

120
29.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

CAMPUS IZTACALA

"APORTACIONES DE LA PSICOLOGIA A LA
MEDICINA EN EL ESTUDIO DE LAS
ENFERMEDADES CRONICO . DEGENERATIVAS".

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A

FELISA ARACELI JUAREZ TORRES

ASESOR: LIC. LAURA PALOMINO GARIBAY.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

25-8919 1998



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A MI PADRE

**A ese ser tan maravilloso que me dió la vida
que me enseñó a luchar por lo que se quiere,
a ser honesto, que me dió amor, comprensión,
apoyo y todo lo que se le puede dar a un hijo.
Por el cual he llegado a mi más grande anhelo;
y aunque ya se ha ido, sé que siempre estará
conmigo para seguirme guiando.**

A MI MADRE

**Por ser mi amigo, mi confidente, mi
incondicional y mi mayor apoyo.
Porque todo lo que soy se lo debo a
ella, por su confianza y su amor hacia
mi, que son el mayor tesoro que poseo
y que me seguirá dando animo para
continuar.**

**Le doy gracias a la vida de que ustedes
hayan sido mis padres.**

A VICTOR HUGO

**Por haber estado conmigo cuando
más lo necesite y haberme alentado
en los momentos más difíciles.
Por todo el amor que me ha brindado
y por los pequeños detalles que han
dejado enormes y maravillosos
recuerdos en mi.**

A LAURA PALOMINO G.

**Por ser no solo mi maestra, sino mi
amiga. Por toda su confianza y su
tiempo dedicado a mi.
Por ser un ejemplo a seguir como
mujer y profesionalista, el cual me ha
llenado de metas por alcanzar y
sobretudo, por todo el respeto y
admiración que siento por ella.**

I N D I C E

RESUMEN	1
INTRODUCCION	3
I. LAS ENFERMEDADES CRONICO - DEGENERATIVAS DESDE EL PUNTO DE VISTA MEDICO	11
II. DIFERENTES APROXIMACIONES DE LA PSICOLOGIA AL CAMPO DE LA SALUD	19
III. RELACION ENTRE LA PSICOLOGIA Y LA ENFERMEDAD CRONICO - DEGENERATIVA	40
IV. ANALISIS DE LAS DIFERENTES ALTERNATIVAS QUE LA PSICOLOGIA PROPONE PARA ABORDAR LA ENFERMEDAD CRONICO - DEGENERATIVA	55
CONCLUSIONES	65
BIBLIOGRAFIA	69

R E S U M E N

El presente trabajo tuvo como objetivo describir y analizar las aportaciones que la Psicología y la Medicina han realizado al estudio de las enfermedades crónico-degenerativas. En el primer capítulo se aborda el concepto de enfermedad crónica desde el punto de vista médico, enfocándose al cáncer por ser una de las principales enfermedades de tipo crónico, así como su proceso de diagnosticación y los diferentes determinantes que la causan.

En el segundo capítulo se habla las diferentes corrientes que surgen a partir de que la Psicología se interesa en el campo de la salud, de la evolución que cada una de ellas ha sufrido por el deseo de la medicina de encontrar el origen de la enfermedad. Y el análisis de las diferentes corrientes para encontrar aquella que pudiese proporcionar más y mejores elementos hacia un tratamiento completo de la enfermedad crónica.

En el tercer capítulo se dan a conocer los elementos que la Psicología pretende abordar relacionándolos con la enfermedad y el hombre, tomándose en cuenta elementos como el dolor, el miedo, la ansiedad, la dependencia y el proceso de muerte; que dan lugar a un estilo de vida poco aceptable que repercute en el comportamiento, trabajo y familia.

En el cuarto capítulo se realizó una revisión de los tipos de tratamiento médico que se proporciona al enfermo con cáncer y sus repercusiones, así como las investigaciones realizadas por varios autores en la búsqueda de un tratamiento eficaz para el cáncer y la inclusión del psicólogo en los mismos.

Dando finalmente una propuesta de trabajo multidisciplinario para un tratamiento más completo en lo que respecta a las enfermedades crónicas, en específico al cáncer.

I N T R O D U C C I O N

Las enfermedades crónicas tienen un complejo proceso de evolución lenta y larga duración, el cual implica toda una serie de factores sociales, individuales, familiares, de tiempo, gastos médicos y cuidados de salud.

Estas enfermedades tienen una etiología multifactorial muy compleja; los factores sociales detienen la cantidad, el ritmo y la naturaleza de las cargas recursos y contactos físicos, químicos, biológicos y psíquicos con incidencia en la salud del paciente. La vida psíquica también es importante porque define la conducta operativa, los hábitos, el estilo de vida y las opciones personales, mediante los que el individuo selecciona o transforma el ambiente social y los recursos biológicos ligados a la actividad mental, emocional y conductual.

Pero en realidad, ¿a qué se le llama enfermedad crónica?; ¿por qué involucra tantos factores esenciales en la vida del hombre?. Realmente no se ha hecho una definición certera de la enfermedad crónica y sin embargo todos tratan de prevenirla y controlarla, e incluso curarla, sin saber exactamente a que se enfrentan, por dónde hay que empezar y quiénes deben involucrarse.

Para poder contestar esto, es necesario realizar una revisión acerca del tema, conocer sus características, etiología, factores médicos, psicológicos y sociales que inmiscuyen y cómo han evolucionado a través del tiempo, así como que tipo de tratamientos se han y se están llevando a cabo para la solución a dicho problema.

Dentro del aspecto médico, algunos autores como Piedrola (1991) define a la enfermedad crónica con características como : permanente, larga duración, con cuidados constantes, tratamiento especial, producida por factores complejos y de multicausalidad como hábitos personales y sociales (alimentación inadecuada, consumo de alcohol y tabaco, falta de ejercicio, etc.) factores psíquico-sociales de comportamiento, químicos, físicos, a nivel molecular.

Ahora bien, dentro de las enfermedades crónicas una que ha causado mayor impacto en la sociedad a nivel mundial ha sido el cáncer. El cáncer se define según Harrison (1994) por cuatro características que describen la forma en que las células cancerosas actúan sobre las células normales, las cuales son :

- 1.- Clonalidad (originar células malignas por medio de una célula progenitora).
- 2.- Anaplasia (ausencia de diferenciación celular).
- 3.- Autonomía (crecimiento no regulado de forma adecuada).
- 4.- Metastásis (capacidad de crecer y diseminarse).

Y en cuanto a su etiología se encuentran las siguientes determinantes y factores : determinantes genéticos, determinantes ambientales, dieta, tabaco, alcohol, radiaciones electromagnéticas, ocupaciones y exposición industrial, determinantes psuogénicos, contaminación, determinantes reproductivos.

Razón por la cual el cáncer es tan temido, ya que se originan en una región muy localizada y se disemina al resto del organismo, al que destruye gradualmente (Benitez, 1991).

De esta manera, el cáncer no se queda únicamente en el plano médico puesto que, como ya lo hemos mencionado involucra otros factores que requieren de otro tipo de disciplina (psicológicos y sociales). Aunque obviamente no pueden tratarse diferenciadamente puesto que en el proceso de enfermedad no se manifiestan por separado, ya que proviene de un factor biológico y afecta al plano psicológico o social.

Tampoco se pueden rebasar los principios médicos saltándose hasta los psicológicos; lo que ha de presentarnos la evolución de la enfermedad incluyendo de manera paralela ambas disciplinas.

La salud-enfermedad ha tenido un caracter mágico, pasando en algunos momentos a tener características religiosas hasta llegar a explicaciones u orígenes biologicistas predominantes en nuestro siglo.

En el siglo XIX y comienzo del siglo XX, el hombre era considerado como algo biológico que podía o no funcionar fragmentando o aumentando órganos para su reparación, es decir la causa de la enfermedad estaba dentro del cuerpo.

Después surge el modelo biomédico, que presenta a la enfermedad como el resultado de la acción de un agente patógeno de caracter biológico. Este modelo trató de contemplar aspectos relacionados con el medio ambiente, pero sin dejar hablar al paciente, lo cual lo llevó a no saber nada acerca de lo que buscaba, ya que es imposible conocer los hábitos de alguien sin explicarlos y mucho menos tratar de modificarlos.

Y después surge el modelo sociomédico, en el cual se considera a la salud-enfermedad como un proceso social determinado por la estructura económica de la sociedad, tomándose en cuenta modo de producción, de vida dominante, relaciones sociales; es decir aspectos que forman parte de la vida del hombre y que intervienen en su organismo dándole tranquilidad o bien alterándolo provocándole una enfermedad.

Como se puede ver surgen 2 modelos que unidos podrían encontrar sino la solución, si una alternativa de calidad de vida para el enfermo crónico, estos dos modelos al

parecer no han cambiado y siguen utilizándose en la actualidad, obviamente por separado.

Pero bien, ¿cómo han evolucionado ambos?; dentro del modelo biomédico surge la psicósomática que se inscribe como un retorno a la concepción hipocrática de la enfermedad y de hombre interno. Esto es un proceso del pensamiento y la práctica médica; disciplina científica concentrada en el estudio de las interacciones entre factores psíquicos, sociales y biológicos.

Así la psicósomática pretende buscar una causa a nivel biológico sin tomar en cuenta otros aspectos aunque los mencione, ya que solo los usa para mencionarlos y saber que están allí sin utilizarlos.

Después la psicósomática se va relacionando con áreas como la Neurofisiología, Endocrinología e Inmunología que proporcionan claves de las interacciones biopsicosociales. Lo que hace surgir a su vez a la Epidemiología que muestra la importancia sanitaria del ambiente familiar, trabajo, vivienda, pobreza, etc.

La psicósomática tras 50 años de existencia, su peso en la Medicina es pequeño, ya que pretende confundirse con la medicina, y para esto, se requieren cambios en la formación médica, situación difícilmente alcanzable.

Por otra parte, el modelo sociomédico sostiene que la salud y la enfermedad son manifestaciones del proceso histórico de una sociedad. Dentro de este modelo, surge en 1943 la Medicina Social en México, teniendo como objetivo el hombre y su problemática social; es decir en sus relaciones con la sociedad, en tanto que esta sociedad la determina una problemática dada que se traduce en el hombre en un estado de insatisfacción, desequilibrio, anomalía u otra alteración social.

Dentro del mismo modelo sociomédico está la Medicina Conductual relacionada con la Psicología Conductual, como disciplina científica que tiene como objeto de estudio la conducta del individuo, entendida como la interacción entre éste y su ambiente. El hombre es considerado un ente formado por la historia de sus interacciones pasadas,

por lo que en cada momento lo que interactúa con el ambiente es un producto de las sucesivas transacciones con él mismo. Situación considerada por civilizaciones tales como China, Grecia y Roma.

Posteriormente surge la Psicología de la Salud como el conjunto de contribuciones educacionales, científicas y profesionales de la Psicología para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad para la identificación de la etiología y los correlatos diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas, y para el análisis y mejora del sistema de cuidado y de formación de la Salud (Matarazzo, 1982). Esto es, cualquier actividad de la Psicología relacionada con cualquier aspecto de la salud, la enfermedad, el sistema de cuidado de la salud o la formación de la salud es considerada dentro de la Psicología de la Salud.

Después de esta revisión a grandes rasgos nos damos cuenta que quien se acerca más a involucrar tanto aspectos psicológicos, sociales y biológicos, en relación con la enfermedad es la Psicología de la Salud. En cuanto a las demás corrientes caen tan solo en un causal biológico o social, pero sin inmiscuirse.

Es a partir de esto que se plantea el abordar : ¿qué sucede cuando ya se han aceptado un poco más de los elementos psicológicos?; ¿basta con mencionar que existen o es necesario saber cuáles son?; además de ¿cómo se manejan y qué se pretende hacer con ellos?.

Al parecer no basta con saber que existen, necesitamos saber qué son y cómo se manifiestan para poder partir hacia un posible tratamiento que pueda mejorar la calidad de vida del enfermo crónico.

Así pues, los elementos psicológicos son características propias de cada enfermedad y diferentes en cada individuo que solo pueden ser identificados por el profesional capacitado para dicho fin, en este caso el Psicólogo.

Para Melendez (1979) los elementos psicológicos son adjudicados y aprendidos por el individuo, afectando su comportamiento y su organismo, lo cual nos indica que son los mismos que elaboran los estilos de vida relacionados con la enfermedad y la manera de significar al individuo.

Uno de los principales elementos de la enfermedad que afecta el estilo de vida del enfermo, es el dolor, como una sensación desagradable que afecta su comportamiento y el de la familia, a tal grado, que quien lo sufre organiza su vida en torno a éste, lo que propicia un cambio radical en los estilos de vida.

No se puede negar que el enfermo crónico no llegue a ser un problema familiar y laboral, pero si se habla de la enfermedad como un fenómeno social hasta que se le entera a otros de que existe, mientras tanto solo le pertenece a quien la porta.

Por esta razón no se le puede ofrecer el mismo tratamiento a todos, como lo hace la Medicina, puesto que para cada individuo existe un contexto diferente de su estilo de vida.

Otros elementos son el miedo y la ansiedad, la dependencia y el proceso de muerte, que tiene mucho que ver en un cambio en el estilo de vida que repercute en el trabajo, familia y comportamiento; por lo tanto, parece ser que la vida del enfermo crónico depende más de los aspectos psicológicos que de los biológicos, es decir, el comportamiento en la enfermedad determina estilos de vida de sí y su familia, así como las diversas opciones para aprender a vivir con la enfermedad.

Ahora solo queda conocer que tipo de tratamientos se aplican para los enfermos crónicos y los estudios realizados acerca de los mismos.

Dentro de la medicina, el tratamiento para el cáncer retoma tres principales métodos : la cirugía, la radioterapia y la quimioterapia. Estos métodos pueden propiciar deterioro a nivel físico en los enfermos, además del deterioro por la misma enfermedad, para lo cual se lleva a cabo un tratamiento psicológico-conductual encaminado a : 1) eliminar un patrón de comportamiento y, 2) implantar un patrón de conducta, es decir estímulo-respuesta.

Para estos tratamientos conductuales es importante la eliminación de conductas que trunquen el desarrollo social y familiar del individuo, pero después de esto, ¿qué sucede?.

Por otra parte, en los estudios realizados se inmiscuye mucho a los elementos psicológicos, pero con tratamientos médicos y con la ayuda de profesionales que no tienen nada que ver con dichos elementos, e incluso voluntarios sin ninguna formación como psicólogos.

¿Qué se pretende entonces?. Se retoman los elementos indicados, necesarios, pero con profesionales erróneos sin capacidad suficiente para el manejo de dichos elementos. No se le resta a nadie créditos, solo se pretende darle a cada quien lo que le corresponde y sabe hacer.

Parece que en realidad no se tiene como objetivo curar la enfermedad, o por lo menos hacerla más suave, sino demostrar quien puede y sabe mas, de lo que no se sabe nada. Sin analizar que no es una lucha de poder, sino una lucha por mejorar la calidad de vida de muchos enfermos crónicos a través del trabajo multidisciplinario. Aceptando que hay dominio del conocimiento solo en algunas áreas pero no se tienen verdades absolutas.

De esta manera, el objetivo del presente trabajo es describir y analizar las aportaciones que la Psicología y la Medicina han realizado al estudio de las enfermedades crónicas.

CAPITULO I**" LAS ENFERMEDADES CRONICO-DEGENERATIVAS DESDE EL PUNTO DE
VISTA MEDICO "**

En este primer capítulo daremos un panorama de lo que son las enfermedades crónicas desde el punto de vista médico, y posteriormente nos enfocaremos al cáncer como una de las principales enfermedades de este tipo.

