstico me dio bastante igual porque no entendí lo que era la gravedad del asunto y había un cúmulo de malas praxis tan grandes, que pensé que esta era una más.

Luego ya cuando busqué en internet y vi que el linfoma era cáncer, que me trataba un hematólogo porque era cáncer de la sangre, pues mientras me estaban haciendo la la biopsia eh pregunté, le digo, "Oye, pero, pero esto es cáncer." Me dice, "Sí, sí." Ah, vale. Y lo que sentí en parte fue alivio de saber que, O sea, aunque una parte seguía así sin creérselo, por lo que te digo, que llevaba 1000 diagnósticos encima erróneos.

Pensé que esta era otro diagnóstico, entonces tampoco por una parte no le di tantísima importancia. Y luego eh cierto alivio de saber al fin lo que me pasaba y de que iba a terminar. O sea, los síntomas que yo tenía eran ya insoportables de muchísimo picor, muchísima tos, fiebre todo el día, era insufrible y solo pensar que eso iba a acabar... acabará bien o acabará mal.

Ya me aliviaba, entonces fue un poco tormentoso, no fue el clásico diagnóstico de me encuentro un tímido bultito y me diagnostican y me lo explican superbién, sino que fue como muy atropellado todo y no tuve ese momento de asimilar que mi vida ahora iba a ser diferente.

E: Sí, yo tengo que decir que, bueno, así hablando un poco a personal, a mí me pasó un poco similar. Creo que, a todas las personas, sobre todo jóvenes, eh nos pasa un poco lo mismo en ese sentido porque nunca, o sea, no sé si es que no quieren ser claros, no son claros, se piensan que lo entendemos todo, pero creo que es algo super incómodo porque no entiendes absolutamente nada, ni yo ni y mis padres estábamos super desubicados. O sea, creo que es que es algo que nos pasa a muchos. Por ello te pregunto ¿habías tenido contacto previo con el sistema sanitario por una enfermedad grave antes del cáncer?

P: No, enfermedad física no. Sí que he sido usuaria de enfermedad mental de adolescente, entonces eso lo teníamos re que recogió. Pero enfermedad física jamás,

de hecho, la primera vez que yo pisé el hospital para ingresar fue para recibir la quimio. O sea, nunca, es que era muy joven y que va, que va, jamás. La típica de que de que vas a urgencias porque tampoco, o sea, es que nada, nada. Entré, entré al sistema sanitario y por la puerta grande.

E: Sí, total. ¿Y cómo describirías un poco, así como muy genérico el cambio que ha tenido en tu vida desde entonces?

P: Ah, pues es cambio de dirección absoluto. O sea, ha impactado en todas las áreas de mi vida, todas las imaginables. Es como que mi vida hasta los 20 había seguido un camino y de repente me meten una patada, una *paliza* y tengo que seguir otro camino diferente olvidando cualquier imagen de futuro que tenía para mí.

E: Pues eso, retomo. ¿Qué emociones crees que han sido como más frecuentes para ti? O sea, cómo son esas emociones que sientes y cómo las gestionas, porque yo creo que al final son como muchas juntas que no tienen nombre y vienen todas a la vez; háblame un poco de ese periodo de la enfermedad y justo después, que yo creo que son al final los años más de asimilar todo lo que ha pasado.

P: Pues eh top tres emociones durante el cáncer eran **miedo, ansiedad/incertidumbre y rabia**. Y no las gestioné; Entré en modo supervivencia y las dejaba apartadas, estaba dissociada y durante el día hacía ver que todo bien, porque realmente para mí todo bien, como que bloqueaba todas las emociones y estaba en un estado de... no sé, de pausa mental y cuando todo acabó eran las mismas emociones, pero intensificadas.

Durante la enfermedad estaba arropada por el sistema sanitario, y también un poco por la sociedad que empatizaba mucho más conmigo; de repente toda esa red desaparece, ya no tengo visitas regulares en el médico, ya no estoy ingresada, que, al final estando ingresada, pues te despreocupas de los demás temas de la casa. No tienes que pensar en qué comer o qué tienes que ir a comprar, no tienes que hacer nada. No tienes que buscar trabajo.

Entonces las emociones eran un poco las mismas, intensificadas justo en el después y en específico por el hecho de enfrentarme a buscar trabajo cuando yo no estaba preparada. Entonces era como sensaciones estas de una incertidumbre y un desamparo tan grandes que el miedo y la ansiedad eran se intensificaron.

E: ¿Y crees que el tema físico también te afectó?

P: Creo que la gente le incomoda tanto el cáncer o el sufrimiento que lo reduce todo a lo mismo cuando en realidad es algo tan complejo... o sea, no es que pasemos, *ya lo sabrás*, no es que seamos solo ciertas personas muy concretas las que pasemos cáncer y de la casualidad que ese tipo de persona que sea super luchadora y resiliente y que no le importa el físico y que *eh no, no, no*, es que hay de todo, hay tantas realidades. Para mí, el pelo por ejemplo era lo de menos, para mí. Pero para mi compañera, no. Y es que es super normal porque llevas más tiempo siendo una persona sana que siendo una persona enferma. Tus prioridades están tan arraigadas en ti que de la noche a la mañana no las puedes cambiar.

Pues a lo mejor esa persona en 3 años te dice, "Ah, pues el pelo igual en perspectiva es lo de menos o no." Y está bien, pero creo que eso depende siempre del valor que le das a las cosas; la única persona que las puede medir eres tú mismo y si es el pelo es el pelo, si es el catéter que te cuelga del cuello, es el catéter, si es que ya no puedes salir de fiesta, es eso.

Tenía una compañera que era *escort* y a nivel laboral, pues imagínate, porque dejas de trabajar absolutamente o empiezas a trabajar en unas condiciones super peligrosas. Y el tema del pelo le afectaba un montón porque se quedaba sin trabajo, ya no te digo quién sea modelo o actor o que trabaje cara al público o no sé, es que todas mis compañeras que son modelos también les ha afectado muchísimo el tema del pelo. El pelo no es pelo y punto. No es lo mismo perder el pelo para un hombre para una mujer, porque para una mujer: imagina que te diagnostican con 25, pues llevan 25 años diciéndote que lo más importante para ti es el pelo, el físico. Ah, pues de repente ya no. Oye, chico, pues igual... Además, te lo está diciendo el mismo tipo de persona que suele decirte que el pelo es lo más importante.

Creo que la gente debería pensar antes de hablar y escuchar más a lo que se dice antes de dar su opinión.

E: Pienso lo mismo. ¿Y sientes que has recibido apoyo psicológico suficiente durante el proceso? No sé si accedías a la seguridad social o alguna fundación.

P: Durante el proceso no, sí que se me brindó la oportunidad justo en los momentos clave que creo que ya es protocolo dentro de mi hospital porque tiene en los recursos,

porque por suerte son hospitales grandes. Te ofrecían el servicio en el momento del diagnóstico, en el momento del final de vida y antes del trasplante.

Tuve esos momentos claves en los que tuve una valoración psicológica, y en todo momento yo tuve la puerta abierta a solicitar ese seguimiento psicológico si lo necesitaba. Lo que pasa es que eh no quería añadir eso a mi lista de cosas. Yo pensaba que no lo necesitaba, pero creo que se nos escapa un poco que el no gestionar las emociones también es un problema emocional... yo las ignoraba y muchos de mis compañeros los ignoraban también. Había esa opción, no recibí ayuda porque yo no la busqué de manera proactiva, pero quizás también porque es muy difícil identificar que necesitas soporte psicológico. Entonces, no lo recibí porque no tenía las herramientas yo misma para solicitarlo.

E: ¿Y crees que el hecho de ser mujer ha influido en cómo has vivido emocionalmente la enfermedad o en el trato, las expectativas o el apoyo que has recibido a nivel sanitario, a nivel personal, a nivel del que sea?

P: Yo creo que sí, no solo en cuanto a mal físico, que ya solo por eso ya hay una diferencia brutal en cómo eres percibida, si no en cómo te tratan y en qué se espera de ti. Se espera que te maquilles, que te pongas peluca y si no lo haces es que eres una dejada. Una mujer con cáncer que se maquilla y usa peluca y se arregla, es como, "Guau, es que X persona mira qué mala está y aun así con sus tacones y su pintalabios siempre, que bien" está muy claro porque es lo que esperas de ella, ¿no?

Y también se espera mucho más de la mujer con cáncer que siga siendo cuidadora. Porque si el rol de la mujer en la sociedad además es de cuidadora, cuando se convierte en una persona que necesita ser cuidada... seguimos esperando que sea cuidadora. El valor de esa mujer, al igual que las otras, es que sea cuidadora, que sea bonita y que no moleste. Tú eso lo sigues percibiendo como mujer y si además estás enferma, entonces, hay ese estigma añadido que no desaparece en cuanto de te diagnostican de un cáncer, al revés, pesa mucho más.

Luego el tema de la maternidad que parece que sea muchísimo más importante... "es que claro, te vas a quedar estéril y tú como mujer, lo más importante, es que tengas hijos" y yo no iba, o sea, yo no quería decidir en ese momento si quería tener hijos o no. Me bombardeaban con eso constantemente a nivel social. "Pero puedes adoptar" ... ¿Y si no quiero que? Además, ni que fuera tan fácil ¿Tú sabes los pasos que tengo que

seguir? Bueno, el tema de todo lo que se espera de una mujer creo que el resumen es ese; que todo lo que se espera de una mujer y las expectativas que se esperan de ti no cambian nunca, ni, aunque estés enferma.

