124

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

"IZTACALA"

"LA INSERCION DEL PSICOLOGO EN LOS HOSPITALES PUBLICOS Y PRIVADOS EN EL TRATAMIENTO A PACIENTES CON CANCER"

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

ESTHER GUADALUPE SANCHEZ GAMBOA

ASESORES: MAESTRA ESTHER MA. MARISELA RAMIREZ GUERRERO
MAESTRO ENRIQUE BERNABE CORTES VAZQUEZ
LIC. IRMA DE LOURDES ALARCON DELGADO

281627

IZTACALA

MEXICO, D. F. 2000

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

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 esta 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.

Agradezco a mis padres por todo su amor, apoyo y confianza, pero sobretodo por ser lo que son, dos personas sencillas y bondadosas.

Gracias a todos mis hermanos Gaby, Mary, Alicia y Bony por su cariño, comprensión y paciencia, sé que puedo contar con ustedes.

A mis sobrinos que día a día me enseñan lo simple y sencillo de la vida.

A todas aquellas **personas** que me brindan su amistad y con las que he compartido ideas, sentimientos e ilusiones.

Gracias a **Marisela, Irma y Enrique** por su apoyo para concretar una de mis metas.

RESUMEN

Psicología de la Salud, es un área que comprende la influencia de variables psicológicas sobre el estado de salud, el proceso por el que se llega a éste y cómo responde una persona cuando está enferma. Esta área parte del modelo biopsicosocial. Actualmente existen diferentes enfermedades que aquejan a la población, pero la que más impacto tiene desde su diagnóstico, es el cáncer, la cual ocupa el segundo lugar como causa de muerte. Así mismo, el tratamiento de la enfermedad genera en el paciente un desequilibrio psicológico y social. El objetivo de la presente investigación es conocer en hospitales públicos y privados, si se encuentran psicólogos trabajando con pacientes de cáncer y saber qué están realizando; con base a lo anterior elaborar una propuesta para los psicólogos que trabajen con este tipo de pacientes. Para ello se empleó un cuestionario de 16 ítems; se aplicó a siete psicólogos, dos psiquiatras y una enfermera, todos ellos laboran en hospitales públicos y privados. Los resultados que se obtuvieron fueron que son pocos los psicólogos que laboran en hospitales atendiendo a este tipo de población, los tratamientos están basados en técnicas cognitivo-conductuales, cada tratamiento depende de las características del sujeto, la etapa de la enfermedad y del tratamiento médico. Con todo lo anterior, concluimos que son más los psiquiatras los que atienden las necesidades psicológicas de estos pacientes, los cuales laboran en Instituciones de salud de carácter privado. Por ello, consideramos que en México no existe información de lo que un Psicólogo de la Salud puede realizar en los hospitales y en particular con pacientes de cáncer. La propuesta de trabajo que se realizó está dividida en dos partes: institucional e individual, la primera abarca elementos como una mejor atención al derechohabiente, la conformación de un equipo multidisciplinario, etcétera; la segunda, se aboca a la recepción del paciente y sus familiares, intervención con el equipo multidisciplinario, así como un tratamiento adecuado a la persona enferma de cáncer.

ÍNDICE

	Pág.
Introducción	1
Capítulo I Psicología de la Salud.	
1.1. Historia de la salud.	3
1.2. Historia de Psicología de la salud.	11
1.3. Estrategias de evaluación de Psicología de la salud.	17
1.4. Métodos de evaluación.	20
1.5. El papel del psicólogo de la salud y perspectivas de Psicología de la salud.	23
1.6. Psicología de la salud en otros países.	31
Capítulo II Cáncer	
2.1. Definición de cáncer.	36
2.2. Diagnóstico y tratamiento del cáncer.	44
2.3. Fases de una enfermedad grave.	54
2.4. Aspectos psicosociales del cáncer.	55
Capítulo III Tratamientos psicológicos a pacientes con cáncer.	
3.1. Teoría cognitivo-conductual.	72
3.2. Teoría psiconalítica.	83
Capítulo IV Método.	99
Capítulo V Resultados.	105
Capítulo VI Discusión.	114
Capítulo VII Propuesta.	119
Capítulo VIII Conclusiones.	125
Capítulo IX Bibliografía.	132

INTRODUCCIÓN

En los últimos años se ha observado un gran interés por vincular a la Psicología con los problemas de salud, ya que en las investigaciones realizadas, se encuentra que en muchas de las enfermedades intervienen factores psicológicos y sociales; además no bastaban las explicaciones desde el modelo biomédico para explicar los crecientes índices de enfermedades. Así es como surge un modelo de trabajo conocido como **Psicología de la salud**.

Esta es un área dentro de la Psicología que intenta comprender la influencia de variables psicológicas sobre el estado de salud, el proceso por el que se llega a éste y como responde una persona cuando está enferma. En términos generales, abarca estas tres áreas: a) promoción y mantenimiento de la salud, b) prevención y tratamiento de la enfermedad, y c) factores asociados con el desarrollo de la enfermedad; estas tres áreas parten del modelo biopsicosocial.

Un problema de salud que tiene la población en general y que en México es la segunda causa de muerte, es el cáncer. Esta enfermedad es multicausal ya que son muchos los factores causantes del cáncer, entre ellos se encuentran: el fumar, beber, la falta de ejercicio, la ingesta de alimentos con elementos cancerígenos, exponerse mucho tiempo al sol, etcétera. El diagnóstico y tratamiento del cáncer suele provocar en el paciente un gran impacto emocional e incluso problemas psicológicos y sociales como: depresión, ansiedad, angustia, estrés, efectos colaterales de los tratamientos y problemas en su entorno social (familiares, laborales, de relación social, etcétera), es por ello que consideramos importante la intervención psicológica para que el paciente y sus familiares comprendan y afronten las diferentes etapas de la enfermedad y del tratamiento; con la finalidad de atender las demandas psicológicas que presenta el enfermo de cáncer.