Es posible que la perspectiva de una inmortalidad inevitable es este mundo sea lo más intolerable de todo. La disminución radical de las muertes sin una restricción correspondiente a las enfermedades multiplicaría de manera asombrosa el sufrimiento e impondría a la sociedad una carga creciente de enfermedad que finalmente alcanzaría un volumen inaguantable.

Basta con observar cuáles son las principales causas de muerte en los países desarrollados, enfermedades cardiovasculares (cerca 50%), cáncer (20%), enfermedades respiratorias (9%), etc., para destacar la importancia que en dicha mortalidad tiene que ejercer la frecuencia de estas enfermedades.

En relación con dolencias o enfermedades, la palabra crónico implica una enfermedad de evolución lenta y larga duración (Buck, 1988). Pese a la sencillez de la definición nadie ha clasificado satisfactoriamente todas las enfermedades en base a la duración.

Para Piédrola (1991), las enfermedades crónicas son aquellas que tienen una o más de las siguientes características:

-- son permanentes

-- larga duración (con periodos de remisión y recaídas) con supervisión, observación y cuidados constantes; además de un tratamiento especial para su rehabilitación.

-- no están producidas por agentes infecciosos

-- están producidas por factores complejos, en los que interviene una multicausalidad y un mismo factor puede producir varias enfermedades. Es decir, son causadas por una variedad de hábitos personales y sociales, tales como alimentación inadecuada, consumo excesivo de alcohol y tabaco, falta de ejercicio, colesterolemia elevada, hipertensión y estrés.

-- dentro del determinismo etiológico intervienen, además de lo anterior, factores psíquico-sociales, o de comportamiento, químicos, físicos, a nivel molecular, etc.

Ahora bien, dada la dificultad de precisar la enfermedad en un tiempo lo más precoz posible, es importante definir el concepto de caso. Para esto, Piédrola (1991) utiliza una serie de criterios:

- a) Criterio clínico, permite precisar aquellos signos o síntomas mayores con los que se determina la enfermedad.
- b) Criterio estadístico, se obtiene separando en torno a la media estadística de normalidad de distintos parámetros obtenidos.
- c) Criterio pronóstico, por ejemplo las cifras de tensión arterial como criterio pronóstico de accidentes cerebrovasculares o de EVC en general.
- d) Criterio operacional, en ocasiones es difícil precisar todos los datos requeridos para un correcto diagnóstico exacto y bastan datos más reducidos para estudios de pruebas de detección.

De la misma forma, para estos criterios se requiere tener en cuenta algunos aspectos, tales como:

- 1.- síntomas y signos claramente definidos.
- 2.- poder agrupar en criterios mayores o menores.
- 3.- congruencia con el uso clínico general.
- 4.- existir técnicas adecuadas para el registro de signos o síntomas especificados.
- 5.- los síntomas y signos deben ser utilizados para la construcción de un diagnóstico aceptado para la práctica clínica.
- 6.- las reglas para su clasificación deben ser claras y estar expresadas con precisión.

Por otra parte, dentro de la diversidad de enfermedades crónicas existentes, la que más se ha identificado como problema de salud a nivel mundial es el cáncer (Benitez, 1991). Por tal motivo se hablará a continuación del mismo.

El término cáncer deriva de la palabra griega "Karninos" para cangrejo. El cáncer, como entidad clínica, se describió desde los primeros escritos griegos y romanos, y asumió una posición de importancia especial como una enfermedad muy temida y objeto de investigación médica intensiva (Cecil, 1994).

La enfermedad que denominamos cáncer se define según Harrison (1994), por cuatro características que describen la forma en que las células cancerosas actúan de un modo distinto a las células normales de las que proceden, éstas son:

- 1) Clonalidad; el cáncer es originados de una sola célula progenitora que prolifera y da lugar a un clan de células malignas.
- 2) Anaplasia; existe una ausencia de diferenciación celular normal y coordinada.
- 3) Autonomía; el crecimiento no es regulado de forma adecuada por las influencias bioquímicas y físicas normales del ambiente.
- 4) Metastásis; las células cancerosas tienen la capacidad de crecer y diseminarse a otras partes del cuerpo.

Estas propiedades pueden ser expresadas por las células normales no malignas durante épocas adecuadas.

Como entidad patológica, el cáncer se define por sus propiedades de proliferación local incontrolable de células con invasión de estructuras normales vecinas, y por diseminación distante, o metastásis a través del torrente sanguíneo o dentro de una cavidad corporal.

Como entidad biológica, la célula maligna se define por su capacidad para crecer en cultivos de tejidos sin necesidad de fijarse a un superficie firme y por su falta de respuesta a las señales de regulación del crecimiento que causan diferenciaciones y suprimen la proliferación. Muchas células malignas conservan las propiedades de

crecimiento y antigénicas características de las células fetales, secretan proteínas típicas de estos tejidos y parecen estar congeladas en un estado temprano de la diferenciación que resume una etapa específica en el desarrollo normal del órgano.

Estas propiedades se ha constituido en la base par la clasificación, diagnóstico, e incluso tratamiento. Si bien las características son típicas de casi todas las células de cáncer, no son constantes (Cecil, 1994).

Asimismo, en cuanto a la etiología del cáncer, un gran conjunto de agentes químicos, biológicos y físicos pueden causar cáncer, de manera directa o indirecta. Casi todos los agentes causales directos dañan o alteran el DNA; incluyen sustancias químicas que forman adiciones químicas con el DNA. Muchos de estos carcinógenos químicos deben ser activados por las enzimas citocromo P-450 que se encuentran en las células hepáticas y epiteliales. El DNA también puede dañarse por agentes físicos, como radiación ionizante o luz ultravioleta.

Se investiga en forma intensa la forma precisa en que estos agentes dañan el DNA y originan cáncer. Una hipótesis unificadora propone que el daño al DNA depende de roturas, translocaciones o deleciones (eliminaciones) que activan oncógenos específicos, es decir, genes que tienen la posibilidad de causar un crecimiento sin restricción si sufren una mutación crucial.

Por su parte, Harrison (1994) dice, que los patrones de la incidencia del cáncer varían con el sexo, la raza y la localización geográfica. Además los diferentes tipos de tumores varían también con la edad. Los rasgos hereditarios y las variaciones en los ambientes internos de las células explican algunas diferencias en la incidencia del cáncer.

Para Piédrola (1991), cualquier proceso patológico que afecte a un ser vivo, son el resultado final de dos series de circunstancias interrelacionadas: la primera engloba la constitución o dotación genética del sujeto (factores endógenos) y la segunda hace referencia a los aspectos relacionados con el ambiente (factores exógenos).

Así pues, se hará mención de algunos de los principales determinantes o factores causantes del cáncer, éstos son:

-- **Determinantes genéticos.** Las alteraciones genéticas desempeñan un papel esencial en la oncogénesis. Existen diversos datos que apoyan esta conclusión: 1) se han observado ejemplos de grupos familiares con tipos histológicos específicos de tumores; 2) las anomalías cromosómicas incluidas en la línea de células germinales confieren un mayor riesgo de desarrollar ciertos tipos de cáncer, 3) con frecuencia, los tumores presentan reagrupamientos somáticos específicos que afecta a cromosomas o genes; 4) la disminución de la capacidad para reparar lesiones del ADN secundarias a la acción de mutágenos se acompaña de un aumento en el riesgo de neoplasia; 5) la capacidad de distintos agentes para mutar el ADN y la capacidad para actuar como carcinógenos se relacionan estrechamente; 6) las mutaciones o expresión no regulada de genes particulares pueden convertir células que se comportan normalmente a células malignas.

-- **Determinantes ambientales.** La identificación de este tipo de determinantes se basa en estudios epidemiológicos, de casos-controles y de cohortes. La aproximación al conocimiento es en sí, la vigilancia epidemiológica de su morbimortalidad; la cual permite conocer variaciones de incidencia, prevalencia y de mortalidad según el área geográfica o en relación con la raza, edad, clase social, etc. Además de permitir detectar cambios en los hábitos o actividades de determinados grupos.

-- **Dieta.** La dieta parece que puede influir en la aparición de los tumores por varias vías. Un mecanismo podría ser la contaminación de alimentos con sustancias cancerígenas preformadas, o la incorporación de sustratos que en el organismo serían transformados en cancerígenos, o bien algunos componentes como fibras, grasas, vitaminas, ahumados, selenio, hierro y por último obesidad.

-- **Tabaco.** Es el primer agente cancerígeno y tiene relación con el cáncer de pulmón, laringe, boca, faringe, esófago, vejiga, páncreas, riñón, cervix; ya que contiene una sustancia en forma de partículas llamada alquitrán, que contiene una larga lista de productos químicos e hidrocarburos policíclicos que han demostrado ser carcinógenos de contacto.

-- **Alcohol.** Contribuye a un 3% de todas las muertes por cáncer tiene efecto en los cánceres de boca, faringe, laringe y esófago. No induce el cáncer, pero si potencia y multiplica el efecto del tabaco.

-- **Radiaciones electromagnéticas.** Dentro de las cuales están: radiofrecuencias y microondas, luz solar, campos electromagnéticos no ionizantes y radiaciones ionizantes.

-- Ocupaciones y exposición industrial. Las cifras de cáncer en riesgos laborales oscilan del 1% hasta el 40%.

-- Determinantes yatrogénicos. Pueden desarrollarse años después de haber utilizado quimioterapias o radioterapias y uso de hormonas.

-- Contaminación. Atmosférica, del agua y depósitos de residuo peligrosos.

-- Determinantes reproductivos. Existen observaciones acerca del riesgo de cáncer de cuello uterino, ovario y mama, por relaciones sexuales y paridad.

De esta manera, la razón por la cual el cáncer es tan temido se debe, además de su frecuencia cada vez mayor, a su naturaleza. Mientras un ataque cardíaco es sólo una manifestación particular de un proceso general de envejecimiento y la consecuencia de una vida prolongada o, cuando se presenta en una persona de edad media, representa el precio por comer demasiado, falta de ejercicio o una vida llena de tensiones; el cáncer es visto como algo que se origina en una región muy localizada y que después se disemina al resto del organismo, al que gradualmente destruye (Cairns, 1978. En Benitez, 1991).

El problema del cáncer se debe a que es una enfermedad con un gran período de latencia, esto quiere decir que originándose en una célula y multiplicándose periódicamente, avanza en forma silenciosa durante varios años hasta que alcanza un número aproximado de 10 células, hasta entonces puede ser diagnosticado clínicamente.

En el mundo se espera que se produzcan unos 7.5 millones de casos de cáncer en los 5,300 millones de personas que lo habitan. Prácticamente, la mitad de los cánceres, un 49.3% se producen en el mundo desarrollado, a pesar de que la población de éste constituye tan sólo una cuarta parte de la existente en la Tierra.

Es de destacar que existen diferencias notables entre los países desarrollados y los que están en vías de desarrollo, el cáncer más frecuente es el de pulmón seguido del de colon y recto, mientras que en los países en vías de desarrollo, el cáncer más frecuente es el de cuello uterino.

La epidemiología descriptiva del cáncer, en los niños, presenta algunas diferencias con respecto a los adultos, el tumor más frecuente es la leucemia y algunos del sistema nervioso.

La magnitud del problema canceroso no estriba, solamente, en la importancia de la mortalidad o morbilidad, sino que también está en relación con la espectacularidad de los datos referidos a supervivencia de los pacientes (Piédrola, 1991).

CAPITULO II

**" DIFERENTES APROXIMACIONES DE LA PSICOLOGIA AL CAMPO
DE LA SALUD ".**

Después de abordar en el capítulo anterior las enfermedades crónicas desde el punto de vista médico y conocer su etiología y su concepto, así como los avances logrados en su tratamiento y evolución. Ahora hablaremos de aquellos aspectos que la psicología ha aportado al campo de la salud, las diferentes teorías que han surgido del deseo de la medicina por encontrar el origen de la enfermedad.

De esta manera presentaremos la evolución que ha tenido el concepto de enfermedad desde el punto de vista psicológico, como se ha considerado al hombre desde las diferentes teorías interesadas en el desarrollo de la enfermedad y la constante búsqueda de un agente o agentes causales.

Actualmente existen grandes desacuerdos sobre lo que significan los conceptos de salud-enfermedad; aún cuando nuestras vidas discurren entre estos dos polos, resulta difícil encontrar una posición unificadora de tales conceptos. Se considera que esto ocurre debido a que hablar de tales conceptos implica un problema de orden ideológico que es necesario puntualizar.

Así pues, al hablar de enfermedad diríamos que se entiende como un fenómeno objetivo caracterizado por la alteración del funcionamiento del cuerpo como organismo biológico. Aunque sus manifestaciones sean aparentes, las enfermedades son procesos ocultos que solo pueden comprenderse en cuanto sus signos son observables se relacionan con un conjunto de conocimientos sobre el modo en que trabaja el organismo humano (Coe, 1979).

Así, la salud-enfermedad ha tenido un carácter mágico, pasando en otros momentos a tener características reliquias hasta llegar a tener explicaciones u orígenes biologicistas predominantes en nuestro siglo.

El siglo XIX y el comienzo del siglo XX fueron períodos en que la medicina se fragmentaba en una multitud de especialidades y el hombre enfermo se reducía a un sistema, un tejido, un órgano y por último una célula enferma (Schneider, 1986), es decir, el hombre era únicamente algo biológico que podía o no funcionar y al cual se le podía fragmentar para reducir o aumentar sus órganos y de esta manera, nuevamente hacer que funcionara considerando que la causa de la enfermedad se encontraba dentro del propio cuerpo.

A finales del siglo pasado surge el modelo biomédico, clásico de la medicina profesional y basado en Descartes, Newton y Galileo como modelo analítico considerando que cualquier todo puede ser reconstruido material y conceptualmente a partir de las partes estudiadas una a una sin sufrir distorsión (Arguera, 1988) y que presentaba a la enfermedad como el resultado de la acción de un agente patógeno específico, de carácter biológico correspondiendo el nivel de análisis del proceso salud-enfermedad al de la medicina curativa en el cual se busca un solo tipo de causa como el origen de la enfermedad.

Realmente la medicina como hemos podido ver, siempre ha buscado una causa a que atribuir la enfermedad, por lo regular biológica, y aunque actualmente a los médicos se les impartan clases sobre psicología contemplando aspectos tales como: la manera en que deben de ser atendidos los pacientes, la existencia de otros factores no biológicos que propician la enfermedad y también la existencia de pacientes con enfermedades sin causa biológica, provocada por ellos mismos, es decir imaginaria.

Los médicos, aún a pesar de esto, no han tomado en cuenta que la enfermedad, si efectivamente tiene una causa biológica innegable; pero que no aparece sola, sino que está relacionada con una serie de factores que afectan la conducta del paciente y al mismo tiempo su organismo ya dañado con anterioridad. Además no se le dará solución al problema con solo un tratamiento de sustancias químicas, sino con un tratamiento que considere tanto al cuerpo como a la mente. Y esto ha sido y será a pesar del supuesto avance de la medicina y el modelo biomédico.

Posteriormente, dicho modelo comenzó a tomar en cuenta aquellos aspectos relacionados con el medio en que el hombre se desarrolla, pero dificultades metodológicas y del propio modelo biomédico, retrasaron y marginaron el estudio y abordaje de los aspectos psicosociales de la enfermedad y favorecieron la desvalorización del diálogo y la relación personal con el paciente como medios diagnóstico y terapéutico (Arguera, 1988), y si el diálogo con el paciente era y ha sido siempre, el único instrumento que tiene el médico y el psicólogo para detectar y conocer los hábitos, costumbres y la situación en que vive el paciente y de esta manera visualizar otras circunstancias y aspectos que alteran el organismo provocando el desarrollo de la enfermedad hasta volverla crónica.