Si ya es difícil cumplir con todo eso, siendo una mujer sana, imagínate una mujer enferma que tienes todo el estigma del mundo.

E: Vale, ahora pasaré como la parte como un poco más psicosocial, que creo que es una parte que es fundamental para entender muchas cosas. ¿Cómo ha afectado el cáncer a tus relaciones, ya sean familiares, amistades, parejas, si la tenías o no la tenías, o sea, ese círculo que tienes a tu alrededor en el momento de tener cáncer, ¿qué pasa con él?

P: Pues sí, impacta y creo que no necesariamente por el hecho de tener cáncer, sino todo lo que el cáncer arrastra con él. Y son pues fiestas a las que no vas, cumpleaños que no asistes, eh fines de semana los que ya no vas... sobre todo si es en una etapa vital tan importante en cuanto a cambios como lo son los 20. Todo el mundo está acabando una carrera y tú no has podido empezar nada, está empezando su vida laboral y tú no has empezado nada. No cuentan contigo para contarte ciertas cosas porque ya bastante estás teniendo tú y no te enteras de cómo va la vida de los demás. Tú tampoco puedes ser muy proactivo porque te encuentras mal, de repente es jueves y dices, "Hostia, este amigo tenía este evento importante y no le he preguntado."

Entonces, años de acumulación de este tipo de cosas, de estar ausente. Esa mezcla de que tú estás ausente y de que el resto tampoco sabe cómo actuar pues te acabas alejando. Hay algunos amigos que se han mantenido, pero la gran mayoría no. Y sobre todo para mí es importante tener conocidos, no hace falta tener grandes amigos, siempre te dicen "así ya ves a quién le importabas de verdad y quién no", pero es que también me apetece tener relaciones superficiales, pues todas esas desaparecieron. Y aunque sí que hay amigos que se quedaron la relación seguía siendo muy muy desigual, entonces tampoco es como agradable. Lo dejé con mi pareja porque no estaba a la altura, lo pasó muy mal y aunque él lo intentó, pues no lo consiguió. Tuvimos que romper y bueno, pues cualquier tipo de interés amoroso por mi parte desapareció totalmente. Si no puedo hacer nada, si estoy aquí hecha una costra en la cama.

Bueno, pues estas un poco con la esperanza de que cuando acabe los retomes, entonces durante lo que dura la enfermedad las relaciones son un poco simbólicas, porque realmente no avanzan.

E: ¿Y crees que la enfermedad ha cambiado tus planes vitales o tu forma de relacionarte con los demás?

P: Creo que no, no ha cambiado mi forma a nivel emocional de relacionarme con los demás, pero yo a nivel emocional debido a las secuelas; hay tantas cosas que yo no puedo hacer, hay muchos planes que yo no puedo hacer. Además, en específico en cómo era yo antes del cáncer y cómo eran las personas de las que me rodeaba antes del cáncer. Yo era muy alocada, me gustaba mucho hacer planes improvisados, un día estoy aquí, el otro día estoy allá... todo mi alrededor eran personas también muy intensas y ahora mismo me veo obligada a hacer planes más tranquilos, a rodearme de gente más tranquila que no conecto tanto, pero se ajustan a lo que puedo hacer.

Yo sigo siendo la misma persona, ese aspecto dentro de toda la diferencia que puede haber entre alguien de 20 años y alguien de 30; creo que me relaciono igual con los demás, tengo la misma paciencia, mismos valores, creo que he mejorado un poco como persona, pero ya te digo, igual es más de la edad que no de la enfermedad y solo que ahora pues tengo que adaptar mi actividad social a mis capacidades físicas, entonces eso sí que sí que pesa un poquito.

E: Ahora vamos a pasar al lado académico y laboral, que es la chicha buena...antes del diagnóstico, así para contextualizar un poco, estudiabas, trabajabas, hacías ambas cosas, no hacías nada, o sea, ¿cómo estabas enfocada?

P: Tengo la ESO, dejé los estudios con 16, empecé a trabajar y estuve trabajando pues para aportar en casa y porque mi sueño era estudiar maquillaje y caracterización. Ese era un curso que valía dinero, así que estuve ahorrando, *ahorrando, ahorrando* y conseguí entrar en el curso, pero justo me diagnosticaron. En ese momento estaba estudiando y trabajando. Estaba acabando ya la formación de maquilladora, me quedaban dos meses para finalizarlo a la vez que trabajaba.

Estuve trabajando de todo; de camarera, en tiendas de ropa, en tiendas diferentes, pero más en hostelería en los últimos años y lo compaginaba con mis estudios de maquilladora y en ese momento fue que me me diagnosticaron.

Toda mi experiencia laboral era en trabajo físico, en tiendas, en hostelería sobre todo y empecé mi formación como maquilladora, lo que pasa es que se paró de golpe. Al final creo que es un trabajo encima que incluso después de la enfermedad es insostenible a largo plazo.

P: Menos mal que yo tenía estos 4 años cotizados en el momento del diagnóstico, porque si no me quedo sin pensión ni nada, que ya te digo yo qué pensión me quedó... pero si no, yo no tendría la incapacidad reconocida para ello.

E: ¿Crees que has recibido adaptaciones, comprensión o aparte o apoyo por parte de tu trabajo? o hablando más de la incapacidad, ¿crees que es un método justo para compensar de alguna manera que no vas a poder trabajar otra vez de lo otro?

P: No. No, no, no. O sea, si es justo que me den una incapacidad del trabajo por el que me formé. Creo que, si no existiera la idea de la incapacidad, a mí no se me hubiera ocurrido y me parece bien, porque es como, vale, reconozco que no puedes trabajar de tu experiencia y formación. Entonces, como entiendo que te va a ser difícil encontrar algo más, te doy un apoyo económico para compensar. Me parece justo.

Lo que no me parece justo es que sea tan diferente para todos nosotros. Que yo cobre 600 euros por la misma incapacidad que mi compañero que cobra 1800 por su incapacidad cuando su trabajo tampoco puede ser igual de físico que el mío, pero depende de la aportación económica que a mí no me ha dado tiempo a hacer. Por esa parte, el sistema me parece justo, lo que no me parece injusto es cómo se aplica; porque no todos tenemos la misma situación, pero quizás si las mismas limitaciones o similares. Lo que me queda es una mierda y como yo me quedé de por vida con esto, es que no me voy a poder ni independizar.

Sí, es que cuando te diagnostican jóvenes, eh yo no sé los datos, ¿eh? Pero raro es quien tenga cotizado lo suficiente porque te piden muchísimo tiempo cotizado y además yo que era camarera, te digo que me sorprende que tuviera el mínimo, porque pienso " *yo trabajaba 60 horas semanales y me daban de alta 14 horas*". Y luego en el momento en el que ya te dicen que te quitan la incapacidad y ya puedes trabajar, ¿de qué voy a trabajar?

"Fórmate", que me forme de que, dónde... En dos días yo no me saco una formación y me aceptan para trabajar.

E: La enfermedad ha tenido un impacto económico en tu vida, que bueno, es lo que estábamos hablando un poco ahora pero más concretamente sobre si has tenido que asumir algún gasto adicional relacionado con el tratamiento, farmacia o transporte.

P: Sí, sí, ¡claro! Primero porque tuve que dejar de trabajar y dependía de una pensión minúscula que en ese momento era de 400€. Luego pues claro, mi situación era yo sí vivía con mi madre y con mi hermano, pero en un piso de alquiler, gastos compartidos, entonces era realmente como compartir piso. Más o menos barato yo soy quien me compro las medicinas que necesito. Por otra parte, todas todo lo que son cremas oculares o de cuerpo o si tienes la piel sensible... *son 40 cocos*, se salen mucho de un presupuesto tan bajo. Los gastos médicos sí son elevados en cuanto a cuidados y luego, si un día me encuentro muy mal para ir al hospital, tengo que pillar un taxi. Entonces, pues 20€ de taxi cada vez que voy al médico.

Cobras menos, tienes menos o ninguna oportunidad para ganar más dinero y encima tienes más gastos, así que sí, sí, me enfrentaba a problemas grandes económicos, claro que sí.

E: Entiendo que esa es como la única prestación que tú has recibido durante todo este tiempo. ¿Crees que existe suficiente apoyo económico para jóvenes con cáncer?

P: No, no, no. Es que creo que no hay nada específico para jóvenes. Lo único que cobras, con suerte, es lo que cobraría cualquier persona de baja laboral, o sea, no hay distinción ni por edad ni por tipo de enfermedad. Nos ponen a todos en el mismo saco. No hay distinción si has tenido cáncer o no, si eres joven o no, si tienes cotizado o no, te tratan como a un trabajador más como si tuviera la misma capacidad de otra persona.

E: ¿Qué ha sido lo más difícil para este proceso para ti? O sea, ¿qué destacarías?

P: La invisibilidad social y el ninguneo ante los problemas económicos y sociales. O sea, es que es lo que más recuerdo de lo que más me jode de haber tenido cáncer es que ahora estoy absolutamente desamparada y es con lo que me quedo del durante y el después. Pero en especial con el después, sobre todo creo que, porque yo no me lo esperaba, pensaba que teníamos como más adaptaciones, que ya no te digo que me den una pensión más alta, sino que pueda hacer algo, que haya algo para mí y mi futuro.

E: Yo creo que al final eso es como lo más duro de pensar, *hostia*, pues quizás es una putada que te toque con cualquier edad, pero quizás si tengo 50 años y tengo la vida un poco más enfocada y tengo la vida un poco más planificada, es una putada y me la paraliza... pero es que con 20 es que estoy empezando a volar. Es que no soy nadie en el mundo.