Este supuesto avance del que habla dicho modelo, no ha podido ser, ya que al paciente no se le da la oportunidad de hablar de sí, esto solo se permite si la consulta es psicológica; el médico no es el indicado (según el mismo médico) para

resolver situaciones emocionales. Para él siempre ha existido la barrera entre profesinista e ignorante, el típico mago que lo descubre todo sólo con mirar, por qué no aceptar que el trabajo es multidisciplinario y que de esta manera se obtendrán mejores y mayores éxitos?

De esta forma, el paciente al no encontrar un canal de expulsión de su angustia la regresa al interior de sí agravando la situación en que se encuentra hasta llegar a un punto en el que la enfermedad se volca crónica y obviamente continuando con el mismo tratamiento incompleto, incompleto por no tomar en cuenta aspectos fuera del organismo, no se logra avanzar.

Posteriormente surge un modelo alternativo de carácter multicausal, el cual postula que se necesita de la confluencia de muchos factores para que se presente la enfermedad; dicho enfoque se encuentra representado por el modelo de la Historia Natural de la Enfermedad. Dentro de este modelo son ya tomados en cuenta las variables sociales, aunque de forma aislada ya que son planteadas como un estado de cosas dado sin cuestionar su origen, su presencia, ni como interactúa entre sí; esto ha dado como resultado una interpretación ahistórica del proceso salud-enfermedad (Torres, 1986).

En respuesta a los dos enfoques anteriores surgió un nivel de análisis diferente acerca del mismo proceso, en el cual los aspectos sociales adquieren pleno significado. En este nuevo enfoque se considera a la salud-enfermedad como un proceso social determinado por la estructura económica de la sociedad, en donde se toman en cuenta categorías como modo de producción, modo de vida dominante, relaciones sociales de producción, etc., es decir todos aquellos aspectos que forman parte de la vida del hombre y obviamente intervienen en su organismo dándole tranquilidad, o bien alterándolo provocando así cualquier tipo de enfermedad. De esta relevancia otorgada a los factores sociales aparece el modelo sociomédico, el cual se apoya en una tesis marxista, a saber: los individuos son seres históricos que trabajan y viven en condiciones que les son impuestas históricamente y que pertenecen a una clase social (Torres, 1986).

Las condiciones de vida y trabajo explican el por qué de la presencia del fenómeno salud-enfermedad, y a su vez, se han establecido relaciones entre ciertas condiciones de trabajo y de vida de los individuos con la organización de los procesos de producción en una sociedad determinada.

Para Torres (1986) existen dos corrientes ideológicas subyacentes a los dos modelos mencionados, son:

- a) La biomédica, que conceptualiza a la enfermedad como un problema biológico individual.**
- b) La sociomédica, que sostiene que la salud y la enfermedad son manifestaciones del proceso histórico de una sociedad.**

La primera plantea cambios superficiales en los sujetos a nivel individual, la segunda sugiere cambios en la organización social (Torres, 1986). Así, se ha hablado de ambas de manera genenal, pero ahora profundizaremos un poco en cada una de ellas mencionando la diversas teorías que han surgido a partir de las mismas.

Dentro del modelo biomédico surge la psicósomática, ésta no tiene una definición completa y universalmente aceptada por que es un proceso del pensamiento y la práctica médica que parte de muy diferentes perspectivas y escuelas para tratar de dar una respuesta adecuada a los desajustes generados en el proceso de consolidación de la medicina científica. Se acepta que es una disciplina científica centrada en el estudio de las interacciones entre factores psíquicos, sociales y biológicos en la salud, la enfermedad y la asistencia (Arguera, 1988).

Por consiguiente, el movimiento psicósomático se inscribe en la historia de la medicina como un retorno bastante tradicional a la concepción hipocrática de la enfermedad y del hombre interno.

La concepción psicósomática moderna de la medicina tuvo muchos precursores: Paracelso, los grandes clínicos franceses del siglo XIX, en especial Trousseau, atribuyeron un papel importante en la patogenia de varias afecciones a las "pasiones del alma", como se decía en aquella época, o incluso a los hechos sociales.

En el segundo cuarto de este siglo surgieron 3 circunstancias que facilitaron el nacimiento y desarrollo de la psicósomática:

- 1) Freud, Cannon, Pavlov y Wolff abren líneas que permiten investigar interacciones entre lo psicosocial y lo fisiológico en el hombre.**

2) V. Weizsacker (medicina de la totalidad), Tournier (medicina de la persona) o Balint (medicina centrada en el paciente). Estos autores formulan el descontento por la despersonalización de la medicina y lo proclaman como una necesidad de conducirla hacia formas globales y personalizadas, alegando razones de humanismo y eficacia.

3) Los avances de las ciencias naturales planteaban cuestiones epistemológicas que desbordaban el marco reduccionista clásico evidenciando la importancia de los contextos y las interacciones entre parte y niveles de realidad.

Así dentro de lo que el concepto de psicopatología algunos lo identifican como alteración funcional, psicógena o imaginaria, otros limitan su campo como un grupo de enfermedades orgánicas a las que atribuyen una causa psicógena manteniendo una postura dualista (Arguera, 1988).

El surgimiento de la psicopatología no viene siendo más que un disfraz del modelo biomédico, habla de retomar el aspecto mental del hombre pero solo dentro del mismo hombre, expresando que se ha encontrado que la enfermedad biológica es provocada también por una disfunción del cerebro, que distorsiona la conducta del paciente; llegando al mismo punto de partida: el origen de la enfermedad de carácter meramente biológico, sin tomar en cuenta el tipo de vida que lleva el paciente, y la importancia de esto para el funcionamiento de su organismo.

Así, la psicopatología sigue siendo de alguna manera el mismo modelo biomédico, puesto que la causa de la enfermedad continúa siendo biológica, solo que la única diferencia es que puede tener carácter biológico o imaginario, sino es que puede situarse en ambos planos, como una alteración del organismo y de la mente, pero totalmente ambas dentro del mismo cuerpo.

También otros sucesos que facilitaron la evolución de la psicopatología fueron:

– Freud y su escuela psicoanalítica, que introdujo en la psicología el estudio del Inconsciente en relación con las reacciones psicofisiológicas que desembocan en enfermedades psicopatológicas y suministró los modelos más válidos referentes a la génesis de las enfermedades psicopatológicas.

El psicoanálisis aportó conceptos y describió mecanismos que facilitaron la comprensión y el manejo clínico de pacientes, como por ejemplo la represión de efectos e impulsos, la somatización, la regresión, racionalización, negación o

proyección que pueden tener valor explicativo en la formación de síntomas, y en alteraciones de la conducta del enfermo y en la forma de expresarse el paciente y de relacionarse con el médico. Dentro del psicoanálisis, Balint estudió la interacción médico-enfermo y desarrolló métodos de preparación de los médicos en el manejo de las interacciones entre sus emociones y las del paciente.

-- Las investigaciones neuroanatómicas y neurofisiológicas, en las que Cannon describió la fisiopatología de las emociones, el descubrimiento del sistema reticulado activador con sus proyecciones cerebrales y por último del sistema límbico o rincefálico y sus conexiones con los diferentes sistemas, lo que permitió comprender mejor el impacto de las emociones y los conflictos.

-- Los progresos de psicofarmacología, que afinaron el conocimiento del papel de las emociones y permitieron comprender un poco las repercusiones corticoneurovegetativas que pueden ser el resultado.

Muchas otras adquisiciones experimentales, prácticas o teóricas provenientes de distintas escuelas médicas y psicológicas también enriquecieron la tendencia psicosomática de la medicina, como:

- a) La teoría de la Gestalt, que tiene aplicaciones médicas bastante directas.
- b) La fenomenología de Husserl y la de Heidegger, que desembocaron en el análisis existencial.
- c) La psicología experimental animal, es decir, el estudio de las conductas sociales de las especies animales que viven en su medio natural, y a la que se debe mayor cantidad de información bastante interesante sobre los instintos de los animales y la estructura de su vida social.
- d) La reflexología pavloviana y el conductismo anglonorteamericano, en el cual el condicionamiento operante contribuyó con el aprendizaje visceral y el desarrollo de técnicas (biofeedback) encaminada a modificar síntomas y disfunciones.
- e) Las investigaciones antropológicas y la teoría del stress de Selye.

f) La psicociología y la sociología, que aporta conceptos como alienación, anomia, clase social, status, rol; útiles para valorar características ambientales y aclarar comportamientos individuales y colectivos de importancia sanitaria debidos a la gran fuerza motivacional de las influencias culturales y de grupo.

Por su parte Schneider (1986) también nos dice que es la psicósomática una aproximación operativa a la teoría y práctica de la medicina, en la que la estructura y función del aparato psíquico son tratados como una variable de la salud y la enfermedad como la fisiología y la patología. Y esto a su vez, delimita lo que se llamaría la tendencia psicósomática en medicina, que se entiende como que al lado del estudio de la enfermedad por los métodos de las ciencias llamadas exactas, también existe otra senda en la que intervienen las ciencias llamadas humanas, psicológicas y sociológicas. De esta manera la medicina psicósomática es una tendencia inherente a la propia enfermedad, proveniente del hecho de que la vida psicológica del hombre se desarrolló de una forma primordial, desbordando las actividades meramente vegetativas, y del hecho de que el hombre vive en una sociedad muy estructurada y compleja.

De igual manera, dentro de los conocimientos médicos básicos tiene gran relevancia psicósomática áreas de la Neurofisiología, Endocrinología e Inmunología que proporcionan claves de las interacciones biopsicosociales. La psicósomática se ha ido desarrollando desde diversas corrientes que han participado de perspectivas y metodologías diferentes, lo que a veces ha llevado a descualificaciones mutuas, pero que resultan más complementarias que excluyentes y que en conjunto permiten un abordaje biopsicosocial de razonable eficacia (Arguera, 1988).

Así pues, se hace necesaria la combinación de corrientes para complementar aspectos que son indicadores de las posibles causas de la enfermedad, sin embargo, cuando no se obtiene lo deseado, los proyectos son desechados, sin tomar en cuenta que siempre existe un logro, un avance o bien simplemente pequeñas aportaciones que podrían modificar grandes aspectos relacionados con el tratamiento de la enfermedad. Y de igual manera, combinar éstos con otros y llegar a lo que se busca.

Desde los años sesenta, se comienza a incrementar el interés de la psicósomática por los factores ambientales de la salud; la epidemiología va mostrando la importancia sanitaria del ambiente familiar, trabajo, vivienda, amistad, pobreza, etc. Este enfoque complementa el psicofisiológico previo, que su mayor objetivo es identificar los factores psicosociales que aumentan la resistencia a la enfermedad y los que la disminuyen, así como la forma de obtener cambios favorables (Caballo, 1991), pero a_

n no se encuentra en su totalidad y tampoco la medicina se ha preocupado de tomarla muy en cuenta, ya que tras 50 años de existencia de la psicosomática, su peso en el conjunto de la medicina es aún pequeño, la asistencia y la enseñanza siguen marginando en gran medida los aspectos psicosociales de la enfermedad, a pesar de las múltiples formulaciones de intenciones de líderes e instituciones médicas, ya que su objetivo teórico y utópico es confundirse con la medicina, pero esto requiere cambios en la formación de los médicos y en la organización de la asistencia, difícilmente alcanzable en un futuro previsible.

Conviene centrar al máximo esfuerzo de asistencia e investigación psicosomática en las enfermedades de máxima incidencia en la morbilidad y mortalidad como las cardiovasculares y neoplasias, y en las que producen un mayor consumo asistencial, como las crónicas, las de los ancianos o las psicofuncionales. Así pues, ya no se considera tan solo una enfermedad, sino un hombre en su totalidad física, psíquica y social, considerándose la estructura humana que sigue siendo irracional y en parte inconsciente, y dirigirse hacia la comunidad y la sociedad; es decir lo que ha dado lugar al modelo sociomédico y del que a su vez surge la Medicina Social.

Ahora bien, dentro de la Medicina Social, las primeras indagaciones científicas se enfocaron a las características de las enfermedades más frecuentes, para poder sistematizar los signos y síntomas e integrar los cuadros clínicos dedicados a la patología y a la clínica. El desarrollo tecnológico propició el desarrollo de la investigación básica que ha permitido estructurar las leyes y teorías para explicar los fenómenos biológicos y psicológicos del hombre en sus diversas condiciones y etapas de la vida.

Dentro de la medicina social el estado de bienestar es considerado como la necesidad indispensable de que esten presentes los componentes físicos y psicosociales juntos, para que dicho estado de bienestar exista; pero al mismo tiempo debe integrarse a la interacción social y a la cultura.

También menciona que la percepción de bienestar es en gran parte aprendida y según sus características de aprendizaje y de esta manera se ha llegado a los perfiles de normalidad del individuo sano (Melendez, 1979).

A partir de los años cincuenta, una vez dominados los grandes brotes de enfermedades transmisibles quedando solo algunos casos de aparición regional o periódicos, el

término epidemia que originó al de epidemiología, amenazaba con caer en desuso si se conservaba la acepción original referente al estudio de las epidemias.

Sin embargo, al considerar el gran esfuerzo que los estudiosos de las epidemias habían desarrollado para sustraer del exclusivo dominio médico a la metodología epidemiológica, se consideró pertinente fortalecer esta disciplina ampliando su rango de acción al estudio de la frecuencia de las enfermedades, accidentes y situaciones fisiológicas, así como su distribución temporal y espacial, y características de la población involucrada y de los factores físicos, biológicos y sociales que las condiciones, planteando técnicas, procedimientos y estrategias para solucionarlos.

Así, la epidemiología se convirtió en una metodología investigadora, en la que se sustenta la planeación de las acciones de salud y la evaluación de los cambios que se suceden naturalmente o bajo el impacto de las mismas, construyéndose el marco conceptual de la salud pública.

La medicina social es multidisciplinaria, ya que el médico representa el eje central del análisis a partir del cual parten ramificaciones que deben ser exploradas, con la participación de las ciencias naturales, sociales; ya que de otra forma se retornaría por tradición a la búsqueda eminentemente biológica que conduciría a planteamientos parciales del ser humano (Barquin, 1981).

En este sentido, es bien cierto que el médico, como la primera persona a la que recurre el paciente para su curación, es el intermediario que puede involucrar no solo al psicólogo, sino también a otros profesionistas interesados en los avances de los diferentes tratamientos dirigidos a las enfermedades crónicas y algunas más.

Se debe de trabajar multidisciplinariamente, cada quien en su rama, pero teniendo la suficiente comunicación para obtener verdaderos tratamientos que tomen en cuenta todos los aspectos tanto internos (biológicos) como externos (sociales) que forman parte del individuo y que de ninguna manera pueden pasarse por alto.

En México surge la medicina social a partir de 1943; quienes activaron esta disciplina fueron los doctores Alberto Amor Villalpando, Gustavo Baz, Biro Coeli, De la Peña, Hernández Reynoso, Neumann, etc., quienes realizaron enormes brechas a la medicina social al abrir las puertas de los hospitales infantiles y generales

proponiendo personal de enlace para las relaciones hospital-comunidad; y efectuando actividades de tipo social en las propias comunidades, buscando preservar el buen estado de la salud e impulsando el desarrollo de las mismas.

La medicina social, como disciplina o método transformador que se postula, debe preparar sus cauces de cambio, siendo el mas importante el referente a la educación de los propios sujetos integrantes de la comunidad que deben adquirir una conciencia y capacitación adecuada apartándose de las patologías sociales que deben erradicarse.