P: Yo porque no tenía la parte económica cubierta, o sea, mis padres no me pagan nada y yo creo que por eso el número uno es la necesidad económica, pues porque mis necesidades básicas no están cubiertas, no tengo techo, no tengo comida, pero en el segundo puesto sería exactamente esa idea de *“es que mi vida se ha acabado”*. Yo quería y mi vida estaba enfocada a ser maquilladora, era lo que más ilusión me hacía en el mundo y asimilar que no lo voy a poder hacer ni ahora ni nunca, pues es duro y es como que tienes que adaptar tu vida a tu cuerpo.

E: ¿Y qué cambiarías del sistema? Más que sanitario, laboral realmente o social, un poco para mejorar la atención respecto a los jóvenes con cáncer concretamente. Tienes alguna idea, algo que digas “yo creo que, si esto se implementara, ayudaría muchísimo”.

P: Pues que hubiera más más apoyo a la reinserción laboral, más ayudas para la formación concreta y evaluaciones mucho más individualizadas.

E: Y qué mensaje le darías a otra persona joven que esté pasando por una situación similar, o sea, ¿qué consejo te darías incluso a ti misma a esa versión de 20 años de decir “quiero que sepas esto, que, aunque no te vaya a cambiar nada y lo que te tiene que pasar te va a pasar, como mínimo que esta frase se te quede”?

P: Que no es su culpa, que no es su culpa, que ya lo está haciendo bien, que no hay nada más que pueda hacer y que realmente es el resto de la gente la que necesita una adaptación y que hay muchas carencias. Que no se merece lo que le está pasando y no es una desagradecida que se está quejando por quejarse; que todas sus quejas están absolutamente justificadas.

E: Yo creo que no hay nada más, creo que con esto tengo más que suficiente y te doy las gracias enormemente, ya no solo por ayudarme con este trabajo, sino porque creo que no puedo coincidir más con cada cosa que has contado.¹⁵

¹⁵ Transcripción realizada con la ayuda de la aplicación de Inteligencia Artificial Pinpoint.

ENTREVISTA 2

(paciente oncológica de 26 años diagnosticada de Linfoma de Hodgkin a los 21 años)

Fecha: jueves 2 de abril de 2026

Lugar: Vía Google Meet

Duración: 45 minutos

Tipo de entrevista: entrevista semiestructurada

Participantes: E: Entrevistadora - P: Paciente

Objetivo: explorar el impacto psicológico, psicosocial, laboral y económico del cáncer vivido en primera persona, sin invadir la intimidad del paciente.

La participante recibe una breve introducción sobre el contenido del trabajo, la idea de la entrevista, y en las cuatro partes que se dividirá.

Entrevistadora (E): Hola! Un placer, primero de todo espero que estes genial y te agradezco de antemano tu participación en este proyecto. Para empezar, me gustaría que me contaras brevemente la edad que tienes y en qué momento te encuentras ahora a nivel oncológico. Cuántos años han pasado desde el diagnóstico... un poco para contextualizar.

Paciente (P): Me llamo X. Ahora mismo tengo 26 años y a mí me diagnosticaron un linfoma con 21. Estuve con tratamientos eh hasta los 24 años que me hicieron trasplante de médula ósea, porque no paraba de tener recaídas y para, o sea, ya la última había agotado todas las líneas de tratamiento y solo me quedaba el trasplante de donante porque ya me habían hecho el autotrasplante y no funcionó. Eh, y eso se consiguió en febrero de 2024, entonces, hace 2 años ya de eso y bueno, pues parecía que ahí iba a acabar todo, pero qué va. Qué va.

Tengo muchísimas secuelas de los tratamientos de todos los 4 años de quimio y luego el trasplante de médula ósea pues me ha cambiado el cáncer por otra enfermedad, que es la EICR, que bueno, pues es una enfermedad crónica. Es la mayor causa de mortalidad después del trasplante de médula ósea y me afecta, o sea, multisistémica mente; me afecta a los ojos, a los riñones, a los pulmones, a la boca, a la vagina, a todo.

E: ¿Y cómo recuerdas el momento del diagnóstico? Sé qué hace ya unos cuantos años, pero, así como aquello que digas, me acuerdo de esto, que pensara eso o que me sintiera de esa manera.

P: Es que yo no me creía que tenía cáncer hasta que tuve la primera recaída. Al principio era como, bueno, sí, tengo un linfoma, pero estoy en oncología, con el primer tratamiento no se me cayó el pelo y tal, era como yo qué sé, yo creo que es un mecanismo de no asimilar las cosas. Y ya cuando vi que no, que recaí ya dije, "Hostia, "recaída", esa palabra me suena que flipas a cáncer." Ahí ya empecé hacia abajo.

E: ¿Habías tenido algún contacto previo con el sistema sanitario por una enfermedad grave?

P: A ver, había ido a hospital, a cosas rutinarias, algunas de la alergia durante años, pero nada, o sea, sí que es verdad que antes del diagnóstico yo estuve 1 año de especialista a especialista porque me pasa algo, pero nada fuera de lo normal.

E: Luego desarrollaremos un poco más, pero, así como general, ¿cómo crees y cómo describirías como ha cambiado tu vida desde entonces?

P: Pues 360 grados, nada que ver, o sea, nada que ver, nada que ver el estilo de vida, nada. Nada que ver los objetivos vitales, nada que ver la forma de pensar, nada que ver mi aspecto físico, o sea, ha cambiado todo.

E: Y a nivel así más psicológico y emocional, sin profundizar demasiado. Creo que al final para mostrar todas las carencias que hay a nivel legislativo, me gusta relacionarlo también pensando en lo que implica psicológicamente estas mismas carencias y el momento personal del paciente. ¿Qué emociones han sido como más frecuentes para ti a lo largo de estos años, sobre todo como el momento de la enfermedad?

P: Miedo, incertidumbre y ansiedad. Esos tres.

E: ¿Y has notado cambios en tu estado de ánimo o en tu forma de verte a ti mismo?

P: Sí, claro. O sea, en estado de ánimo, por supuesto. Después de la primera recaída eh pues como que aún tira que va, pero yo creo que ya a partir de la segunda; directa a psiquiatría... depresión, depresión profunda. Eh, sigo hoy en día yendo a la psiquiatra.

Tomo antidepresivos, tres antidepresivos, tres fármacos diferentes y sí, o sea, claro, a nivel psicológico te destroza y físicamente también. Para mí son las dos patas, como si tuviera dos patas; si te falta una, te falta la otra. Si la mente no va, el cuerpo tampoco y si el cuerpo no funciona, la mente tampoco te responde.

E: ¿Y crees que has recibido apoyo suficiente psicológicamente hablando durante el proceso? O sea, ¿crees que el sistema aporta suficiente?

P: No, que va; el apoyo psicológico principal ha sido a través de la Asociación Española Contra el Cáncer y a través de ASLE-UGAL y ya luego cuando la cosa se empezó a complicar de que ya no salía de casa, empecé a tener ataques de pánico y tal, me rechazaron un par de veces en psiquiatría de la fe, que es el hospital donde me llevan, pero no el que me corresponde por ubicación y ya me derivaron a psiquiatría del Hospital General, que es el que me toca. Ahí ya sí que noté un apoyo por parte de las instituciones.

E: ¿Y crees que ser una persona joven ha influido en cómo has vivido todo esto?

P: Hombre, a ver, claro que depende de la edad en la que te pille. Si eres un bebé, no te vas a acordar de nada y te cuidan tus padres. Si eres un adulto joven, que estás en medio de *qué coño hago con mi vida*; acabo de salir de la universidad, quiero trabajar, no sé qué hacer o en mitad de los estudios... ya de normal está la crisis de qué hago con mi vida, pues imagínate, el cáncer te mete una hostia que dices ¿y ahora qué?... y aprendas a sobrevivir y mientras piensas en qué haces con tu vida, el resto de tus amigos salen de fiesta o se compran una casa o se casan o tienen un hijo y tú estás aquí visitando el hospital todos los días.

A lo mejor a nivel de supervivencia por ser joven puedes tener más bazas que una persona de 70 años que a lo mejor ni hacen el esfuerzo de someterla a un trasplante, pero ya tienen su pensión, su jubilación, hm ha vivido toda la vida posiblemente será una persona que ha tenido una "buena vida" yo creo que se lo puede tomar diferente. Quizás pensar "Bueno, mira, si no era esto era otra cosa..." pero cuando te toca con 20 años dices, "¿ahora qué?".

E: ¿Crees que el hecho de ser mujer ha influido en cómo has vivido emocionalmente la enfermedad o en el trato, las expectativas, el apoyo que has percibido por parte de como el entorno social en general?

P: Pues a ver, por el hecho de ser una mujer eh bueno, se espera que sobrevivas, pero que sigas cuidándote, ¿no? Que tengas buena cara que “¡Ay si así *maquilladita* estás un poco mejor!” y “¿Cómo vas a salir calva sin pelucas, sin pañuelos, sin nada?”. Tú ves a un chico calvo y no le dices nada. Eh, y sobre todo por parte de la familia como para que la gente no sienta pena por mí de ponte la peluca, ponte la gorrita, ponte no sé qué. Eso, *buah*, eso me ha machacado muchísimo.

Los hombres en general creo que pasan por esto más en silencio, más callándoselo, también es verdad que su forma de afrontar los procesos duros son diferentes, ellos como que no externalizan, no exteriorizan lo que pasa, no buscan ese apoyo. Por ejemplo, llevo un tiempo de planeamiento de nutrición y te diría que el 98% somos mujeres en mi grupo de amigas pacientes jóvenes y venía un chico una vez y ya no venía más, ¿sabes?