Se cree entonces que la medicina social es una tecnología que va adquiriendo métodos propios e instrumentando los conocimientos provenientes de las ciencias sociales y del suyo propio, procurando en el hombre una conciencia critica de si y del mundo que lo rodea, con miras a alcanzar el bienestar social.

Así, el objeto de la medicina social es el hombre y su problemática social; es decir, el hombre en sus relaciones con la sociedad, en tanto que esta sociedad la determina una problemática dada, que se traduce en el hombre en un estado de insatisfacción, desequilibrio, anomalía o cualesquiera otra alteración social, situándonos en medicina social (Melendez, 1979).

Por otra parte, la metodología de la medicina social se refiere al estudio de los fundamentos lógicos, ontológicos y epidemiológicos, esta metodología esta formada por elementos comunes de los métodos que sirven de base al trabajo con individuos, grupos o comunidades, con aspectos específicos a cada área de actuación. Caracterizándose dicho método como el instrumento de que se vale la medicina social como elementos comunes de los métodos tradicionales y que sirven de base al trabajo con hombres, en su problemática en lo que se refiere a materia-objeto; siendo su objetivo general el cambio para la liberación del hombre, y sus objetivos específicos aquellos que requiera la situación social (Melendez, 1979).

Para hacer medicina social es necesario conocer de economía, trabajo, plusvalía, crecimiento demográfico, estratificación social, geografía humana y política, sociología, ecología, dinámica de grupos, relaciones humanas; psicología general, social, de la comunidad, bioestadística, trabajo social, medicina preventiva, patología social, etc. En la actualidad la medicina social es causa y efecto del derecho a la seguridad social y al derecho a la salud.

Dentro de la medicina social, las técnicas utilizadas son entrevistas domiciliarias, observación, motivación, sensibilización y relación profesional; y en su estructura metodológica se siguen procesos que parten de la investigación al tratamiento social. Sus procesos metodológicos son la investigación, diagnóstico, programación, ejecución, evaluación y educación; utilizando para esta última el trabajo con grupos, conferencias, programas, proyecciones, pláticas, exposiciones.

Las estrategias en que se basa son:

a) a Micro nivel

- conocer la cualidad de la problemática de las situaciones sociales.
- planear la acción sobre la base de lo conocido.
- producir transformaciones en lo subjetivo, es decir en las estructuras mentales de la gente.

b) a Macro nivel

- la transformación de las estructuras políticas, sociales y económicas a través de cambios en las estructuras mentales, es decir educación masiva. (Melendez, 1979).

Es así como trabaja la medicina social, integrándose a la sociedad, pero de manera completa, se involucra demasiado, lo que no sucede con las disciplinas afines a esta, ya que si lo hicieran se podrían obtener verdaderos y cumplir con el verdadero objetivo que pretende la medicina social.

Por otra parte, dentro del mismo modelo sociomédico se encuentra la Medicina Conductual relacionada con la psicología conductual a través de la constatación elemental que indica que el hecho de que las relaciones entre los agentes patológicos y los cuadros clínicos.

Como lo menciona la teoría conductista: "para cada estímulo existe una respuesta", tal vez esto haya sido de gran utilidad para la medicina, pero solamente como buscador del estímulo a la enfermedad, algo que la medicina conserva desde sus inicios como lo hemos podido observar. Sin embargo, parece ser que la medicina conductual solo pretende eso y la evitación de respuestas a dichos estímulos, y a las

mismas respuestas. Pero después; qué sucede cuando no puedas controlar tu ambiente?

La psicología conductual es la disciplina científica que tiene como objeto de estudio la conducta del individuo, entendida como la interacción entre éste y su ambiente. El individuo es considerado un ente formado y configurado por la historia de sus interacciones pasadas, por lo que en cada momento lo que interactúa con el ambiente es un producto de las sucesivas transacciones con él mismo.

La creencia de que los factores conductuales contribuyen a la prevención de la enfermedad y a la promoción de la salud ha sido recogida desde hace milenios en los escritos de importantes religiones y civilizaciones como China, Grecia y Roma (Mararazzo, 1984).

En principio los buenos hábitos y la evitación de los excesos de la medicina griega fueron considerados esenciales para una buena salud. No obstante, en cierto momento fueron capaces de darse cuenta de que los individuos podían tener algún control sobre su salud, en lugar de enfatizar el pensamiento mágico o culpar a los dioses de la enfermedad. El médico era visto como una guía que ayudaba al paciente a restaurar su equilibrio natural físico y emocional. Para los antiguos griegos, la salud era una mezcla armoniosa de los humores (sangre, flema, cólera, melancolía) y la enfermedad era considerada como una mezcla de disarmonía (Caballo, 1991).

La historia personal de vivencias y aprendizaje es vista como un elemento crítico para explicar las complejidades de las relaciones entre lesión y enfermedad. El individuo enfermo ya no es visto como un ente solo biológico, que responde reflejamente a las propiedades fisicoquímicas o energéticas de los estímulos lesionales, sino como un ente dotado de historia y de lenguaje, que corresponde también a las propiedades simbólicas o convencionales que estos estímulos han adquirido para él, en virtud tanto de su peculiar historia de aprendizaje de los miembros de su especie, que le es transmitida por herencia cultural (Arguera, 1988).

Esta no es la única modalidad de colaboración entre la medicina y la psicología; ni siquiera podemos pensar que sea la más frecuente o la más aceptada. Otra forma de convivencia es hacer de la psicología una disciplina auxiliar y pedirle solo servicios marginales, como exploraciones complementarias o tratamientos puntuales que acompañen los actualmente aplicados sin demasiado éxito.

Una forma de conceptualizar el desarrollo de la Medicina Conductual es considerar que representa un canal de comunicación entre un conjunto de disciplinas no conectadas previamente (Agras, 1982). Entre estas disciplinas se incluyen las ciencias conductuales y sociales, las ciencias biomédicas y las especialidades médicas.

La medicina conductual es el campo interdisciplinario relacionado con el desarrollo y la integración de la ciencia conductual y biomédica, así como con el conocimiento y de estas técnicas a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

Lo que le interesa a la medicina conductual son los cuadros crónicos, sin embargo en las enfermedades crónicas el paso del tiempo da lugar a que intervengan otros factores y otras influencias. Las principales manifestaciones de interés para la psicología dentro de este ámbito son los fenómenos o factores indicativos de invalidez y los requerimientos de cambios en los estilos de vida (Arguera, 1988).

La evaluación conductual puede utilizarse en los pacientes con dolor crónico para identificar conductas que necesitan un cambio para identificar variables actuales, ambientales u orgánicas que controlan la ocurrencia de la conducta.

Las técnicas de evaluación se focalizan sobre 3 categorías principales de conducta (Keefe, 1982):

a) Conducta motora externa; se evalúan a pacientes con dolor crónico, incluyendo conductas como actividad o ejercicio físico y conductas de dolor. Utilizando técnicas como entrevista conductual, auto-observación y observación directa.

b) Conducta cognitivo-verbales; dado el énfasis puesto en las variables cognitivas en la terapia de la conducta y el hecho de que el dolor es considerado por muchos como un fenómeno primariamente subjetivo. La investigación se focaliza en cogniciones/respuestas cognitivas; percepción/notificación del dolor; en los cuales incluye métodos como escalas de valoración, cuestionarios, perfiles de percepción del dolor; y respuestas afectivas.

c) Respuestas fisiológicas; dentro de los métodos de tratamiento que utiliza, están: la psicoterapia individual tradicional, la aproximación operante y la aproximación cognitivo-conductual, hipnósis y biofeedback (Caballo, 1991).

Ahora bien, la Psicología de la Salud y la Medicina Conductual son consideradas a menudo como sinónimos, lo que actualmente no parece ser correcto, ya que la Psicología de la Salud representa la contribución específica de la disciplina de la psicología a esta base de conocimiento y técnicas llamada Medicina Conductual. Quizás la distinción más importante entre la medicina conductual y la psicología de la salud sea la aproximación interdisciplinaria frente a la aproximación específica de la disciplina en lo referente a la salud y la enfermedad.

Para lo cual, Parmerleav y Brady (1979) definen a la Medicina Conductual como:

- 1.- El uso clínico de técnicas derivadas del análisis experimental de la conducta, para la evaluación, prevención, entrenamiento o tratamiento de la enfermedad física o disfunción fisiológica.
- 2.- El comportamiento de investigación que contribuye al análisis funcional y a la comprensión de la conducta asociada con los trastornos médicos y con los problemas en el cuidado de la salud.

Por su parte Matarazzo (1982), postula una definición de psicología de la salud que dice: "La psicología de la salud es el conjunto de las contribuciones educacionales, científicas y profesionales de la psicología para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, para la identificación de la etiología y los correlatos diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas, y para el análisis y mejora del sistema de cuidado y de formación de la salud".

El significado de esta definición es bastante claro, cualquier actividad de la psicología relacionada con cualquier aspecto de la salud, la enfermedad, el sistema de cuidado de la salud, o la formación de la salud es considerada dentro del campo de la psicología de la salud. Por tanto, la psicología de la salud se encarga de cuestiones básicas como:

-- Cuáles son las bases fisiológicas de la emoción y cómo están relacionadas con la salud y la enfermedad.

-- Pueden ser identificados los factores de riesgo conductuales de la enfermedad y cuáles son sus mecanismos de acción.

-- Qué es estrés.

-- Qué factores contribuyen al desarrollo de las conductas de salud y enfermedad.

-- Qué papel pueden jugar los psicólogos en el sistema de cuidado de la salud.

La psicología de la salud debe poder ser capaz de integrar datos de varios niveles de la psicología cuando se dirige a estas cuestiones básicas.

Al parecer la psicología de la salud es la mas cercana a cubrir los requisitos indispensables para un tratamiento completo que dará los resultados que se pretenden alcanzar. Su objetivo es un trabajo multidisciplinario en el que se toman en cuenta aspectos tanto emocionales, como biológicos y sociales; y de los cuales se realiza la integración que conforma a un individuo en conjunto, y no por separado.

La psicología de la salud nace en la República de Cuba (1969) como área científica marcando sus objetivos y su campo de acción, así como las limitaciones que tienen actualmente en el desarrollo de su actividad (Torres, 1986).

La actividad profesional encaminada a estudiar sobre aquellos aspectos de la esfera psicológica (aptitudes, concepciones, comportamientos, valores, hábitos, etc.) que faciliten la vinculación estrecha equipo de salud-población en un esfuerzo conjunto para identificar y dar solución a los problemas de salud que afectan a la población. Esto significa la inserción del psicólogo en las tareas de salud, con la finalidad de incrementar el nivel de vida de los habitantes de la comunidad, al mismo tiempo que lograr la plena integración al equipo de salud.

La psicología de la salud tiene como objetivos:

1.- sensibilizar y capacitar al equipo del área de salud en el empleo de algunos elementos técnicos y metodológicos de la psicología, necesarios para lograr y mantener una comunicación efectiva con los grupos de la comunidad.

2.- Motivar la participación de la población de acuerdo a sus posibilidades en los programas de salud, contribuyendo de esta manera a la toma de conciencia de la misma, de la importancia de su participación a través de reuniones con la comunidad o entrevistas con grupos representativos.

3.- Orientar las tareas encaminadas a transmitir conocimientos específicos de la salud a los representantes de la comunidad.

4.- Asesorar el trabajo de educación para la salud que realizan los diversos equipos del sector salud.

Las actividades que se plantean a realizar para lograr el cumplimiento de estos objetivos son:

a) orientar al equipo del sector salud y participar con ellos, en las actividades encaminadas a conocer y motivar a los representantes de las comunidades o de organismos de masas; fomentando la interrelación entre estos representantes y el equipo de salud, para llevar a cabo conjuntamente acciones de salud.

b) impartir al equipo de salud cursos o seminarios teórico- prácticos sobre psicología, haciendo énfasis en aspectos tales como: comunicación, formación y modificación de actividades, liderazgos y problemas de dirección de grupos; así como técnicas educativas individuales y de grupo dentro del marco de la educación continuada del personal profesional y técnico.

c) orientar, asesorar, evaluar y participar activamente en las labores educativas con la población.

d) participar activamente en las reuniones con la comunidad, para intercambiar opiniones sobre la misma problemática de salud que enfrentan, sus relaciones con las clínicas y centros de salud y su percepción o grado de satisfacción de la atención que reciben.

Los objetivos específicos y actividades mencionadas corresponden a las tareas a desarrollar por el psicólogo de la salud en el nivel primario de atención a la comunidad.

Asimismo, las áreas de interés fundamental o campos de acción de la psicología de la salud en los niveles de atención secundaria y terciaria, son:

- a) el estudio del desarrollo de la conciencia y motivación en salud en los individuos, constituyen elementos importantes para la obtención de conocimientos profundos de carácter explicativo acerca de los diversos fenómenos sociopsicológicos que determinan los diferentes comportamientos dentro de la población en relación a su propia salud.
- b) aspectos psicológicos de la reproducción y la sexualidad.
- c) estudios sobre el desarrollo psicológico del niño y del adolescente.
- d) estudios sobre el stress emocional y su relación con la enfermedad somática.
- e) estudios sobre la relación médico-paciente y su efecto sobre las respuestas del paciente a la enfermedad y a la cirugía.
- f) estudios sobre los aspectos sociopsicológicos de la preparación de servicios de salud y valoración de la población sobre los mismos.

De igual manera, un hecho histórico que ha tenido influencia sobre el desarrollo futuro de la medicina conductual y la psicología de la salud ha sido el interés de la sociedad en el campo de la medicina preventiva. En 1954, se proporcionó un aumento de la atención prestada a la prevención del cuidado de la salud, no obstante los factores conductuales y los estilos de vida no eran el foco de interés en ese momento.

En la década de los sesenta el campo se expandió rápidamente en 1973 el Jhon E. Fogarty International Center for Advanced Study In Health Sciences, constituyeron ocho tareas para analizar la medicina preventiva.

El énfasis se sitúa aquí tanto sobre la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, como sobre la inclusión de estilos de vida y conductas individuales como factores necesarios que prefiguran el tiempo venidero. Estos factores fueron cada vez más considerados durante la década de los setenta, es decir, se llega a considerar que las conductas juegan un papel importante en la etiología como en el mantenimiento de muchas enfermedades.

Es bien cierto que la medicina preventiva retoma aspectos que no hacen otras corrientes, como la psicósomática por ejemplo, pero al parecer la medicina preventiva podría ser una parte o una área de la psicología de la salud. Es aquí donde se puede notar el trabajo multidisciplinario que desempeñan la psicología y la medicina, ambas tienen un propuesta de solución al problema, sin embargo no han podido comentarlo y obviamente tampoco enriquecer el uno con el otro. La medicina preventiva en solo un aspecto de los muchos que la psicología de la salud retoma para su desarrollo.

Numerosos informes sobre la salud y la conducta se han publicado recientemente, y esto a dado como resultado la asunción de que la patogénesis , el tratamiento y la prevención de la enfermedad crónica no podía y no debía ser realizada únicamente por la biomedicina. El reconocimiento por la OMS de los factores conductuales, tales como estilo de vida, motivación, conformidad e interrelaciones psicofisiológicas ha tomado una nueva significación en nuestros esfuerzos hacia la prevención y el control de la enfermedad (Caballo, 1991).

El desarrollo de la psicología en el campo de la salud en nuestro país, es relativamente incipiente, hasta hace algunos años la labor del psicólogo en el ámbito de la salud se deba a través de incursiones en las instituciones del sector salud realizando tareas o programas educativos y de información para la población o bien realizando selección de personal o impartiendo cursos de relaciones humanas dentro del personal paramédico y administrativo, o aún ejerciendo como ayudantes de terapia o psicometrias en el área de salud mental junto al psiquiatra (Torres, 1986).

En la actualidad y en terminos generales, la actividad del psicólogo puede incidir en las areas de estudios sobre satisfacción de la población y hábitos de vida y salud;

investigaciones sobre características psicosociales de grupos de población en riesgo de enfermar, y de grupos de personas que padecen enfermedades crónicas, tales como hipertensión, diabetes, cardiopatías, etc.; problemas psicosociales asociados a la planificación familiar, el embarazo y el parto.

Sin embargo, en el curso de los últimos años la preocupación sobre el estado de salud del pueblo es lo que ha impulsado a pequeños grupos de psicólogos a abordar los aspectos psicológicos del proceso salud-enfermedad en su forma de manifestarse en los individuos desde diferentes enfoques y posiciones teóricas realizando trabajos en forma aislada que no les ha permitido hasta el momento integrar sus acciones, su metodología y procesos claramente como consecuencia de su objeto de estudio.

Como hemos podido ver, las aportaciones que cada una de estas corrientes hace quedan inconclusas debido a que se enfocan en aspectos aislados de lo que conforma al hombre en su totalidad. En los inicios de la biomedicina el hombre era meramente biológico al cual "se le cortaba la cabeza y su ambiente" en el que se desarrollaba, buscando sólo una disfunción dentro del organismo que lo alteraba en su totalidad.

En los supuestos avances con la psicosomática, se vuelve a caer en lo mismo solo que ahora puede también ser una disfunción a nivel cerebral, la cual viene exactamente dentro del mismo organismo.

Posteriormente se interesan sobre todos los aspectos externos, la vida social del individuo como posible causa de las enfermedades, pero cada profesionista con sus avances sin mezclarse con ningún otro, cada quien a su propia tarea, aunque quede inconclusa.

Realmente, ¿que avances ha tenido la medicina en no dividir al hombre, y que tanto ha permitido la colaboración de otros profesionistas a su tarea?, el concepto de hombre no ha cambiado, aún se sigue buscando un causa interna que se resuelva desde el interior mismo. Y ¿que sucede, cuando se habla de enseñarle al hombre a vivir con la enfermedad que no tiene cura?

Para Cristina Laurell, la salud y la enfermedad constituyen una unidad dialéctica, ya que no son más que dos momentos de un mismo fenómeno y que entre ellos se establece un relación de constante cambio.

Dada esta afirmación, una alternativa que se puede vislumbrar dentro de la investigación en salud es el de demostrar que la salud y la enfermedad son fenómenos colectivos, producto de su interrelación con el resto de los procesos sociales.

Así , se puede concluir que los niveles de salud de un población están determinados en última instancia por el nivel de desarrollo de las fuerzas productivas y por el tipo de relaciones de producción determinantes de cada época. Por otra parte, es importante que cualquier alternativa de solución que se plantea sólo podrá ser llevada a cabo por un cuerpo de profesionistas que, de forma multidisciplinaria, aborden el problema de la salud- enfermedad en sus diferentes aspectos. Dentro de este cuerpo de profesionistas se encuentra incluido el psicólogo, el cual hasta el momento, ha incursionado en programas educativos y de información para la población. Sin embargo, las posibilidades profesionales del psicólogo es este sector son mucho más amplias que las desarrolladas hasta el momento.

CAPITULO III

" RELACION ENTRE LA PSICOLOGIA Y LA ENFERMEDAD CRONICO-DEGENERATIVA "

En el capítulo anterior se habló de como la psicología se fué interesando en el área de Salud y como a partir de ello surgieron diferentes teorías que tenían como objetivo principal encontrar el origen de la enfermedad, pero después de conocer dichas teorías, es necesario conocer y hablar acerca de que elementos pretene abordae la psicología relacionados con la enfermedad y el hombre mismo; y de esta manera involucrarlos en el campo de la Salud para mejorar los resultados del tratamiento dirigido al enfermo crónico.

En la etapa actual del conocimiento del hombre, la ciencia de la mente y la ciencia del cuerpo utilizan aún lenguajes diferentes: conceptos, niveles de abstracción y modo de paroximación diferentes. En principio, los aspectos externos del hombre (sociales) requieren se abordados mediante la comunicación con el médico, la familia y los profesionistas inmiscuidos en el área, es decir el psicólogo, y el estudio de su sustrato neural sobre la observación y experimentación.

Aún cuando la mente no es vista como una sustancia aparte, sino como el conjunto de procesos que ocurren en los más altos niveles de integración del organismo, la conceptualización se dificulta porque la dicotomía cartesiana está arraigada a nuestro lenguaje (De la Fuente, 1992).

Por lo tanto, reconsideraremos que es enfermedad y a que se le ha llamado Salud. Para Barquin (1981), la salud o estado de bienestar se debe integrar con los componentes físicos y psicosociales, esto es, no solo se incluyen características particulares del hombre como especie humana, sino también por la interacción social, por la cultura. La percepción de bienestar es en gran parte aprendida y según las características de este aprendizaje es como cada individuo identifica su bienestar y su salud; de esta manera, también se ha podido llegar a los perfiles de normalidad del individuo sano.

Es cierto que cada enfermedad tiene características propias bien definidas que las diferencian unas de otras, esta características o elementos biológicos son básicos para un diagnóstico médico que para nada pueden suplirse; pero dentro del margen psicológico también existen otros elementos propios de cada enfermedad y diferentes en cada individuo, que el médico no puede identificar por sí solo, se requiere de otro profesionista que pueda asesorar al médico para ser identificados dichos elementos y tratados con quien corresponde esa parte, es decir, el psicólogo.

Ahora bien, Melendez (1979) habla de que, los elementos psicológicos son adjudicados y aprendidos por el individuo debido a los comentarios realizados tanto por el médico como por otros individuos que portan la enfermedad. La mayoría de los aspectos que forman parte de la vida del hombre, parecen ser aprendidos e interiorizados, aspectos tales como los sentimientos (amor, odio, tristeza, etc.), actitudes y demás.

Estos elementos que afectan el comportamiento del individuo y a su organismo, son los mismos que elaboran los estilos de vida que están directamente relacionados con la enfermedad y la manera de hacerle frente. Esto es lo que nos habla de la importancia del trabajo multidisciplinario, no es posible intentar que el individuo cambie su estilo de vida si el profesional que lo atiende no cambia su concepto de hombre y sus métodos de tratamiento.

La razón por la cual la medicina no puede confinarse a un intento de cambiar el estilo de vida del enfermo crónico y superar las necesidades biológicas específicas procede de la propia naturaleza de la dolencia; pues aunque es cierto que la medicina moderna considera la enfermedad como específicamente relacionada con alteraciones en órganos específicos del cuerpo, causadas por agentes específicos que afectan el organismo de modo previsible, casi nunca la situación es considerada de este modo por la persona que sufre la enfermedad o por sus familiares. Cuando un individuo está enfermo se siente mal como individuo completo y su enfermedad impregna todo lo que hace y siente.

Como se ha mencionado anteriormente, la medicina continúa utilizando un modelo biomédico que supone causas biológicas para la enfermedad, pero al individuo que puede importarle conocer la causa de su enfermedad si ya está impregnado e involucrado en la enfermedad, y ésta le ocasiona problemas y cambios en su estilo de vida, a él lo que le interesa es conocer como seguirá viviendo a partir de su enfermedad. Sin embargo a la medicina parece no ponderar que logros pueda tener el individuo dentro del ambiente familiar y social, sino que observa los logros de la medicina dentro del consultorio y dentro del mismo individuo (biológico).

Para Coe (1979), la enfermedad es entendida como un fenómeno objetivo caracterizado por la alteración del funcionamiento del cuerpo como organismo biológico. Aunque sus manifestaciones sean aparentes, las enfermedades son procesos ocultos que solo pueden comprenderse en cuanto que sus signos observables se relacionan con un conjunto de conocimientos sobre el modo en que trabaja el organismo humano y su concepto en el individuo.

Y por dolencia se entiende a un fenómeno subjetivo por el cual el individuo se da cuenta de que no se siente bien, y que, consecuentemente puede tender a modificar su comportamiento.

En contraste con la enfermedad, que es un concepto biológico, a dolencia es un concepto que siente el individuo en forma de un estado alterado de su percepción de sí mismo. Se siente enfermo y por ello puede actuar de modos distintos de los que podría esperarse normalmente de él (Coe, 1979).

Ahora bien, si la enfermedad fuera sólo un concepto biológico la medicina lo resolvería, por ser ésta la experte en el aspecto biológico. Pero que pasa si al hablar de dolencia como algo intensamente relacionado con la enfermedad y también como algo no objetivo que "siente" el paciente y que produce un cambio en su comportamiento. Como es posible que se incluya en el ambiente médico algo que no puede observarse pero que sin embargo el médico lo tome como parte importante de su diagnóstico. Es una contrariedad que un aspecto que sólo siente el paciente ocupe un lugar importante para él, cuando él mismo no acepta que la enfermedad es parte de los aspectos externos (sociales) del nombre y su proceso mental.

Puesto que generalmente los desórdenes físicos sobre los cuales el médico puede pensar y actuar según sus conceptos de enfermedad se encuentran asociados con los sentimientos de dolencia, ambas ideas suelen tomarse como sinónimos. Sin embargo, un individuo puede tener una enfermedad sin tener sentimientos de dolencia y sin que aquellos que le rodean noten en él un estado distinto del "normal"; así pues, puede tener lugar en un individuo un proceso de enfermedad sin que se produzcan síntomas reconocibles. El enfermo puede quejarse de sentirse cansado o no tener buen apetito, sin pensar que ello puede ser el resultado de un proceso de enfermedad dentro de su organismo, y más tarde cuando se manifiestan síntomas más pronunciados, se da cuenta que está enfermo y acude al médico.

El médico puede diagnosticar una enfermedad como cáncer e indicar que se tiene desde hace tiempo. Muchas enfermedades sobre todo las crónicas, comienzan de este modo; la falta de claridad y tipología de los síntomas producidos en las primeras etapas de la enfermedad, hace difícil la intervención médica antes de que el proceso patológico haya avanzado hasta un punto en que ya existe un daño importante (Coe, 1979).

Es difícil para el médico diagnosticar una enfermedad de tipo crónico y realizar una intervención antes de que en verdad se torne crónica la enfermedad, se reconoce entonces que es mucho más difícil dar al paciente la noticia de la enfermedad, ya que esto supone un cambio radical en él y su familia, un cambio en la calidad de vida. Ahora dentro de la noticia se necesita saber controlar la reacción del paciente a tal suceso, para lo cual el psicólogo puede brindar dicha ayuda; pero también brindarle un tratamiento completo y adecuado que permita al paciente aprender a vivir con la enfermedad sin afectar el estilo de vida realizado hasta antes de saberse enfermo, alargando el tiempo de vida propio y el de su familia. Esto es, tomando en cuenta que el estilo de vida interviene en el organismo dándole tranquilidad o bien alterándolo, es decir, las condiciones de vida y trabajo que hacen posible el fenómeno salud enfermedad.

En cuanto a distinguir entre dolencia como acontecimiento personal y como fenómeno social. La dolencia es un acontecimiento personal entanto cada uno de nosotros intenta evaluar por sí mismo el significado de cualquier síntoma que percibe, es decir, mientras no comunicamos lo que sentimos a los demás o lo que hacemos no es observado por otros, la enfermedad sigue siendo un acontecimiento personal. Por otra parte, la dolencia se convierte en un fenómeno social cuando se hace visible a otros y cuando les lleva a modificar el estilo de vida del individuo y de su familia. La dolencia llega a ser un fenómeno social que afecta no solo al individuo que la porta, sino a todos los que le rodean; pero que sucede si el médico la controla desde lo biológico y el psicólogo desde el exterior apoyado por la familia. De esta manera, dicho fenómeno no estaría tan presente y al no ser así, pues no transformaría el estilo de vida de ambas partes. El psicólogo de la salud se encargaría entonces de la calidad de vida del paciente y de su familia, en un tratamiento completo que incluye al médico y al psicólogo, de observar que su actitud ante la enfermedad no modifique totalmente el estilo de vida que llevaba hasta antes de la enfermedad y para esto se comienza desde dar la noticia y ser ésta aceptada con todo lo que represente, sobretodo aprender a vivir con ella.

Por su parte, De la Fuente (1992) nos dice que el dolor como un fenómeno que los humanos tiene gran complejidad y que, como la angustia, no solo ha de ser explicado sino comprendido. Para comprender el dolor no basta conocer su sentido biológico al servicio de la preservación del individuo, ni sus bases fisiológicas; tampoco basta considerar los aspectos conductuales explícitos, como lo hace la medicina conductual y la psicósomática. Es necesario incluir los aspectos externos y combinarlos como lo hace la psicología de la salud.

El dolor es una sensación desagradable para el individuo que lo afecta en su comportamiento y obviamente en su estilo de vida, a tal grado que el individuo que lo

sufre no puede olvidarse de su presencia y organiza su vida en torno al dolor, lo que propicia un cambio totalmente radical en sí mismo.

Pero que sucede si el dolor llegara a modificarse en torno al estilo de vida del individuo, podría ser que éste no pretendiera cambiar su estilo de vida en torno al dolor y a su vez cambiar el estilo de vida de la familia en torno al individuo. Esto es, si se lograra un cambio en la formación de los médicos y se le permitiera al psicólogo de la salud inmiscuirse tanto en la formación del médico como en el tratamiento del enfermo, podría también lograrse el cambio requerido por el individuo mismo y para su estilo de vida.

El dolor está muy influido por factores psicológicos, es sabido que las emociones fuertes causan una inhibición transitoria de la sensación de dolor; la herida no duele durante la pelea. La asociación del dolor con un cambio en la vida del individuo es un aspecto que influye totalmente en el comportamiento del individuo.

Hay personalidades más propensas que otras a sufrir dolor, y esto es significativo, pero más lo es el hombre que sufre dolor persistente o recurrente desarrolle un estilo de vida característico. Típicamente le ocurre que no puede retirar su atención del dolor, niega tener problemas que tengan relación con él y su demanda y consumo de analgésicos es exagerada. No puede prescindir de su dolor porque es el instrumento para ser cuidado y protegido, así como para seguir manteniendo autoestima. Así aún cuando el dolor tenga aspectos biológicos es frecuente que sean los aspectos psicológicos y sociales los que conviertan al individuo en un enfermo problemático y dependiente. En la enfermedad crónica existe un continuo enfrentamiento con la muerte lo que propicia que el sujeto no acepte un tratamiento "inútil para él" puesto que va a morir, que vaya perdiendo su autoestima y afectando a su familia con su actitud. En este aspecto el psicólogo tratará de hacer que el individuo acepte la enfermedad y aprenda a vivir con ella con calidad de vida, es decir seguir viviendo hasta que llegue el momento de morir.

Por esta razón se requiere de un tratamiento que integre el trabajo del psicólogo, para que de esta forma el individuo acepte su estado y comprenda la importancia de sentirse tranquilo hasta el momento de su muerte, además de contribuir con su familia en mejorar el estilo de vida que comenzará a llevar a partir de la enfermedad, pero como lo hemos mencionas anteriormente esto es solo será logrado con un verdadero trabajo multidisciplinario.

Para Caballo (1991), los individuos con dolor crónico representan un problema tanto social como individual en términos de su sufrimiento, del impacto sobre sus familias,

del tiempo de trabajo perdido, de los gastos médicos, de los costes asociados con la indemnización de la incapacidad y de la sobreutilización de los servicios del cuidado de la salud.