También el proceso en un poco distinto, la preservación de la fertilidad en mujeres es una bomba de hormonas. Eso a nivel psicológico me parece una tralla y luego la presión social de no voy a poder ser madre... con mi pareja de que yo ni quiero ni puedo ni me apetece tener relaciones con esa persona porque tengo la menopausia precoz. No tengo las hormonas que tiene una persona de 26 años, o sea, sí, claro, de las mujeres se espera que pase el cáncer y vuelvan otra vez a limpiar la casa, a estar guapas, a volver a la vida normal y tener hijos. Nada que ver con un hombre; a nivel físico y a nivel emocional, nosotras tenemos mucha carga.

A mí la primera quimioterapia fue un paseo en comparación con lo mal que lo pasé con el primer intento de dar la preservar mi fertilidad que luego en el último momento no me lo hicieron. Y cuando pasó esa quimio me dijeron, "¿Quieres preservar ahora la fertilidad? Que vamos a empezar con otra quimio más agresiva." Y dije, "Ni de coña, o sea, ni de coña." Por la opción de ser madre en un futuro se retrasó la quimioterapia un mes y el tumor me creció 3 cm.

E: Y así como a nivel social, ¿cómo ha afectado el cáncer en tus relaciones familiares, amistades, pareja, etc?

P: Mi pareja me dejó porque le daba mucha impresión verme delgada y calva. Ya no le *ponía*, entonces como ya no le pongo y la relación con 24 años se basa sexo y lo físico y tal, pues la relación se acabó por su parte. Tuve que sonsacárselo yo, él mientras iba

por ahí haciendo su vida y luego yo ya me enteré. Eh, con mis amigas obviamente he perdido un montón de amistades porque con la edad que tenía pues solo pensaban en salir y beber y salir y beber. También he perdido amistades por todo el tiempo que he estado en el proceso, porque esas personas estaban estudiando, opositando, aprobaron la oposición y se mudaron y a lo mejor no puedo permitirme irme a Galicia o a Alemania porque tengo visitas en el hospital cada dos días. Entonces, sí, he perdido muchas amistades, tanto porque ellas no han sabido gestionar la enfermedad como porque la vida sigue avanzando para todo el mundo menos para ti.

E: ¿Crees que has sentido incompreensión o un trato diferente por parte de tu entorno?

P: La gente empatiza mucho con el cáncer porque sabe que el cáncer es una enfermedad que mata. Todo el mundo está super sensibilizado con el cáncer por que conocen a alguien, pero no saben lo que siente una persona que ha tenido cáncer. Nadie sabe cómo reaccionar, pero es que nosotros tampoco. Las palabras se quedan en el aire, la gente no sabe cómo tomárselo, como afrontarlo, pero es que yo tampoco y tampoco estamos aquí para dar lecciones a nadie porque tampoco nos han enseñado nada. Cada uno lo llevará como puede y a nivel social, me han dicho cada barbaridad... desde mis vecinos, cuando me ven en el ascensor o incluso amigos o familia. La gente no tiene ni idea de cómo relacionarse ni de cómo reaccionar, ni qué decir, ni qué no decir... no es la culpa de nadie, pero que nos lo damos todos de que estamos muy sensibilizados y no.

E: A nivel académico y laboral, antes del diagnóstico estudiabas, trabajabas, ambas cosas o ninguna...

P: Yo estaba en segundo de magisterio de educación primaria en la Universidad de Valencia.

E: ¿Y cómo crees ha afectado a la enfermedad a tu trayectoria laboral o académica?

P: Lo primero que me dijeron nada más diagnosticarme fue "hacemos un informe para baja laboral" y yo dije, "No, de baja laboral, nada, porque estoy estudiando." De hecho, yo estaba trabajando de camarera dos o tres meses antes de que me diagnosticaran, pero yo me encontraba tan mal que firme la baja voluntaria, pero es que no podía más.

Me pilló pues en la universidad. Me diagnosticaron en junio, y estaba de vacaciones, pero en septiembre viendo que con el primer tratamiento me medio encontraba bien, dije, "Va, voy a seguir." Terminé tercero de carrera y ya cuando tuve la primera recaída dejé de ir. Luego con otro tratamiento que era con inmunoterapia y se sentía más llevadera lo volví a intentar, intentaba partirme los cursos, sacarme asignaturas sueltas y tuve mucho conflicto con la universidad porque la Universidad de Valencia, por ejemplo, se las da de "tenemos un departamento de discapacidad y te ayudamos en lo que sea." y no era cierto. Tengo correos con los profesores pidiendo cierta adaptación y comprensión, estaba ingresada, tengo cáncer, pero yo quiero sacar la carrera, quiero que hacer el curso, igual que se pudo adaptar con el COVID solo estoy pidiendo lo mismo o si hay un departamento de UV discapacidad, entiendo que en este caso tan grave se puede aplicar. Necesitaba distraer mi cabeza, sentirme útil. No pude continuar hasta que di con una persona de alto cargo en la universidad que casualmente había tenido contacto directo con el cáncer y exigió empatía al profesorado. Fue la única persona del departamento que me ayudó.

A nivel profesional y respecto a mí futuro laboral, los médicos, o sea, los hematólogos me han dicho que me dedique a otra cosa, que me reinvente. Vale, claro, yo entiendo con otro tipo de carreras es más sencillo reinventarse, pero en mi caso, una maestra de educación primaria, ¿dónde me reinvento?... me han dicho que no puedo trabajar ni en hospitales. Ni en hospitales, ni en colegios y es que yo soy maestra y mi trabajo es estar con niños. No puedo trabajar de lo que yo quiero y tampoco hay herramientas que ayuden a focalizar ni a formar ni a nada, porque una vez sales de esta burbuja, vuelves a la vida real te espabilas tú solo. O sea, me parece un horror.

E: Y nivel económico, me imagino que ha sido todo un mundo, un impacto económico en tu vida grandioso y más sin trabajar y sin poder hacerlo a corto plazo.

P: Los primeros años como era tanta quimioterapia, tanto ingreso y tanto tal... gasto económico no ha habido mucho, más que nada porque no estaba en casa y no gastaba prácticamente nada. Pero una vez empiezan a pasar los tratamientos y empiezas a tener secuelas; necesitas cremas específicas, necesitas rehabilitación... y por ejemplo, en el hospital no te dan rehabilitación por haber pasado un cáncer, a no ser que pierdas una pierna, o tengas ese tipo de secuelas. Eh, claro, ahí ya pues si te quieres buscar un fisioterapeuta oncológico para que no te diga, "Ay, te han operado de la espalda." cuando les dicen que te han trasplantado de médula... ya pasa de ser un fisio normal que son unos 30€ a un fisio oncológico que son 150€.

Entonces, sí, una vez ha pasado ese punto de decir, "Tengo que empezar a cuidarme y no me lo cubre la Seguridad Social, no lo dan en el hospital" ahí ya empiezas a gastar mucho dinero. Yo tengo la suerte de que tengo un padre y una madre que trabajan y me han podido pagar estas cosas. Pero yo ya tengo 26 años y me apetece a lo mejor pues pagarme mis cosas, trabajar, hacer más vida, y no puedo. Yo no tengo nada y claro las incapacidades contributivas por supuesto no se contemplan, pero es que la incapacidad no contributiva... es que existe por existir y por cubrir leyes, porque acceder a ella es imposible. No se la van a dar absolutamente ni una persona, porque hay unos requisitos inalcanzables. Es la pescadilla que se muerde la cola; tú no me das una incapacidad porque vivo con mis padres, pero si tú no me la das, yo nunca voy a dejar de vivir con mis padres.

Hablé con la trabajadora social de la asociación y me dijo que legalmente no se consideraba un vacío legal, porque vacío legal es cuando hay un vacío legislativo como tal, pero evidentemente es una desprotección, porque hablamos de situaciones que no se contemplan.

E: Es un poco el mismo tema que hemos ido tratando, pero ¿Crees que existe apoyo suficiente económico para concretamente casos de jóvenes con cáncer?

P: No, creo que no se contempla. Se contempla que una persona que esté trabajando, que ya haya cotizado y tenga cierta edad (35-40 años), pues tenga una enfermedad y ya pueda solicitar la baja médica o una incapacidad, pero alguien joven no. Yo sí que tengo la discapacidad reconocida, pero bueno... con suerte tienes descuentos en el autobús, tren y en el cine a veces. Además, la pesadez de renovarlo cada dos años a pesar de tener secuelas e informes que dejan claro que son secuelas crónicas. Le dije a la trabajadora social, "He conseguido que en todos los informes me ponga las secuelas que son crónicas para no tener que estar renovándola cada 2 años." Y me dice, "Pero, cariño, ¿tú cuántos añitos tienes?" Digo, "Yo 26." Y me dijo "pues de crónico olvídate, la vas a tener que estar renovando toda tu vida hasta que tengas 60". Eso también presiona, es imposible desconectar y estas constantemente justificando, actualizando y rellenando informes una y otra vez. Entre trámites para una cosa, trámites de otra, informes para arriba, informes para abajo.

E: Y así mirando en perspectiva, ¿qué ha sido lo más difícil para ti en este proceso y qué aprendizaje sacas de toda esta vivencia? A pesar de que yo no estoy a favor de la

frase de que se aprende algo con todo esto, creo que en cierto modo todo el mundo aprende algo de todos estos años.

P: Yo es que estoy tan rabiosa con la vida que es no tengo nada bueno que decirle.