No se puede negar que el enfermo crónico no llegue a ser un problema tanto para la familia como en el aspecto laboral, pero sí se habla de que la enfermedad es un fenómeno social hasta que se le entera a otros de que existe; esta es una opción que solo pertenece al individuo que la porta y que puede evitarse. Por qué no dejar actuar a la psicología de la salud en el cambio de la concepción de enfermedad para el médico y a su vez para el individuo; esto provocará el cambio tanto para la familia como en el aspecto laboral, y sobretodo para el mismo individuo.

El primer presidente de la Asociación Internacional para el estudio del dolor, el Dr. J.J. Bonica (1974, en Caballo, 1991) ha llegado a decir que el dolor es: "uno de los problemas más urgentes de nuestro tiempo". A pesar de la prevalencia del dolor, de la existencia de éste desde el comienzo de los tiempos, y de los avances de la medicina, no hay actualmente un tratamiento útil que pueda mejorar de forma consistente y permanente el dolor de todos los individuos; por tanto, es el reconocimiento de que la gente sufre de un dolor persistente refractario al tratamiento médico estándar, a pesar de que su incapacidad es a menudo superior a lo que puede esperarse sobre las bases de la patología física identificada, lo que ha conducido a los investigadores clínicos a examinar otros factores, distintos de los fisiológicos, que pueden contribuir a solucionar el problema.

Puede que esté buscando una solución al problema, pero dentro del mismo aspecto médico sin tomar en cuenta que su formación como médicos no les permite encontrar aspectos que no sean biológicos aunque se pretenda. Esto se debe a que este aspecto no pertenece al médico, pertenece a otros profesionistas y a otra área, la psicología de la salud, pero tampoco por sí sola, sino con el trabajo en equipo.

El dolor es un enigma; la mayor parte de las personas conciben a éste como una señal o sensación desagradable. Este concepto particular es verdad para casi todo el dolor agudo de corta duración, que ocurre en respuesta a una lesión mecánica. No obstante en muchos casos de dolor crónico, no hay evidencia detectable que señale el daño de los tejidos; pero como estos individuos se quejan de considerables molestias y de agotamiento, a menudo se lleva a cabo con ellos tratamientos médico estándar, directamente sobre el dolor, como podrían ser medicamentos, descanso, cirugía y tratamientos similares. De hecho, muchos de los tratamientos efectivos en

el caso del dolor agudo, fracasan a menudo cuando son aplicados a individuos con dolor crónico.

Se ha llegado a considerar en los últimos años que el dolor agudo y el dolor crónico están causados probablemente por mecanismos distintos; así, los factores que generan dolor en los individuos con dolor crónico son bastante diferentes de aquellos relativamente simplistas que producen el dolor agudo. Por este motivo, muchos de los tratamientos que son efectivos en el dolor agudo son contraproducentes en el dolor crónico (Murphy, 1982; en Caballo, 1991).

Para los médicos el dolor es un aspecto normal, un indicador de la enfermedad y para el cual es importante un tratamiento que lo desaparezca. Tal parece que si no existe dolor no hay enfermedad, ya que por lo general la persona que no presenta dolor no es posible diagnosticarle una enfermedad al momento, de ahí que se exijan estudios de laboratorio para verificar si el paciente no está mintiendo.

A su vez, para el paciente el dolor es aprendido, como se ha mencionado antes, y algo que exige el médico en su diagnóstico, si el paciente no experimenta dolor no está enfermo. Pero ¿qué sucedería si de la misma forma que se les ha enseñado a sentir dolor, se les enseñara a no sentirlo aún estando presente la enfermedad?

Para cada individuo existe un contexto diferente de su ambiente laboral y familiar, un estilo de vida distinto para cada individuo, es por esta razón que no se pueda administrar el mismo tratamiento a todos los enfermos crónicos. Cada uno de ellos tiene una historia diferente que ha contribuido en su proceso de enfermedad, para que esta se desarrolle más o menos rápido que en otros, y de la cual se debe retomar los aspectos que deben intervenir en el tratamiento, elaborado con la pequeña contribución de cada uno de los profesionistas inmiscuidos en el trabajo médico y de salud, solo así se logrará obtener un tratamiento completo que proporcione resultados eficaces.

Algunos pacientes con dolor crónico sufren de un fenómeno de dolor aprendido, por el que el componente inicial de dolor, debido a algunos estímulos nociceptivos, recibió tal atención y refuerzo ambiental que la conducta de dolor emitida por el individuo continuaba incluso después de que el daño se hubiera cesado. Esta forma de dolor crónico es generado primariamente por aspectos del comportamiento mas que por daño físico o problemas psiquiátricos; individuos que se quejan de dolor

crónico no parece tener evidencia significativa de daño biológico; de tal forma que cuando se emprende una evaluación psicológica estas personas muestran a menudo considerables problemas psicológicos subyacentes. Cuando estos problemas psicológicos son tratados el problema de dolor mejora considerablemente.

Este es un indicio de la importancia que tiene la psicología en la reducción del dolor y otros aspectos relacionados con la enfermedad; por lo tanto se hace necesario un cambio en la formación de los médicos para que comprendan que los aspectos sociales y psicológicos son tan importantes, o más, como los biológicos, ya que de ellos depende que se desarrolle la enfermedad, su evolución y tratamiento, hasta podría decirse que la manera en que llegue a tomar la muerte.

También se ha observado que las quejas de dolor son comportamientos, es decir, la debilidad, los gestos, la ingesta de medicación, las quejas de dolor, las visitas al médico, etc., si todos estos comportamientos son bien vistos por el médico, el individuo los sigue emitiendo incluso después de que el problema cese; o bien pueden continuar si esto funciona como algo que puede hacer al individuo escapar de demandas o responsabilidades desagradables (Donker, 1990; en Caballo, 1991).

Por tanto el dolor crónico puede ser debido a causas biológicas, psicológicas o sociales, sin embargo, a menudo el dolor crónico será el resultado de una mezcla de todas ellas.

Por otra parte, es importante anotar que el diagnóstico de dolor cuando es realizado por medio de instrumentos psicológicos no es realizado por exclusión de las causas biológicas, sino que debe de haber también una evidencia adecuada para este diagnóstico a partir de la evaluación psicológica y entrevistas clínicas. Las técnicas que han sido más utilizadas para el tratamiento del dolor son la hipnosis, condicionamiento operante, biorretroinformación y acupuntura (De la Fuente, 1992).

El estar enfermo es un cambio en el estilo de vida del individuo que repercute en su trabajo, su familia y su comportamiento, por lo tanto cada individuo debe desarrollar aspectos y elementos para enfrentarse con la enfermedad y su comportamiento.

Por otra parte, autores como Henderson y Parsons (En Coe, 1979) consideraron la relación médico-paciente como un caso especial de relación social gobernada por series de normas explícitas relativas al comportamiento de ambas partes. Sus

análisis se centraron sobre la manera en que complementan mutuamente los comportamientos del médico y los del paciente, contribuyendo al funcionamiento de la relación.

En este modelo puede ser apropiado para el análisis del tratamiento de problemas agudos, en cuanto que dicho tratamiento puede reducirse a un breve periodo, y con resultado satisfactorio mediante una intervención terapéutica específica. Las enfermedades crónicas requieren no solo uno sino muchos modos de terapéutica y largos periodos de tratamiento; el éxito del cuidado médico de las enfermedades crónicas ha sido mucho menos efectivo que en el caso de las agudas. Así, las enfermedades crónicas no siempre parecen ajustarse a un modelo.

Independientemente de que se trate de enfermedades agudas o crónicas, el médico no tiene una buena relación con el paciente, es más ni siquiera se puede hablar de una relación médico-paciente, cuando el médico nunca permite hablar al paciente de otra cosa que no sean sus síntomas, ya que lo único que le importa es encontrar la causa biológica y proporcionar el calmante o la "cura". Después de esto no tiene por qué escuchar problemas familiares o emocionales.

Entonces que pasa si el médico solo encuentra resultados eficaces en las enfermedades agudas, se podría suponer que en el caso de las crónicas debido a que no existen resultados, tampoco se realizan tratamientos adecuados porque son periodos largos de cuidado sin éxito. Si es así, por qué el médico no acepta que su trabajo depende también del trabajo de otros profesionistas, y que no por permitir ser ayudado pueda perder la importancia que tiene como eje rector en el área de Salud.

Junto a las presiones de grupo y los factores culturales existe una gran cantidad de factores psicológicos. El miedo y la ansiedad suelen acompañar la aparición de comportamientos indefinidos. Algunas enfermedades, tales como el cáncer producen más miedo que otras como la gripe o la diabetes, sin embargo, existe un aspecto psicológico llamado "ganancia secundaria" que se refiere a la posibilidad de que la enfermedad puede representar un descanso de estilos de vida arduos y un modo de obtener atención de los demás. El ser atendido conlleva a una situación de dependencia, estado culturalmente desaprobado por los adultos; así pues, esta ambivalencia de comportamientos se convierte en otro problema.

En las enfermedades crónicas, el paso del tiempo da lugar a que entervengan otros factores y otras influencias, ya que el cuadro en gran medida se socialice o se humanice.

Las principales manifestaciones de interés para la psicología dentro del ámbito de la medicina son los fenómenos, factores indicativos de invalidez y los requerimientos de cambios en los estilos de vida. En segundo lugar, aparece en los cuadros crónicos una nueva categoría de aspectos mantenedores, también denominados etiológicos secundarios, muchas veces consisten precisamente en las modificaciones que en el estilo de vida las relaciones interpersonales impone el cuadro (Arguera, 1988).

La mayoría de las enfermedades tienen una etiología multifactorial muy compleja. Los factores sociales y psicológicos son importantes en la etiología de la enfermedad y por lo tanto repercute en su comportamiento, hábitos, estilos de vida y las opciones personales, mediante las que el individuo selecciona o transforma este mismo estilo de vida.

La enfermedad crónica tiene una larga evolución y suele presentar complicaciones recidivas o brotes muy frecuentes. Cuando la enfermedad es incapacitante amenaza gravemente el estilo de vida llevado hasta ese momento, es decir, la pérdida de capacidades, la imagen ante la familia y el aspecto laboral, lo que lleva a que el individuo comience a aislarse y a cambiar totalmente el comportamiento presentado con anterioridad. La capacidad de un cambio en el individuo ante la respuesta a la enfermedad depende más de los recursos y características del estilo de vida del paciente y del grado de incapacitación, que del tipo de enfermedad (Arguera, 1988).

Parece ser que la vida del paciente crónico depende más de los aspectos psicológicos que de los biológicos, es decir, el tipo de comportamiento que se tome ante la enfermedad, determina los estilos de vida de sí y su familia, así como las diversas opciones para aprender a vivir con la enfermedad.

Con esto no se deja a un lado la importancia del tratamiento médico, pero como ya se ha mencionado, no parece brindar buenos frutos y por lo tanto, es evidente que se requiere de algo más que químicos. Es decir, se requiere de un cambio en la formación de los médicos que los haga comprender la importancia del trabajo multidisciplinario y que no dejarán de ser el eje rector en la solución de un tratamiento completo.

Aceptar la enfermedad y aprender a vivir con ella es el primer objetivo, pero difícil de alcanzar sin tratamientos resolutivos, así como también es difícil la prevención primaria cuando sólo se tienen medios de eficacia modesta, muy costosos y difíciles que deben incidir en hábitos, estilos de vida o factores sociales.

Los factores sociales, así como los psicológicos de cualquier procedencia y en cualquier combinación, juegan una parte importante en el modo como el individuo define su situación ante la enfermedad, permitiéndole cambiar su estilo de vida, o más bien adaptar la enfermedad al que ya tenía.

Barker (En Coe, 1979) y colaboradores, señalaron que la gente al ponerse enferma experimenta una visión reducida de su mundo. El mundo del individuo enfermo no sólo se empequeñece en sentido físico, sino que se hace menos diversificado y exigente; en segundo lugar, la preocupación del individuo por su enfermedad tiende a enfocar su atención sobre su condición corporal, con exclusión de otras preocupaciones que normalmente le interesan. La atención y preocupación por su cuerpo y su estilo de vida tiende a ser mayor de lo normal volviéndolo apático.

La etapa de convalecencia es donde comienza a recuperar sus fuerzas y renueva su interés por el mundo exterior, como consecuencia suele intentar levantarse o volver al trabajo demasiado pronto.

Si se menciona que existe una etapa de convalecencia donde el individuo intenta integrarse a su estilo de vida anterior a la enfermedad, entonces podemos hablar de que es posible un tratamiento que pueda enseñar al individuo a vivir con la enfermedad y adaptarla a su modo de vida anterior; además si se habla de una etapa en donde el único interés del individuo es él mismo, esto podría ser un instrumento valioso para trabajar en la adaptación de la enfermedad al estilo de vida, y sobretodo de que existe una estupenda colaboración por parte del enfermo. Si se tiene la participación del enfermo y del psicólogo, entonces solo falta la del médico.

Por su parte Lederer (Coe, 1979) describió el período de enfermedad aceptada incluyendo factores estudiados por Barker, es decir, incluye la reducción del interés por otra cosa que no sea él mismo, depender de los familiares para realizar diversas actividades; después cuando el tratamiento termina, comienza la etapa de convalecencia donde se debe de enfrentar al restablecimiento de su independencia como adulto, la reincorporación a su estilo de vida y comportamiento.

Y Suchman (En Coe, 1979), divide la experiencia en más etapas que describe en terminos de factores sociales, culturales y psicológicos, dichas etapas son: la experiencia de los síntomas, aceptación de la enfermedad, contacto con la asistencia médica, estilo de vida a partir de la enfermedad, recuperación y rehabilitación.

En estos autores también el interés por que el individuo acepte la enfermedad y la adapte a su estilo de vida está a flor de piel, entonces por qué no aceptar que cada profesionista que interviene en el área de salud debe contribuir con un poco de su trabajo, que no sólo logrará elevarlo como profesionista sino que logrará elevar el estilo de vida de un individuo que está dispuesto a colaborar.

Los aspectos psicosociales de la enfermedad nos son menos reales que sus aspectos biológicos. Si bien la experiencia de una persona cuando enferma es única, hay ciertos elementos que son comunes en muchos enfermos que sufren un transtorno severo, como por ejemplo, el estrechamiento del interés por lo que le rodea, y por el contrario su fijación en sí mismo, el temor hacia los cambios que propicie la enfermedad en su estilo de vida y la protección y apoyo de sus familiares.

Algunas personas describen sus síntomas en términos escuetos o muy inadecuados, otros necesitan comunicar sus síntomas con gran minuciosidad y nunca están seguros de haber sido suficientemente explícitos; otros mas expresan su preocupación en términos corporales, por ejemplo, dolor, espasmos, etc. Esto nos hace recordar a la medicina psicosomática y su modelo biomédico, pero mejor por qué no recordar a la psicología de la salud, que se encarga de las bases fisiológicas de la emoción y como son relacionadas con la salud y la enfermedad, de la identificación de los factores de riesgo de enfermedad y sus mecanismos de acción y los factores que contribuyen al desarrollo de las conductas de salud-enfermedad. Si estamos hablando de un proceso de comportamiento del individuo enfermo y de su causa etiológica, por qué seguir buscando una respuesta en la medicina, si ella misma expresa que no ha encontrado una respuesta y mucho menos un tratamiento adecuado.

Para el individuo enfermo poder ofrecer a sí mismo una explicación de los orígenes y mecanismos de su enfermedad ofrece a muchos de ellos la confortante creencia de tener dominio sobre la enfermedad y sus consecuencias.

Por otra parte, la familia influye de modo favorable o desfavorable en el comportamiento del individuo hacia su enfermedad y su tratamiento. A esto habría que agregar que en la vida familiar suelen encontrarse algunos de los elementos que nos permiten comprender el origen de la enfermedad.