E: No tiene que ser bueno, eh, o sea como si quieres soltar la frase con más rabia y que le dirías a esa versión más joven de ti.

P: Me diría “no vas a sacar nada bueno, pero sí que hay una cosa positiva que son las personas”. Todo lo que rodea el cáncer a nivel de la enfermedad, hospital, etc., va a ser horrible, pero vas a conocer a personas increíbles y no sé por qué casualmente todas estas personas que han padecido cáncer son las mejores personas. Eso por otro lado también es malo, porque vamos, he ido más de tanatorio que de fiesta en estos últimos años. Pero que vas a ganar muchas personas, muchas buenas personas y vas a aprender mucho de todas ellas. No de la enfermedad.

E: ¿Y qué cambiarías a nivel social, laboral, jurídico... o qué idea se te ocurre? Me gustaría aportar una idea con este trabajo que de verdad tenga un sentido, que de verdad sea necesario.

P: Pues es que hay tantos huecos donde meter ayudas. Sobre todo, una vez te diagnostican, lo primero que tendría es la edad del paciente. Pienso que ahí debería haber una especialidad, una especie de enfermera, enfermero, un psicólogo, una psicóloga como que a ese grupo de pacientes que se consideran adultos jóvenes que va entre los 18-31 que los atienda una persona especializada que le pueda decir, “¿En qué situación te encuentras? ¿En la universidad? ¿trabajas o vas a empezar a trabajar?” y que te oriente un poco para saber que puedes hacer con tu vida y a que puedes acceder. Aun que aún no sepas cual va a ser el futuro médico, pero como mínimo conocer que herramientas puedes tener y que vas a necesitar a corto o largo plazo, porque el desconocimiento es brutal.

E: ¿Y qué mensaje o consejo le darías a otra persona que está empezando con todo esto?

P: Ay, qué pregunta más difícil. Yo soy de Valencia, y aquí tenemos una asociación, que para mí ha sido como la luz. Todas esas ayudas que no hay en el hospital, las puedes encontrar en asociaciones. Las asociaciones son un mundo fantástico donde tú vas y

encuentras ayuda real palpable; hay fisio gratis, psicóloga gratis, nutricionista gratis, talleres... ahí es donde yo he conocido a la mayoría de esas personas que a día de hoy son mis amigas. Al principio eran compañeras de asociación y ahora son mis amigas y quedo con ellas y hablamos de problemas un poco más de la vida, aunque que muchas veces seguimos quejándonos del cáncer, en el 90% de la conversación, porque no lo puedes hacer con otra persona.

A una persona que le han diagnosticado, que es joven y que va perdida de la *hostia*, le diría, "En tu ciudad busca una asociación de pacientes", que no le dé miedo conocer porque no te van a informar de nada más allá de lo que tú necesites. Te ayuda a orientar, te abren un mundo que yo creo que al final te hacen ver esa luz, ¿no?, al final nadie sabe lo que estas pasando, nadie lo entiende y quizás aquí encuentras ese sitio, se convierte en un punto de apoyo no solo para ti, sino también para tu familia.

E: Te doy las gracias por participar en este proyecto, y te mando un abrazo gigante.

P: Gracias a ti y ha sido todo un placer. Vamos hablando.¹⁶

¹⁶ Transcripción realizada con la ayuda de la aplicación de Inteligencia Artificial Pinpoint.

ENTREVISTA 3

(psicóloga especializada en las dimensiones emocionales, sociales y conductuales del cáncer)

Fecha: jueves 23 de abril de 2026

Lugar: Vía presencial

Duración: 30 minutos

Tipo de entrevista: entrevista semiestructurada

Participantes: E: Entrevistadora - P: Psicóloga

Objetivo: conocer el impacto psicosocial desde una perspectiva profesional.

La participante recibe una breve introducción sobre el contenido del trabajo, la idea de la entrevista, y en las cuatro partes que se dividirá.

Entrevistadora (E): Así de forma introductoria, me gustaría que me explicarás sobre tu formación y experiencia en psicooncología, o sea, ¿cómo te especializas en esto y por qué?

Psicóloga (P): Vale, pues yo estudié psicología, hace ya varios años, me especialicé en la rama clínica y ya hice el TFG sobre aspectos oncológicos. Luego posteriormente hice un máster, el máster general sanitario que nos habilita para para estar con pacientes. Me especialicé en terapia estratégica breve, que aquí en el hospital pues es algo que funciona bastante bien, porque a veces no tenemos el tiempo y el espacio que nos gustaría. Hice el máster de psico neurología y para finalizar también tengo otro máster en intervención sobre estrés y ansiedad.

Luego a nivel laboral, estuve 3 años trabajando para mutuas privadas, en temas más genéricos, claro, al final acabo de salir de la carrera, de los estudios, y no me enfoqué tanto en una rama únicamente; pero ya hace pues 3 años entré en la Asociación Contra el Cáncer, ya como psicóloga, y ya que tenía la formación y era una rama que siempre había querido, desde la asociación se me contrató aquí en el hospital. Lo que hago ahora es: los lunes y los martes estoy en la asociación, en la que atiendo a pacientes de todo tipo. Tanto diagnósticos, como todo tipo de tumores, todas fases de la enfermedad y aquí estoy tres días en el hospital, que únicamente hago hematología, pero también atiendo algunos casos de oncología.

E: ¿Y qué te llevó a especializarte en psicooncología?

P: Pues mira, mi madre hace mucho tiempo tuvo un cáncer de mama. Y yo recuerdo que cuando nos dieron el diagnóstico, un típico bultito, nada, lo típico que el médico te dice, "No va a ser nada, es muy pequeño."... pues yo la acompañé al médico a hacerse la biopsia, etcétera y cuando fuimos a por los resultados, le dieron un sobre y le dijeron, "Aquí tiene los resultados.". Nos fuimos, salimos para la calle y mi madre, "A ver, si me han dado un sobre, me han mandado a la calle, no me han dicho nada, no me han dado hora con nadie, no será nada." me dio el sobre a modo broma y me dice, "Toma, ábrelo tú." Lo abrí y había sorpresa.

Obviamente era positivo y pues yo ahí ya estaba estudiando psicología y me di cuenta de que había ahí había una necesidad a raíz de todo lo que ella pasó. Ella por suerte lo pasó muy leve. Es decir, tengo que decir que con todo lo que he visto soy consciente de la suerte que tuve. Pero al final implica toda una serie de miedos, de incertidumbre, de cambios, a nivel laboral, a nivel familiar, me di cuenta todo lo que movía un diagnóstico pequeño y leve en su caso, imagínate todas las variables, todos los contextos, entonces fue a partir de ahí que me di cuenta pues que era una rama en la que yo quería estar, aparte que ya tenía muy claro que quería hacer parte clínica y pues bueno, fue el empuje final.

E: Y así hablando del impacto psicosocial, ¿cuáles son las principales dificultades psicológicas que observas en referencia con las personas jóvenes?

P: Pues mira, lo principal que nos encontramos en perfiles jóvenes son las renuncias a nivel de identidad acorde con la edad. Me refiero, una persona llegando a la segunda, tercera edad, ves mucha semejanza a nivel de enfermedades, ¿no? Sí que es verdad que contra más envejecemos, más tendencia tenemos y es un grupo de personas que tienden a tener al lado muchas personas que ya han pasado por dificultades, ya han pasado por enfermedades.

En la edad joven no es así, en la edad joven suele ser una persona que mira su alrededor y no ve casos del mismo símil. Entonces, le es muy difícil encontrar una red, le es muy difícil también estar de acuerdo, ¿no? Siempre lleva una parte de injusticia la enfermedad de "porque a mí", "porque me ha tocado a mí" y es muy difícil también asimilar las pérdidas, porque al final es una edad que comporta muchos pasos; estudios, trabajo, pareja... es una edad que la que tienes que empezarlo todo y tú ves que la

enfermedad te lo frena. Hay una parte también que es la pérdida de autonomía, es una edad en la que eres muy vital, lo que quieres es que trabajar, hacer deporte, estar con tus amigos y la enfermedad para muchas de estas cosas implica renunciar a ellas y a nivel emocional es lo que más cuesta.

Aparte también hay un tema pues de feminidad o de masculinidad, que implica toda la parte pues de pérdida del cabello, de cambios físicos, toda esa parte que ya de por sí ya es una edad donde la propia imagen tiene mucho peso, mucho más que en la tercera edad, por ejemplo, y son cambios que te hacen sentir muy vulnerable, muy frágil. A la par no tienes otra parte con la que compararte de tu alrededor y además entras en un sistema que es el sistema médico que no te pertoca tampoco por edad. Es decir, empiezas a venir a visitas médicas, estas ingresado, y claro, tú ves el alrededor y seguramente cuando llegas al hospital ves a perfiles más mayores, ves a gente, bueno, pues de otro tipo de características, ¿no? Y eso te hace sentir muy diferente. Y a la par que es una edad en la que parece que tienes que estar ya formando todas las herramientas, pues a su nivel laboral, a nivel estudiantil y todo esto, pues esta frenada, esta pausa es la más difícil de sobrellevar a nivel de emocional.

E: ¿Qué papel juega la incertidumbre vital y el proyecto de futuro? Que es un poco lo que estábamos hablando, o sea, ¿qué ¿Cuánto de importante crees que es para esos pacientes jóvenes?