Con frecuencia es conveniente discutir con un familiar responsable la enfermedad, sobretodo si ésta es severa o si el tratamiento implica riesgos importantes. En general, la explicación franca favorece la adopción por los familiares de actitudes realistas y moviliza positivamente los recursos emocionales y psicológicos de la familia.

Como consecuencia de la enfermedad de uno de sus miembros ocurren cambios en la familia, tales como una mayor responsabilidad para otro en el manejo de la casa, cambios de funciones sociales, la supresión de actividades recreativas, la necesidad de que la madre busque un empleo, cambios en los planes para la educación de los hijos, cambios en el nivel de vida, etc. Es por esto que el tratamiento dirigido al enfermo crónico no solo debe enfocarse en éste, sino en toda la familia para que de esta manera los familiares se involucren en el estilo de vida de individuo enfermo y el propio, ya que sólo así la psicología de la salud va a poder inmiscuirse en el trabajo médico, y no solo en éste sino en la formación de los médicos y otros profesionistas involucrados en el área de salud, formando un concepto de hombre no solo biológico, sino también psicológico y social.

Por otra parte, el paciente moribundo, según Lipkin (1984), teme perder su derecho a la vida, libertad y felicidad; el cambio en su estilo de vida y la aceptación de la enfermedad constituyen un fuerte impacto en el individuo.

El individuo puede o no conocer su diagnóstico y la verdad sobre su condición, pero independientemente de esto, el individuo siente que algo no marcha bien y puede o no aceptar la enfermedad y la muerte.

El doctor Kubler Ross, ha observado que en el proceso de muerte se pasa por diversas etapas; al principio el paciente niega lo que sucede y se resiste a aceptar la enfermedad, o incluso puede optar por consultar a otro médico con la esperanza de obtener otra respuesta. Enseguida trata de regatear unos años más de vida y en el

momento en que se percata que está en las últimas etapas de su vida acepta la muerte y se tranquiliza. También puede asumir un comportamiento ofensivo y hostil, y quejarse ruidosamente sin motivo aparente.

Todos estos aspectos requieren ser disminuidos y controlados por medio de que el individuo llegue a aceptar su enfermedad y adapte ésta su estilo de vida por medio del médico y del psicólogo de la salud. Estos cambios serán producidos solo si también se producen cambios en los profesionales de la salud, es decir, en su formación como tales debido a que son ellos quienes van a proporcionar los instrumentos necesarios para el individuo enfermo. La psicología de la salud, como se mencionó en el capítulo anterior, es la más cercana a cubrir los requisitos indispensables para un tratamiento completo que daría los resultados que se pretenden alcanzar ya que su objetivo es el trabajo multidisciplinario en el que se toman en cuenta aspectos tanto emocionales, como biológicos y sociales; y de los cuales se realiza la integración que conforma a un individuo en conjunto o por separado.

Así, se hace necesario retomar que el hombre no es solamente un ente biológico, sino que como lo indica De la Fuente (1992), la mente, el conjunto de funciones mentales y sus contenidos, así como el cuerpo constituyen una unidad funcional.

CAPITULO IV

**"ANALISIS DE LAS DIFERENTES ALTERNATIVAS QUE LA PSICOLOGIA
PROPONE PARA ABORDAR LA ENFERMEDAD CRONICO-DEGENERATIVA"**

En el capítulo anterior se habló de los elementos que retoma la psicología en relación a las enfermedades crónicas; ahora se hablará de las alternativas de tratamiento que propone la medicina para las enfermedades crónicas y las alternativas psicológicas para las mismas.

Dentro del campo de la medicina, el desarrollo de un tratamiento eficaz para el cáncer ha sido un objetivo importante de la investigación biomédica. Como resultado directo de los esfuerzos de investigación, algunos tipos de cáncer han pasado de ser mortales a curables; mientras que el progreso en el tratamiento de otros ha sido frustrante.

En el campo de la medicina el tratamiento para el cáncer según Slapac (En Harrison, 1994) , consta de tres principales métodos entre otros :

1.- La Cirugía, como la primera modalidad utilizada en el tratamiento del cáncer, data de antes del siglo XIX. Tras el desarrollo de la anestesia con éter (en los años 40 del siglo XIX) y los principios de la antisepsia (años 60 del mismo siglo). A principios de este siglo, la cirugía era el único tratamiento para el cáncer del que se disponía que proporcionaba una significativa supervivencia sin enfermedad. La cirugía sigue siendo el único tratamiento curativo en muchos de los tumores sólidos más frecuentes. La cirugía es un método eficaz para curar pacientes cuyos tumores se limitan a determinadas localizaciones anatómicas; sin embargo, cuando acuden, solo un 25% de los pacientes que presentan cáncer limitado y susceptible de un tratamiento quirúrgico solo.

2.- La Radioterapia, que es una modalidad local y su utilización depende de la radiosensibilidad inherente del tumor y de los tejidos normales adyacentes. Idealmente la radioterapia destruirá el tejido canceroso causando una mínima alteración de las estructuras normales circundantes.

La radioterapia se lleva a cabo por un equipo de enfermeras, especialistas en dosimetría, médicos y oncólogos radioterapéutas. Un ciclo de radioterapia va precedido por la simulación con una localización tumoral radiográfica adecuada; la colocación del paciente durante la simulación debe reproducirse exactamente igual en cada tratamiento para asegurar la exposición tumoral máxima con las mínimas complicaciones. Y dentro de las complicaciones se encuentran reacciones cutáneas con eritema y descamación; toxicidad gastrointestinal con náuseas, vómito, diarrea, anemia, etc.; si los síntomas se convierten en un problema durante el tratamiento puede ser necesario reducir temporalmente las dosis fraccionadas para permitir la reparación del tejido normal.

3.- La Quimioterapia, que es el tratamiento primario de que se dispone en las enfermedades malignas diseminadas, tiene un papel significativo en el tratamiento del cáncer; sin embargo, en varios tumores solidos posee solamente una actividad menor.

Se administra después de una resección quirúrgica definitiva a un paciente que no muestra signos clínicos, radiológicos ni patológicos de enfermedad maligna residual. La quimioterapia suele requerir múltiples ciclos de tratamiento. La era moderna del tratamiento quimioterapéutico en las enfermedades malignas comenzó después de la observación en la Segunda Guerra Mundial de que la exposición al gas mostaza producía hipoplasia de la médula ósea.

Por su parte Cecil (1994), nos dice que es necesario definir claramente una estrategia terapéutica para cada paciente con cáncer, una vez establecido el diagnóstico, se clasifica la etapa del tumor y se valora la situación total física, fisiológica y social del paciente.

Esta estrategia que con frecuencia la proyecta mejor un grupo multidisciplinario que valorará las posibilidades de curación y considerarán las diversas opciones terapéuticas y sus efectos indeseables, precisando el mejor tratamiento.

Como se puede ver, para Harrison el trabajo es sólo del médico aunque tenga repercusiones tanto físicas como psicológicas, que obviamente no son tomadas en cuenta. Sin embargo para Cecil es importante el trabajo multidisciplinario para que con éste se llegue a un mejor resultado de tratamiento tanto físico como psicológico para el enfermo y su familia.

Dicha importancia Cecil (1994) la cita en la siguiente frase, "siempre que sea posible, el cáncer debe tratarse según protocolos estandar como parte de un estudio clínico terapéutico revisado, como por ejemplo, grupo operativo".

Ahora bien, dentro de los cuidados de apoyo se encuentran los programas encaminados para quienes reciben quimioterapia agresiva por leucemia y otros transtornos han originado adelantos satisfactorios en los índices de curación al anticipar, contrarrestar complicaciones potencialmente mortales. Los cuidados de apoyo generales requieren vigilar las necesidades nutricionales, de rehabilitación, psicosociales y de analgésicos; ya que las náuseas y vómitos importantes por la

quimioterapia combinada pueden ser los principales factores en la adaptabilidad de los pacientes por el deterioro importante en la calidad de vida que originan estos fármacos potentes.

Como se ha visto, Cecil habla de un deterioro de la calidad de vida provocado en parte por el tratamiento médico y de la necesidad de apoyo psicológico; el cual obviamente, no puede ofrecerlo un médico. Así, el mismo médico acepta la necesidad de un tratamiento multidisciplinario en donde el psicólogo tiene una gran e importante participación.

En lo que se refiere al tratamiento psicológico, la corriente conductual tiene como objetivo ayudar a los pacientes, independientemente de las causas y el deterioro que presenten, a desarrollar al máximo las capacidades que aún conservan. Es decir, recuperar la competencia física, psicológica, social y económica de que es capaz (De la Fuente, 1992).

Dentro del cuadro de las enfermedades crónicas y la corriente conductual, la actuación del terapeuta puede ir dirigida en dos sentidos (Arguera, 1988) :

- a) eliminar un patrón de comportamiento, y
- b) implantar o potenciar un determinado estilo o patrón de conducta.

Para Arguera (1988), algunos de los principios y técnicas más característicos de los tratamientos conductuales son los siguientes:

1.- Todo tratamiento conductual se establece a partir del nivel de comportamiento de interés que el paciente presenta en el momento de iniciar el mismo.

2.- Un tratamiento conductual se basa en objetivos realistas, progresivos y claramente especificados; es decir, realista como las posibilidades actuales del paciente y de que, puedan ser alcanzados en un tiempo razonablemente breve; progresivos, como un proceso de aprendizaje en grados sucesivos de complejidad y exigencia, siempre asegurando el cumplimiento y garantizando el mantenimiento de

los resultados conseguidos en cada fase; y especificación con cumplimiento de las prescripciones médicas de cualquier índole.

3.- Basarse en la funcionalidad de las medidas como de los objetivos terapéuticos; es decir, utilizar indicadores del nivel de competencia y funcionamiento real del paciente en su vida habitual.

4.- La visión psicológica que explica el comportamiento por sus relaciones funcionales con el contexto temporal y situacional en que se produce lleva a considerar como elemento constitutivo de todo tratamiento las influencias que sobre una conducta tienen los factores ambientales y a incidir en el ambiente tanto físico como social del individuo para conseguir estos cambios.

5.- Siempre que se trate de eliminar un comportamiento es necesario tener presente la norma de acompañar la eliminación de una conducta con la simultánea y deliberada potenciación de una conducta alternativa.

Asimismo, la curación de la enfermedad es el primer objetivo, pero difícil de alcanzar sin tratamientos resolutivos; así como también es difícil la prevención primaria cuando solo se tienen medios de eficacia modesta, muy costosos y difíciles, ya que deben incidir en hábitos, estilos de vida o factores ambientales.

Según Arguera (1988), el esfuerzo asistencial de estos pacientes se debe centrar en :

1) mejorar el cuadro clínico, disminuir molestias y disfunciones, parar o retrasar en lo posible el avance y las recidivas del proceso.

2) evitar o retrasar complicaciones.

3) restaurar las funciones y capacidades fisiológicas, motoras sensoriales, mentales, laborales, familiares y recreativas perdidas o disminuidas.

4) conseguir el máximo nivel de autonomía y reinserción social.

5) contribuir a una buena adaptación del paciente y de sus familiares a la enfermedad.

6) obtener un buen cumplimiento de las normas, tratamientos y controles necesarios, especialmente en enfermedades poco sintomáticas.

Es importante implicar al paciente crónico en la selección y control de su propio tratamiento; la asistencia de estos pacientes es larga y compleja, y conviene discutir y valorar con el paciente el plan asistencial, así como informarle de las razones, objetivos, ventajas e inconvenientes de las medidas a tomar y de sus posibles alternativas.

De esta manera el tratamiento meramente médico tiene reacciones fisiológicas posteriores, es decir, se tiene un tratamiento para el cáncer pero con un costo de deterioro físico aunado al de la enfermedad misma que conlleva a la suspensión del mismo, o bien a otro pequeño tratamiento extra. Y en cuanto a un modelo conductual, éste se preocupa de la eliminación de conductas que trunquen el desarrollo social y familiar del individuo, pero ¿qué hay después de la eliminación de conductas?

Si tan solo la medicina acepta que esto va más allá de la simple eliminación del dolor y la enfermedad, o la supresión de conductas y la implantación de un nuevo rol de conductas. Es decir, enseñar a vivir con la enfermedad con su propio estilo y su propio rol de conductas.

Por otra parte, de los estudios e investigaciones que se han realizado acerca de el tratamiento y calidad de vida para los enfermos crónicos se encuentran los siguientes, entre otros :

Spiegel, et al. (1989), realizó una investigación en la que se tenía como objetivo conocer si los efectos de un tratamiento psicosocial podía alargar la supervivencia del enfermo con cáncer y mejorar su calidad de vida. A estos pacientes se les intervino con un tratamiento de cuidados de rutina oncológica a otro grupo, a otro grupo se le encaminaba a expresar sus sentimientos acerca de la enfermedad y los efectos de la misma sobre sus vidas, esto se obtuvo tomando la autohipnosis y que los pacientes conocieran que sus relatos ayudaban a otros enfermos y a sus familiares a sobrevivir. Ambos tratamientos se llevaron a cabo por cuatro años.

En los resultados se encontró que aquellos pacientes que recibieron un tratamiento psicosocial mejoraron su calidad de vida y prolongaron sus supervivencia, debido a

que dicho tratamiento reducía la ansiedad, depresión y a aceptar el proceso de la enfermedad.

En este estudio se promueve la participación del trabajo del psicólogo como algo importante en el tratamiento ya que éste es el único que puede manejar los elementos psicológicos necesarios para la supervivencia del enfermo crónico.

Por su parte Pelosi, Anthony y Louis Appleby (1992), nos hablan acerca del tipo de tratamiento o terapia que llevaron a cabo 2 psicólogos, el profesor Eusenck y el profesor Grossarth en 1965, con 1353 personas con cáncer. Estos psicólogos utilizaban terapia psicoanalítica para hacer cambiar la personalidad (calidad de vida) del paciente, hacerlo conciente en su enfermedad; encontrando que los pacientes que tomaban terapia psicoanalítica, de relajación y mezclaban elementos cognitivos podían prolongar su vida hasta 10 años con la enfermedad.

Esto se realizaba a través de un cuestionario de 8 preguntas que tenían que responderse emocionalmente y 4 ó 5 horas de discusión de las mismas (biblioterapia).

El último estudio fué en 1972-1974, posteriormente se encontró que los resultados fueron alterados y no se dió credito a los estudios.

Por otra parte, el Dr. Gustavo Montejo en 1992 escribió un ensayo acerca de la creciente incidencia del cáncer en México y las ventajas que ofrece la medicina paliativa en el mismo. Este ensayo nos indica que la OMS define los cuidados paliativos como el cuidado activo y total de los pacientes en el momento en que su enfermedad no responde a las medidas curativas. El principal objetivo es el control del dolor y otros síntomas, así como los problemas sociales y espirituales. La meta del apoyo paliativo es ofrecer la más alta calidad de vida posible al paciente y a su familia. Dicho cuidado ofrece:

-- afirma la vida y considera como normal el proceso de morir.

-- ni acelera, ni pospone la muerte.

- provee alivio del dolor y otros síntomas .**

- integra los aspectos psicológicos y espirituales del cuidado del paciente.**

- ofrece un sistema de soporte para ayudar al paciente a vivir lo más activo posible hasta el momento de su muerte.**

- ofrece un sistema de ayuda a la familia para afrontar de la mejor manera la enfermedad del paciente y el duelo.**

Este ensayo menciona también que dicho tratamiento no se ha podido aplicar de manera completa, se ha enfocado únicamente al alivio del dolor tomándolo como la necesidad más urgente (situación ya antes mencionada en el capítulo anterior); ya que estos programas se han encaminado a pasos muy lentos y no se ha considerado el manejo integral del paciente por falta de profesionales dedicados al área de salud.