Para mí es un top tres en el sentido de cómo te digo, es una época de tomar muchas decisiones. Son muchas decisiones que ya de por sí, por la edad que tienes, ya no sabes si estás tomando bien, porque te colocan prácticamente a la que sales de la ESO a decidir, decidir, decidir. Cuando llega la enfermedad que estás empezando a tomar decisiones y empezar a tener motivaciones, te para y te para en un mundo donde hay muchas incertezas, porque tú le preguntas al médico, ¿cómo va a ir esto? Y te dice, "Depende." Y hay muchos depende, y hay muchos no lo sé, y hay muchas incertezas con las que tienes que convivir. A nivel emocional y sobre todo cuando somos jóvenes, si hay 100 escenarios posibles, la mente se va a los cinco peores. Y tú vives las emociones de estos cinco peores. Entonces, ante las incertezas generales de la enfermedad, siempre nos colocamos en los escenarios más catastróficos porque tenemos pensamientos intrusivos, porque tenemos esa ansiedad de saber qué es lo que puede el "y si?".

La incertidumbre ya de por sí es difícil y más si estamos en un punto, estamos construyendo nuestro futuro laboral. Es decir, los pasos que haces en la juventud son los que delimitan tu vida luego, tu vida laboral, tu vida estudiantil y ver que hay personas de tu entorno que están yendo para una dirección y tú no puedes ir para ninguna dirección porque la enfermedad te ha parado, es lo que te puede hacer sentir más desajustado emocionalmente.

E: ¿Y qué cambios suelen darse en personas jóvenes respecto a relaciones familiares, amistades y pareja?

P: Eso es un *temazo*. Mira, primero te diré a nivel amistades. A nivel amistades, para mí, siempre lo he dicho, se hace una limpieza. Hay una parte que creo que es muy de darte cuenta de personas que no pensabas que iban a estar, de repente están y personas que esperabas no están. La gente no está educada para la enfermedad y eso es algo que es innegable. Cómo acompañar, cómo estar, cómo validar o cómo formar parte de un entorno de una persona que está en este proceso... es algo que no todo el mundo está dispuesto a aprender o a saber gestionar. Entonces, a nivel social sí que cambia mucho toda la dinámica que tú tienes a tu alrededor. Tú tenías tus personas de confianza, tu grupo, tus personas de referencia y esto cambia. Cambia porque hay personas que pensabas que iban a estar en un punto y no lo están, personas te sorprenden, pero sí que es verdad que esto suele ser un poco cíclico.

Esto es algo que se acelera, es decir, es algo que te pasaría a lo largo de tu vida, a lo largo de los años y la enfermedad hace que te pase en un periodo muy pequeño de tiempo en el que tú estás más vulnerable. Quizás esta limpieza la harías en 10 años cuando te pasara pues tu primer divorcio, tu primer despido, tu primer tal y cuando llegas es como un *express* de necesito o de tengo que saber quién va a estar y con quién voy a contar.

A nivel familiar, lo que suele pasar es que hay mucha exigencia por parte de la persona por no sentirse una carga, sobre todo en perfiles jóvenes. Cuesta mucho que, *ostras*, ya era adulto, ya no dependo de mis padres, es una edad en que quieres independizarte, quieres tener autonomía, quieres de todo menos estar enganchado a tus padres. De repente la enfermedad te coloca en un punto como una vuelta atrás en la casilla del parchís. Es decir, antes dependías de tu padre porque eras pequeña, dejas de depender y con la enfermedad vuelves otra vez a depender. Eso muchas veces es mucha exigencia para la persona, mucha sobrecarga y mucha culpa, sobre todo en periodos

largos dentro del hospital. A veces también los padres tienen dinámicas que tienen que ver con la parte social, no están educados. Los padres siempre están acostumbrados a todo lo que pueda hacer para controlar la situación que tiene mi hija en X cosa, voy a hacerlo. Y esto es una situación que no tiene control por parte de los padres. Y eso provoca que intenten compensar lo que no pueden controlar. A veces como tampoco saben gestionar esa situación y les puede mucho, tienen dinámicas difíciles de llevar. Aquí suele haber esa parte de conflictos porque las dinámicas suelen chocar bastante.

Y a nivel de pareja a nivel de pareja es el más variable, te diré. Suele pasar que las parejas que están mal lo dejan y las que están bien se refuerzan. Es decir, es un poco la tónica general. A nivel de pareja tocan otros aspectos, como es la sexualidad, como es la falta de libido, como es que al final también en esta edad, sobre todo en la edad joven, tiene mucho peso, no es lo mismo que una pareja de tercera edad, que este tema pues no está o no está tan visible. Cuando tenemos este periodo de tiempo, quizás pasas un periodo de ingreso, te dan un alta y tu pareja lo que espera de ti es, "Ostras, ¿podemos retomar?" y no, ahora mismo estoy intentando recuperarme, intentar hacer un paseo decente, intentando recolocarme emocionalmente, entonces ahí a veces es donde se vuelve más la exigencia. Sí que es verdad que a nivel de pareja hay un el cuidador que cuando la persona da de sí, luego espera que cuando tú estés un poquito mejor des de ti y eso no siempre se puede hacer, porque hay veces que tu prioridad es intentar no llorar todo el día o intentar levantarte o intentar estar mejor, pero claro, entra ahí mucho la parte de las necesidades, la comunicación.

La pareja es la parte que es más difícil de gestionar porque también a nivel de comunicación hay veces que necesitas comunicarte más, otras que necesitas comunicarte menos y suelen chocar las necesidades de cada miembro de la pareja. Además, suelen ser parejas que no llevan mucho tiempo, porque no hay mucho recorrido y ya de por sí es difícil encajar, pues en este contexto aún más. Estás formando la pareja y en un contexto tan vulnerable, las dinámicas se pueden volver tóxicas porque no detectas bien cuál es la parte que encajar.

E: Esta pregunta se me ocurrió a partir de los testimonios, ¿Cuándo viene una paciente joven, ves diferencias de las exigencias sociales que hay de cara a mujeres jóvenes que a hombres jóvenes?

P: Sí, si eso sin duda, el perfil de mujer se exige mucho más que el perfil de hombre. No solo en esta franja de edad, sino en general. La mujer, en general, a nivel social y a nivel

no debería ser así, en ningún caso, tiene muchas más exigencias sobre sí misma; sobre su propio cuerpo, sobre sus tareas, sobre sus roles, sobre su vida. Al final somos un colectivo que se exige más a sí mismo porque es lo que nos ha pedido siempre la sociedad y se trata siempre de encajar a lo que se espera o se habla de ti. El hombre tiene quizá una pasada emocional, más pasiva. No todo el mundo, pero pasiva en el sentido de que deja que gestione quizá más la gente de alrededor, pues mi mujer lo arregla, mi hija lo arregla... no siempre, pero tiene un perfil un poquito más secundario. Obviamente es una persona que pasa por un estado emocional, que pasa por todas las fases, pero no deja de haber una perspectiva diferente ya que se da más permiso para delegar tareas.

La mujer se siente peor al dejar de ser madre, la mujer se siente peor al dejar de ser novia, se siente peor al dejar de ser hija. Siente mucha más culpa al abandonar los roles que tiene en el entorno y mucha más exigencia. A la par que el tema estético, el tema de la autoestima y el tema de la autoimagen queda mil veces más tocada en la mujer que en el hombre. Es decir, al hombre le dices que pierde el pelo, que le caen las cejas y normalmente para él va a estar bien. También los hombres tienden que llevar el pelo corto, que no tiene que ser siempre así, pero al final no pasan por todo ese encaje en un canon de belleza. Por parte de las mujeres sí que se espera que encajes en un canon en el que tienes el pelo larguísimo, bonito y bueno, al final todo lo que implica ser mujer a día de hoy y todas las exigencias que te implican vivir en una sociedad donde se te mira, se te juzga y se te exige por el hecho de exponerte más como figura estética.

La mujer no quiere sentirse ni mirada, ni juzgada... y siento de verdad si salen dos personas sin pelo, siendo un hombre y una mujer, al que más se le va a mirar es a la mujer y es la que más vulnerable se va a sentir con ello sin tener nada por lo que sentirse vulnerable. La enfermedad ni la buscas, ni es culpa de nadie, ni la has pedido tú, pero la que se va a sentir más frágil y vulnerable y va a tener que hacer un trabajo sobre su propia seguridad como mujer, es ella.

E: Ahora entro como una parte de recursos y apoyo psicológico. ¿Qué estrategias de afrontamiento de la enfermedad crees que suelen ser más eficaces?

P: La parte más importante a nivel emocional es tener el conocimiento de regularse. Y saludable emocionalmente no significa estar siempre feliz y bien. Yo nunca romantizo el proceso oncológico, sino que trato de validar todos los estados emocionales. La primera estrategia que hay de afrontamiento es la aceptación. Es darte cuenta de que esto es

un proceso complejo que conlleva emociones positivas, como es la motivación, la ilusión, la fuerza, la resiliencia, pero va a conllevar pasar por estados que son incómodos y que no te enseñan a transitar por ellos. La tristeza, la incerteza, la rabia, la impotencia. La primera parte de resiliencia es vital. Luego mantener un diálogo interno con uno mismo, ir hablando con uno mismo sin machacarnos y sin caer en el juicio con nosotros mismos, porque muchas veces te haces daño de más porque te juzgas por la manera que los estás viviendo, cuando no hay un manual en esto.

Luego también encontramos la resignificación. La resignificación es una técnica, una estrategia de afrontamiento, que es, por ejemplo, hoy llueve y no voy a poder salir a la calle. Bueno, hoy llueve hoy no voy a poder salir a la calle, pero si puedo pasar tiempo en familia o escribir, es decir, no enfocarnos en un único camino, sino también poder verle la reversa, es decir, ver la parte que a mí me puede ayudar, en la que yo puedo mover, modificar y ejercer la parte de control.

Luego hay otra parte también que es diferenciar mucho en qué tengo control y en qué no. Porque muchas veces, la mayor parte de veces, nuestro estado emocional depende de lo que no tengo control. Y lo que sí que tengo control queda apartado. Y eso me parece también muy importante. También el ser consciente de poder comunicar, eso también es una estrategia de afrontamiento, poder y saber comunicar. Saber exponer en el entorno y detectar cuáles son mis necesidades, porque igual necesito más abrazos, igual necesito más conversaciones, o igual necesito más espacios, pero tengo que hacer esa mirada introspectiva para saber qué siento y qué le pido al entorno y cómo me manejo con ello, porque a veces no es solo es comunicarlo, sino un poquito ir viendo cómo me siento o qué siento también con el autocuidado.

E: ¿Crees que existe suficiente apoyo psicológico dentro del sistema sanitario?

P: No. No, no, para nada. esto es un tema que a mí me toca mucho, es un tema que es difícil de gestionar como profesional porque al final te gustaría poder llegar a todo, no llegas porque somos pocos y tú sabes que en un hospital si un día entra más dinero será para un médico y si entra más será para otro médico y si entra más será para otro médico que es lícito y que es necesario, es decir, hay una crisis sanitaria brutal y se necesitan médicos, esto es innegable, pero también se necesitan psicólogos.

Yo, por ejemplo, tengo un paciente ahora mismo, y me gustaría poder ver a su hija que sé que no está ahí pasando por un momento, a su mujer que sé que no está pasando

por un momento y a esa persona... son tres personas. Son tres pacientes más que ahora mismo estoy dando cita para de aquí a dos meses. Que ya nosotros mismos, los psicólogos, tanto yo como la otra compañera, hacemos malabares para intentar llegar a todo, pero yo querría llegar a todo bien, poder decirte, "¿Necesitas verme? Tranquila, ven la semana que viene." Pero es que no puedo decirte, "Tranquila, ven la semana que viene." porque lo tengo todo lleno. No hay una falta de conocimiento de salud mental porque gracias al COVID todo esto empezó a visualizarse mucho más, pero sí en la implementación de recursos a nivel de salud mental, porque al final si somos más, podemos llegar a más y ser mejor. No es solo el paciente, es el cuidador, que eso se tiene muy descuidado. Luego también otra parte, es que de parte de sanidad no se pone el foco en cómo llevas el tratamiento y esto tiene mucho que ver en cómo tú estás y cómo tú cómo tú lo llevas. Y el recurso psicológico llega en cuanto la paciente se pone a llorar o se rompe allí, pero esto quizá viene antes. Y quizás si antes hubiéramos podido intervenir, hubiéramos hecho que las dinámicas no se hubieran roto, no se hubieran truncado, no se hubieran destruido.

Por mi parte me encantaría poder hacer todo el seguimiento, tanto en el en el impacto diagnóstico que hay unas necesidades, como en el tratamiento activo, como en el post, el post a nivel volver al trabajo, volver a la vida. No todo el mundo necesita un psicólogo, eso está claro, pero hay personas que necesitan mucho más de lo que nosotros ahora podemos darle. A mí me genera frustración y es algo que a nivel personal me trabajo, porque es algo que luego veo una persona que está implicada, que está dispuesta a abrirse, que está dispuesta a hacer vínculo, que está dispuesta, pero es que no, no puedo dar más.

E: Como opinión profesional y así como propuesta de mejora, ¿qué consideras que falta actualmente en la atención psicológica a jóvenes con cáncer?

P: Creo que parte super esencial es que enseguida que puedan, tengan una red, Un grupo terapéutico de apoyo, es decir, tanto grupos terapéuticos como personas de referencia, pero al final lo que más necesitan también son verse reflejados en alguien. Y esto, lo que lleva muchas veces es a buscar en internet, a buscar en foros y esto no siempre es bueno, porque: en internet, el que va a un restaurante come bien, coge, paga y se va, pero el que escribe, el que hace ruido, es el que no se ha contado una cucaracha, y no en todos los platos se encuentran cucarachas.

Normalmente internet es una fuente de desesperación, cuando intentas buscar casos que te hagan semejanza a ti, yo que llevo perfiles jóvenes, veo y siento que hay necesidades muy similares y diálogos muy similares y al final, el simple hecho de poder relatar y que alguien te entienda, que alguien hable tu idioma, que alguien le haya pasado lo mismo que tú, es super necesario, super necesario. A mí me encantaría hacer grupos, es algo que ahora estoy intentando mover algo, pico y pala.

Y luego acompañamiento en todas las fases; un acompañamiento psicológico seguido y frecuente en las fases, así como un recurso en el cual tú sepas que tú puedes llamar o tú puedes escribir o algo a lo que puedas acceder en un momento de crisis, de desborde, que los hay.

E: Y luego así que es como conclusión, ¿qué mensaje te gustaría transmitir a profesionales que se dediquen a lo mismo que tú o a profesionales que piensen dedicarse a lo mismo que tú?

P: A los que vayan a dedicarse a lo mismo que yo, les diría que de verdad es un trabajo increíble. O sea, para mí es lo que más me llena en el mundo. Siento que es un trabajo precioso, es precioso en el sentido de trabajas con la humanidad, trabajas al final con la parte más vulnerable. La enfermedad traslada mucho a las personas a su parte más humana, más vulnerable, más intrínseca. Aquí no hay nada, nunca. A veces me dicen, "¿Cómo detectas si mienten?", aquí no mienten, aquí nadie viene a mentir, aquí no te va a ayudar nunca a mentir. Aquí se habla siempre desde la verdad, desde el corazón, desde lo que de verdad más duele y también siento que yo como persona aprendo muchísimo de las historias, de la manera de vivir. Hay personas que miro y digo, "ojalá yo en tu situación lo viera o lo escuchara así" y tú aprendes como persona, valoras mil veces más el presente y lo que tienes. Creo que es una profesión muy bonita, muy dura, porque al final también hay momentos duros y difíciles, pero qué aprendes.

Yo los tres primeros días salí llorando, pero me acuerdo que llamaba a mi pareja en plan, "¿qué he hecho dónde estoy?" y me decía, "Aguanta" y sí, lo hice y pienso que no podría hacer algo mejor que esto. Es algo super bonito que valoras mucho, o sea, valoras y además que es un trabajo super agradecido, porque las personas con las que estás te miran con unos ojos en los que ves si has podido de verdad aportar tu granito de arena... y de verdad que hace mucha falta. Todo el mundo que pueda dedicarse a esto, perfecto, o sea, sería genial. Si yo hoy no puedo estar contigo y hay una psicóloga en Albacete que te va a ir bien, ves con ella. Es decir, que hacemos falta, que no

compitamos y que de verdad que es un trabajo que es duro, porque lo es, porque ves muchas realidades de la vida, muchas historias.

Ya no hablo solo de la enfermedad, aquí hay personas que me han dicho “lo último que me importa es la enfermedad”, vienen con situaciones y con realidades duras y difíciles, pero al final tú estás ahí para darles un poco de luz. Al final siempre vas a sumarle un granito, simplemente escuchándola o mirándola o diciéndole una palabra que hoy necesita, pero que es muy bonito, la verdad.

E: Muchísimas gracias por tu tiempo y atención, de corazón.¹⁷

¹⁷ Transcripción realizada con la ayuda de la aplicación de Inteligencia Artificial Pinpoint.

ENTREVISTA 4

(abogada especializada en el asesoramiento jurídico, la defensa legal y el cumplimiento normativa en materia oncológica)

Fecha: martes 28 de abril de 2026

Lugar: Vía presencial

Duración: 20 minutos

Tipo de entrevista: entrevista semiestructurada

Participantes: E: Entrevistadora - A: Abogada

Objetivo: analizar el marco legal español, las dificultades reales, la protección jurídica para poder desarrollar mejoras que podrían implementarse.

La participante recibe una breve introducción sobre el contenido del trabajo, la idea de la entrevista, y en las partes que se dividirá.

Entrevistadora (E): Primero me gustaría hacer una pequeña introducción, si pudiera explicarme un poco cuál es su trayectoria profesional y por qué decidió dedicarse a tratar con pacientes oncológicos a través de una fundación.

Abogada (A): Soy abogada especializada en derecho del trabajo y de la seguridad social. Respecto al trabajo que realizo, pues es con temas de incapacidades. Soy voluntaria de la Fundación *Oncolliga*, donde asesoro dos veces al mes, dos mañanas al mes voy como voluntaria para hacer asesoramiento a pacientes oncológicos desde el punto de vista laboral, ¿no? De todas las dudas que puedan tener en su situación médica y en lo que les afecta la parte laboral.

Llegué a *Oncolliga* un poco porque un abogado que trabajaba conmigo también era voluntario allí y me introdujo un poco en la asociación. Después él se jubiló y yo decidí seguir porque veía que era una labor pues que era muy útil para las personas que pasan este proceso y pensé “pues que ya me estaba bien continuar”.

E: Hablando un poco del marco legislativo que tenemos ahora, qué derechos legales tienen los pacientes oncológicos en España a día de hoy. O sea, ¿a qué se pueden agarrar cuando viene una situación así?

A: Bueno, cuando tenemos un diagnóstico oncológico o con cualquier otra enfermedad, porque al final no hay distinciones en cuanto a las enfermedades, lo primero que puede tener un trabajador es una baja médica.