Si no se han encontrado profesionales capaces o dedicados al área de salud ¿dónde se encuentra el psicólogo? no será acaso que no se han buscado o que se pretende todo el crédito sin compartirlo con nadie.

Así, en 1994 Kinzbrunner realizó un estudio en el que el objetivo era encontrar si a la gente con cáncer le interesaba tener una terapia larga o corta. En este estudio se realizaron encuestas con los pacientes que asistían a terapia (53%) y se encontró que el 1% prefería una terapia corta debido a los problemas y gastos que se implican, y un 40% prefería una terapia larga debido a que piensan que se tiene una mayor probabilidad de cura. En este estudio no se habla del trabajo del psicólogo únicamente se menciona a gente voluntaria sin ninguna formación para el cuidado de los enfermos.

En otro estudio Roseblum (1994) se dirigió a conocer la importancia de escuchar a la gente con cáncer y su importancia en la terapia; esto se llevó a cabo mediante la discusión entre especialistas en Oncología; de lo cual se encontró que como medida terapéutica es importante que el paciente hable acerca de su enfermedad y sobretodo que el médico conozca como dirigir dicha conversación. No se menciona en este estudio la participación del psicólogo en ningún aspecto a pesar de que se habla de la importancia de saber dirigir la conversación de alguien que habla de su propia experiencia ante la enfermedad.

Por su parte Walter C. Cheng y cols. (1994) realizaron una revisión acerca de las necesidades psicosociales de la familia de un paciente terminal; esto se llevó a cabo mediante entrevistas tanto al paciente como a la familia para observar y detectar como el enfermo ha afectado sus vidas. Se encontró que el enfermo influye como un factor estresante dentro de la familia, es decir comienzan a aparecer síntomas depresivos y es una carga social y económica. Este autor habla de la intervención de un trabajador social, e indica los elementos psicológicos a tratar en el enfermo y la familia, pero no inmiscuye al psicólogo en dicho rol.

Roger, C. y cols. (1995), describen los avances encontrados sobre cáncer conciente y autoanálisis en hombres y mujeres; para esto se aplicaron cuestionarios para conocer y completar el conocimiento de las personas acerca del cáncer testicular y de pulmón. Se encontró que ambos grupos mostraron deficientes conocimientos acerca de los factores de riesgo y autoanálisis. Tampoco es este estudio se habla de la participación del psicólogo, aunque se tomen en cuenta elementos psicológicos como es el conocimiento de sí mismo.

En otro estudio Malcaine, V. y cols. observaron si existía relación entre el agotamiento psicológico y el diagnóstico inmediato de cáncer, en este estudio se tomó a 72 adultos a los cuales se le ha diagnosticado cáncer recientemente; se les reclutó en 3 clínicas diferentes y se pidió su consentimiento para su participación en dicho estudio, el cual tenía un seguimiento de 4 meses y entrevistas de 1 ó 2 horas con ellos. De esto se encontró que los sentimientos de culpa y el agotamiento psicológico sólo suceden un corto tiempo después de la noticia. Para este estudio se inmiscuyen elementos psicológicos como el sentimiento de culpa y la depresión, aunque no se inmiscuye el trabajo del psicólogo y su importancia.

Por su parte Lara, M.; Ponce de León y De la Fuente, R. (1995) realizaron una revisión acerca del término "calidad de vida" analizando el concepto, propósitos e instrumentos de medición de la misma en pacientes con cáncer.

Ellos llegaron a la conclusión, referente al concepto, que la calidad de vida es la evaluación global que el sujeto hace de su vida, y depende tanto de las características del sujeto (demográfica, personalidad, valores, etc.) como de moduladores externos, como es la enfermedad y del tratamiento que ésta requiere. menciona también que es necesario evaluar este aspecto para evitar intervenciones que puedan causar sufrimiento o daño innecesario físico o mental; y en el caso de las enfermedades crónicas no se debe abocar sólo a salvar la vida, sino a mitigar el sufrimiento y el dolor, es decir la calidad de vida. Y en cuanto a los instrumentos, mencionan que no son totalmente satisfactorios debido a que no todas las personas tienen la mismas necesidades psicológicas o sociales.

Como se puede ver, en la mayoría de los estudios anteriores, sino es que en todos, los elementos psicológicos son tomados en cuenta con tal importancia para el éxito del tratamiento en enfermedades crónicas pero sin tomar en cuenta el profesional que participa en dicho tratamiento y que maneja dichos elementos; se habla de gente voluntaria, se habla de trabajadores sociales, se habla de los mismos médicos, pero no se toma en cuenta que el profesional indicado para retomar dichos aspectos y manejarlos es el psicólogo. Entonces, ¿a dónde se pretende llegar sin darle a cada quien lo que sabe hacer? o bien, ¿qué podría hacer un electricista con una silla rota?

El trabajo multidisciplinario es necesario, sin pretender quitarle a nadie lo que le corresponde.

CONCLUSIONES

De esta manera, y después de haber analizado las aportaciones que hacen tanto la Medicina como la Psicología en relación al estudio de la enfermedades crónicas, en especial el cáncer, se puede observar que el cáncer es una enfermedad que no puede diagnosticarse desde que inicia, es decir en el momento en que las células entran en el organismo; por lo cual esta enfermedad resulta difícil de atacar a tiempo.

Por otra parte, el cáncer tiene tanto factores biológicos y ambientales que lo propician, pero en cuanto a la medicina se busca una causa biológica, aún sabiendo que existen otras, sin embargo se proporciona un tratamiento a base de químicos. Pero, ¿qué sucede con el aspecto social y sus factores?; se pretende que el enfermo crónico acepte su enfermedad, aprenda a vivir con ella y a mejorar la calidad de vida de él y su familia; situación que el médico no puede ofrecer con un tratamiento a nivel organismo. Es entonces donde la demanda de trabajo del psicólogo se hace necesaria para conjuntar el tratamiento a nivel orgánico y a nivel social y psicológico; sin pretender que el médico sea psicólogo o viceversa, sino que cada quien lleve a cabo su papel de la mejor manera y en conjunto.

De la misma forma, en el capítulo III hablamos de los elementos psicológicos relacionados con la enfermedad crónica, lo que nos lleva nuevamente, por parte de la medicina a no existir un control eficaz para el dolor del paciente, o el miedo a la enfermedad y a la muerte, a pesar de administrar medicina para el dolor situación que podría suavizarse con ayuda del psicólogo.

Esto habla de la necesidad de un tratamiento que incluya tanto aspectos psicológicos como biológicos, ya que a pesar de la prevalencia del dolor, de la existencia de éste y de los avances de la medicina, no existe actualmente un tratamiento útil que pueda mejorar de forma consistente y permanente del dolor de los pacientes. A pesar de que la capacidad de adaptación y el tipo de respuesta a la enfermedad dependen más de los recursos y las características psicosociales del paciente y del grado de incapacitación, que del tipo de enfermedad.

Ahora bien, en el capítulo IV se retoman estudios realizados para la búsqueda de un mejor tratamiento contra la enfermedad crónica, en los cuales se indica que no se tomó, en ningún momento al psicólogo como participe en dichos estudios, por el contrario se llevaron a cabo con trabajadores sociales e incluso gente voluntaria sin ningún conocimiento para participar en el tratamiento de la enfermedad crónica.

Si el objetivo primordial es curar la enfermedad, esto no será posible sin tratamientos resolutivos. El esfuerzo asistencial de los pacientes debe incluir mejorar el cuadro clínico disminuyendo molestias y disfunciones, evitando o retrasando los avances del proceso y las complicaciones; restaurar las funciones y capacidades fisiológicas, motoras, sensoriales, mentales, laborales, familiares y recreativas perdidas o disminuidas; conseguir el máximo nivel de autonomía y reinserción social, contribuir a una buena adaptación del paciente y sus familiares a la enfermedad.

Esto conlleva a implicar al paciente en la selección y control de su propio tratamiento informándoles de los objetivos, ventaja e inconvenientes; la elaboración del tratamiento con la participación del paciente permite conocer mejor sus deseos y necesidades personales, lo cual nos lleva a que dicho tratamiento sea, con certeza, llevado a cabo.

Se puede observar que la Psicología puede ser un gran apoyo, y que lo es, para el tratamiento y atención de diversas enfermedades que llevan un proceso difícil y no sólo aquellas que se acercan más a una fase terminal. Es importante que cualquier alternativa de solución que se plantea sólo podrá ser llevada a cabo por un cuerpo de profesionistas que de forma multidisciplinaria aborden el problema de la salud-enfermedad en sus diferentes aspectos; dentro de este cuerpo de profesionistas se encuentra incluido el psicólogo, el cual hasta el momento ha incursionado en programas educativos y de información para la población. Sin embargo, las posibilidades profesionales del psicólogo en este sector son mucho más amplias que las que desarrolla hasta el momento.

Es así como se observa que el trabajo del psicólogo no es reconocido, es más, ni siquiera se pretende tomarlo en cuenta. Sin embargo es un profesionista con un campo laboral sumamente extenso que podría ayudar a hacer excelente el trabajo de otros profesionistas con su colaboración. Aunque parece entenderse como si el psicólogo pretendiera sustituir el trabajo del médico, del profesor, del administrador, etc.; quizá esta sea la razón por la cual no se reconozca su trabajo y se tema involucrarlo en las labores de otros profesionistas.

En realidad el psicólogo no podría realizar labores para las cuales no está preparado, y sí podría engrandecer y mejorar el trabajo de otros profesionistas con su colaboración, y por supuesto el suyo propio.

Así pues, no se pretende que el médico sea psicólogo o viceversa sino que cada profesionista lleve a cabo su papel de la mejor manera, haciéndose necesaria la

presencia del psicólogo en los hospitales, no solo para elaborar campañas de prevención contra la enfermedad curable, sino para contribuir en mejorar la calidad de vida del enfermo crónico y el trabajo del médico.

Por tal motivo, si la medicina pretende un buen tratamiento para el enfermo crónico desde tiempo atrás, donde supuestamente el principal factor es el paciente, es contradictorio pretender realizar las cosas por sí solo, sería más acertado un trabajo multidisciplinario que proporcionara resultados eficaces.

El presente trabajo pretende como primer aspecto enfatizar que el objetivo de la medicina y la Psicología en cuanto a la enfermedad crónica es, por un lado un tratamiento eficaz que lleve a resultados observables, por medio de la aceptación de la enfermedad y la mejoría en la calidad de vida del enfermo y su familia a través del trabajo en conjunto.

Como segundo aspecto, reconocer que el médico no puede elaborar un tratamiento de esta índole por sí solo, aceptando al psicólogo como colaborador para dicho tratamiento; pero no trabajando por separado, por el contrario comunicándose los avances y retrocesos en el paciente y la parte del tratamiento que les corresponde.

El psicólogo se hace indispensable en área de Salud como un factor que puede cambiar situaciones hasta ahora bloqueadas, ya que se tiene como objetivo el apoyo al enfermo para propiciar una calidad de vida aceptable para él y su familia; situación que no se ha tomado en cuenta desde los últimos años y poco antes.

El trabajo multidisciplinario se hace necesario, sin pretender quitarle a nadie lo que le corresponde y sabe hacer.

B I B L I O G R A F I A -

- 1.- Arguera de Sojo, P. (1988). **MEDICINA PSICOSOMATICA**. México, Ed. doyma.
- 2.- Barquín, C. (1981). **MEDICINA SOCIAL**. México, Librería de medicina Francisco Mendez.
- 3.- Benitez, L. "El cáncer. ¿Un problema de salud en México?. **REVISTA MEDICA DEL IMSS**. Vol. 29 (3), Mayo-Junio, 1991.
- 4.- Buck, C. (1988). **EL DESAFIO DE LA EPIDEMIOLOGIA. PROBLEMAS Y LECTURAS SELECCIONADAS**. Washington, D. C.; Organización Panamericana de Salud.
- 5.- Buck, C. (1988). **EPIDEMIOLOGIA DE LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y EPIDEMIOLOGIA DE LAS ENFERMEDADES CRONICAS ¿SEPARADAS Y DESIGUALES?.** Washington, D. C.; Organización Panamericana de la Salud.
- 6.- Caballo, E. (1991). **MANUAL DE PSICOLOGIA CLINICA APLICADA**. España, Siglo XXI.
- 7.- Cecil (1994). **TRATADO DE MEDICINA INTERNA**. México, Nueva editorial interamericana. Vol. 1
- 8.- Coe, R. M. (1979). **SOCIOLOGIA DE LA MEDICINA**. México, Alianza Editorial.
- 9.- Cheng, W. C. et al. "Psychosocial needs of family caregivers of terminally ill patients". **PSYCHOLOGICAL REPORTS**. Vol. 75, 1243-1250 pp., 1994.
- 10.- De la Fuente, R. (1992). **PSICOLOGIA MEDICA**. México, Fondo de Cultura Económica.
- 11.- Harrison. (1994). **PRINCIPIOS DE MEDICINA INTERNA**. Madrid, Mc Grow Hill.
- 12.- Katz, R. C. , et al. "Cancer awareness and self-examination practices in young men and women". **JOURNAL OF BEHAVIORAL MEDICINE**. Vol. 18 (4), 377-383 pp., 1995.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

- 13.- Kinzbrunner, B. M. "Hospice: What to do when anti-cancer therapy is no longer appropriate, effective, or desired". SEMINARS IN ONCOLOGY. Vol. 21 (6), Dec., 792-798 pp., 1994.
- 14.- Lara, M. , y cols. "Conceptualización y medición de la calidad de vida de pacientes con cáncer". REVISTA DE INVESTIGACION CLINICA. Vol. 47 (4), Julio-Agosto, 315-327 pp., 1995.
- 15.- Lipkin, G. (1984). ATENCION EMOCIONAL AL PACIENTE. México, Prensa Médica Mexicana.
- 16.- Malcarne, V. L. "Cognitive factors in adjustment to cancer: Atributions of self-blame and perceptions of control". JOURNAL OF BEHAVIORAL MEDICINE. Vol. 18 (5), Apr., 401-417 pp., 1995.
- 17.- Melendez, F. (1979). TECNICAS PARA ACTIVIDADES DE TIPO SOCIAL EN LA COMUNIDAD. México.
- 18.- Montejo, R. G. "El enfermo con cáncer incurable y la medicina paliativa en México". SALUD PUBLICA EN MEXICO. Vol. 34 (5), Sept.-Oct., 1992.
- 19.- Pelosi, A. "Psychological influences on cancer and ischaemic heart disease". BEHAVIORAL MEDICAL JOURNAL. Vol. 304, May, 1992.
- 20.- Piédrola, G. y cols. (1991). MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA. España, Ediciones Científicas y Técnicas.
- 21.- Rosenblum, D. "Listening to people with cancer". SEMINARS IN ONCOLOGY. Vol. 21 (6), Dec., 701-704 pp., 1994.
- 22.- Schneider, P. (1986). PSICOLOGIA APLICADA A LA PRACTICA MEDICA: MANUAL PARA LA COMPRESION Y CONDUCCION PSICOLOGICA DEL ENFERMO. Argentina, Paidós.
- 23.- Spiegel, D., et al. "Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer". THE LANCET. Vol. 2, Oct. , 1989.

24.- Torres, F. (1986). LA PSICOLOGIA DE LA SALUD: CAMPOS Y APLICACIONES. México, Centro de estudios psicológicos, Universidad Veracruzana.

25.- Wohl, M. G. (1960). ENFERMEDADES DE LARGA DURACION. TRATAMIENTO DEL ENFERMO CRONICO. México, Ed. Interamericana.