Claro, que siempre tenemos que cumplir requisitos de cotización y de estar en situación de alta, pues para poder acceder a una baja médica retribuida. Las bajas médicas pueden tener una duración de hasta 1 año y medio y en función, pues de la evolución de la persona en el momento en que se le que se le acabe esta baja médica de 1 año y medio, pues hay la posibilidad de que pueda obtener una prestación de incapacidad permanente. Aquí también entramos otra vez en la necesidad de que puedan acreditar cotizaciones suficientes aparte de que médicamente, pues tenga una situación como para que le den la incapacidad. Estas serían los dos principales soportes económicos que tiene un paciente oncológico.

Después hay otras circunstancias pues de personas que no han cotizado, que no tienen cotizaciones suficientes; que ya no iríamos a las prestaciones no contributivas de enfermedad también la incapacidad permanente no contributiva, pues para personas que no reúnen los requisitos de cotización. Pero sí tienen situaciones complejas, aquí también tenemos una serie de requisitos que nos que no nos lo ponen fácil. Para poder tener una prestación no contributiva de incapacidad, por ejemplo, hay que acreditar un 65% de discapacidad. Es decir que no es una situación fácil si te encuentras con un diagnóstico en un momento en que no estás de alta.

E: Y ¿existen normativas específicas para personas para personas jóvenes que padezcan enfermedades graves?

A: A ver, la propia normativa de la legislación de la Seguridad Social ya nos determina una distinción entre las cotizaciones que nos requiere para personas menores de 31 o mayores de 31. Entonces, cuando nos encontramos con una persona joven, vamos a hablar de joven de menor de 31, pues tenemos unos requisitos concretos de cotización que difieren para el resto de la población. Son requisitos que yo considero que a veces son un poco estrictos. Porque claro, la situación que tenemos actualmente es de que las personas a lo mejor cotizan poquito siendo jóvenes, sobre todo si hay estudios de por medio y demás y si hay la mala suerte de tener un diagnóstico oncológico grave antes de los 31, pues es fácil no llegar a acreditar los requisitos que se nos piden.

E: ¿Y considera que la legislación actual es suficiente o presenta carencias?

A: Sí, claro, a ver, siempre hay la posibilidad de mejorar, ¿no? Las prestaciones y más en situaciones que son sobrevenidas y no queridas por la persona. Es decir, es una situación de enfermedad que nadie los escoge.

Y en personas que son jóvenes y que quizás no han podido acreditar estos años o en personas que son más mayores, pero, por ejemplo, vienen de un país extranjero, pues también nos encontramos en una situación muy parecida. Se producen situaciones que son muy muy complejas a veces, porque hay situaciones médicas muy graves en las que la persona no podrá cobrar ninguna prestación porque no acredita suficientes cotizaciones.

Es verdad que los requisitos son iguales para todos, no hay distinciones en cuanto a procedencia del país, al contrario de lo que se manifiesta mucho en redes sociales últimamente o de otros aspectos. Los requisitos son iguales para todo el mundo. Pero es verdad que a veces pues hay situaciones que generan una cierta indefensión o deja a la persona en una situación muy vulnerable.

E: ¿Y qué tipos de casos son los más habituales en pacientes oncológicos jóvenes que te hayas podido encontrar?

A: Bueno, no sería capaz de pronunciarme en cuanto a porcentajes respecto a cuántos de ellos no acceden o no cumplen requisitos, porque no lo sé. Es decir, yo sí que tengo una muestra de pacientes oncológicos que veo cada mes, algunos de ellos pues eran más jóvenes de 31, pero por suerte tampoco son la mayoría de los que yo veo, afortunadamente. Pero sí que hay y los que hay pues me he encontrado en todo tipo de situación; personas que justamente por ser jóvenes, pues a lo mejor todavía se están ubicando en su espacio laboral o hay un cambio de trabajo. Una chica de la que me acuerdo mucho dejó un trabajo un viernes, el lunes tenía que empezar a trabajar en otro trabajo distinto y el sábado se encontró mal, fue a urgencias y le diagnosticaron un cáncer muy grave. Esta chica no pudo cobrar ninguna baja médica, se quedó absolutamente desprotegida por el hecho de tener un día o dos días sin cotizar ahí en medio.

Son situaciones pues que a lo mejor una persona mayor también le pueden pasar, pero quizás son menos frecuentes, ¿no? Cuando tenemos 25 o 30 años pues quizás estamos en un momento en que el momento vital todavía es de buscar un trabajo, de una mejora de trabajo, cuando ya pues son personas de 40 - 50 años hay más estabilidad quizás

en el empleo. Entonces, esto es una cosa que a veces me he encontrado que sí que les perjudica y lo que hemos hablado antes de la de la dificultad a veces para acreditar suficientes cotizaciones.

E: ¿Y ha observado discriminación laboral relacionada con la enfermedad?

A: Mucha, mucha. Eso sí que yo siempre digo, en cualquier charla que hago con pacientes oncológicos que, en caso de recuperarse de la enfermedad, nunca digan que han tenido una enfermedad oncológica, sobre todo, si hay un cambio de trabajo. Hay un hueco en la vida laboral, pues que se invente cualquier cosa. Es verdad que un diagnóstico oncológico nos puede venir a cualquiera y en cualquier momento, pero cuando ya ha habido un diagnóstico oncológico, el miedo a una recaída es mucho mayor y las empresas y empresarios pues van a coger a otra persona.

E: ¿Y qué dificultades se encuentra el paciente joven a la hora de reclamar sus derechos?

A: También hay mucho desconocimiento, yo creo que esto es general en toda la población. Desconocimiento de la norma activa laboral, desconocimiento de cómo funciona una baja médica, desconocimiento de las actuaciones administrativas que debes realizar a lo largo de la baja y de qué significan. Hay poca cultura en general, hay poca formación, ¿no? Durante quizás eh bueno, pues la edad escolar, bachillerato, una formación así más genérica de todo lo que es el trabajo.

Y que nos afecta a todos, porque al final casi todo el mundo va a acabar trabajando, sea por cuenta propia o ajena, pero hay poca formación en ese aspecto. Hay mucho desconocimiento y por lo tanto hay mucho miedo. Además, es una legislación que es muy compleja, porque hay lo que es la Ley General de la Seguridad Social, pero hay mucha legislación alrededor, muchas situaciones diferentes; si eres autónomo, si eres trabajador por cuenta de otro, si estabas trabajando o no, si estabas en paro... bueno, hay tantas circunstancias que realmente tienes que ir mucho al detalle y claro, es difícil para la persona.

E: ¿Y qué protección real tiene un joven con cáncer frente a un despido?

A: A ver, si el despido no tiene causa y hay una enfermedad oncológica es posible reclamar una nulidad y por lo tanto una reincorporación a su puesto de trabajo y salarios

de tramitación hasta la fecha de la sentencia. No significa eso que no se pueda despedir a una persona con cáncer, es decir, si una empresa tiene una causa, por ejemplo, económica para proceder a un despido, pues lo tiene que justificar muy bien, tiene que desvincular muy bien, que despide a ese trabajador y no a otro por esa causa económica o cualquier otra causa que quiera alegar.

Las empresas, yo creo que en ese aspecto sí que quizás el trabajador que está de baja está quizás un poco más protegido que otro compañero que esté de alta médica, porque las empresas tienen mucho cuidado antes de hacer un despido, lo deben tener todo muy bien acreditado para atreverse a hacer un despido en estas circunstancias.

E: Y desde su experiencia, ¿qué aspectos del sistema lo legal cree que deberían mejorar?

A: A ver, el tema de las cotizaciones es un tema que en gente joven creo que sí que se podría no sé, pensar de otra forma, porque quizás cuándo esto se hizo de esta manera, quizás la situación social, era otra. La sociedad era distinta como la tenemos ahora y quizás ahora pues los jóvenes tienen otras circunstancias, no se ponen a trabajar tan pronto, no tienen empleos tan fijos. Entonces pedir este requisito de cotización tan amplio teniendo en cuenta la realidad social es quizás un poco discriminatorio para estas personas. Y después a nivel de protección hombre siempre se puede proteger más y mejor.

E: ¿Cree que existe suficiente información legal u apoyo accesible para los pacientes oncológicos?

A: No, porque la empresa no te explica nada, tú coges la baja y la empresa no te explica absolutamente nada, tampoco es su trabajo, es verdad. El médico de cabecera tampoco te explica nada del proceso de baja, es verdad que tampoco es su trabajo... pero tampoco hay una manera clara y fácil de informarte. Realmente yo creo que, si no acudes a un profesional que sepa del tema, es muy complicado.

Además, no todos los profesionales te saben ayudar. Dentro de que esto está dentro de la jurisdicción social, hay graduados sociales y abogados que se dedican a la jurisdicción social, pero que tocan poco lo que es seguridad social; que son más laboristas que de seguridad social. Entonces, necesitas a alguien que realmente te sepa explicar el

camino que tienes por delante, que tú puedas entender en qué momento estás y qué trámites tienes por delante.

E: ¿Y qué consejo le daría a una persona joven con cáncer desde un punto pues eso jurídico?

A: Por lo menos una visita de asesoramiento. A lo mejor después tu proceso lo puedes ir manejando tú, pero que sepas dónde estás. Si tú lo sabes porque te informas por internet o por otros medios, también está bien, pero que tengas una información que sea veraz y que tú la entiendas, esa información que encuentras y que no te confundas.

Que no vayas tampoco a el vecino me ha dicho, porque a lo mejor la situación del vecino no es la misma que la tuya, porque en esto en estos temas de seguridad social hay muchos matices.

E: Muchísimas gracias.¹⁸

¹⁸ Transcripción realizada con la ayuda de la aplicación de Inteligencia Artificial Pinpoint.