Partiendo de lo anterior, se realizó el presente trabajo con el siguiente objetivo: *conocer en hospitales públicos y privados, si se encuentran psicólogos trabajando con pacientes de cáncer y saber que están realizando; con base a lo anterior elaborar una propuesta para los psicólogos que trabajen con este tipo de pacientes.*

En esta investigación, empleamos un estudio exploratorio y descriptivo. El instrumento que se ocupó fue un cuestionario de 16 ítems, el cual se aplicó a siete psicólogos, dos psiquiatras y una enfermera; lo cuales laboran en hospitales públicos y privados. Los resultados que obtuvimos fueron los siguientes: se encontraron psicólogos y psiquiatras que atienden pacientes con cáncer, estos dan estos tratamientos con técnicas cognitivo-conductuales, las cuales consideran importantes para tratar esta enfermedad; cada tratamiento depende de las características y la etapa de la enfermedad, así como de las consecuencias del tratamiento médico; consideran necesario la integración de un equipo multidisciplinario, para que la atención del paciente sea desde un enfoque biopsicosocial, esto es con la finalidad de integrar aquellos elementos involucrados en el proceso de la enfermedad y proporcionar una mejor atención y tratamiento al mismo. De acuerdo a los resultados, concluimos que sí existen psicólogos atendiendo a pacientes con cáncer en Instituciones de salud públicas, pero en un escaso número, estos profesionistas cubren materias de la maestría y diplomado; en cambio en los hospitales privados predominan los psiquiatras. Todo lo anterior apoya la idea de la poca información que se tiene de este profesionista en el campo de la salud laborando con pacientes de cáncer, esto corrobora que en México ese espacio laboral para la Psicología de la Salud, no existe de manera formal por parte de las Instituciones públicas y privadas. Con base a todo lo anterior, se elaboró una propuesta de trabajo para los Psicólogos de la salud que se encuentren laborando en los hospitales y dando tratamiento a los pacientes con cáncer, ésta fue dividida en dos partes: **Institucional**, la cual abarca elementos importantes para proporcionar una mejor atención al derechohabiente, la conformación de un equipo multidisciplinario, la asistencia familiar, un seguimiento individual, la etapa final, un tratamiento general, la capacitación y tratamiento al personal medico que labore con enfermos terminales. **Individual**, recepción del paciente y sus familiares, intervención con el equipo multidisciplinario y tratamiento al paciente con cáncer.

CAPÍTULO I PSICOLOGÍA DE LA SALUD

En el presente capítulo se dará una descripción de la historia de psicología de la salud, lo que es actualmente y sus metas a futuro.

1.1 HISTORIA DE LA SALUD

La preocupación por la salud y la enfermedad ha sido una constante para el hombre, pues son cualidades inherentes a la naturaleza del ser humano y a su supervivencia.

En las primeras sociedades la enfermedad se debía a que los demonios y otras fuerzas espirituales tomaban posesión y controlaban a la persona. Durante la edad media la comprensión de la enfermedad se sustentó en términos espirituales. La violación de las leyes divinas desembocaba en enfermedad. En el Renacimiento se retoman las explicaciones naturales de la enfermedad. El estudio de las matemáticas, química y física, la invención del microscopio, los trabajos de Morgani en autopsia, los de Virchow en patología y los de Pasteur en bacteriología preparan el camino para los avances médicos, siendo los cimientos de la medicina moderna Lain (1978, cit. en Bacoña; Vázquez y Oblitas, 1995).

A través de la historia en la profesión médica ha existido una preocupación por las enfermedades, sus causas se han estudiado en gran detalle pero rara vez se ha considerado aquello que contribuye a la salud. Como resultado de esto se conoce mucho respecto de las enfermedades que afectan a la humanidad, como los trabajos antes mencionados, pero muy poco de lo que causa la buena salud en el hombre. King (1984 cit. en Osorio, 1997).

La salud de los individuos mejora cuantitativa y cualitativamente con el desarrollo de la teoría del germen en el siglo XIX, los avances en la inmunología, salud pública, patología y técnicas quirúrgicas. Las tasas de mortalidad declinaron sensiblemente en enfermedades tan conocidas como el cólera, fiebre, tifoidea, escarlatina, etcétera.

Tradicionalmente los médicos han tenido la exclusiva en este campo, entendiendo la salud como algo que hay que conservar o curar frente a agresiones puntuales (accidentes, infecciones...) (Labrador, Muñoz y Cruzado, 1990), utilizando la cirugía y la farmacología como armas para cumplir dicho objetivo. Sin embargo, en las últimas décadas ha habido un giro en el modelo de salud: se le considera como algo que desarrollar y no como algo a conservar. Tanto la cirugía como la farmacología son métodos ineficaces para encarar el reto (**labores de tipo preventivo**) que conlleva la nueva concepción de salud.

Como ya se ha mencionado, los médicos se encargan del cuerpo y los psicólogos de la mente, como si el ser humano tuviera estas dos estructuras independientes: el cuerpo se refiere a nuestro bienestar físico, incluyendo nuestra piel, corazón, músculos, huesos y cerebro; la mente se refiere a un proceso abstracto que incluye nuestros pensamientos, sentimientos y percepciones. Así para cada área le era problemático definir lo que es salud en general (Benson, 1980; De la Fuente, 1992; Sarafino, 1994).

Definir salud es difícil. Una de las definiciones de salud más extendida en nuestra sociedad es que la "salud es la ausencia de enfermedad". En 1974, la **Organización Mundial de la Salud** (O.M.S.) propuso una definición de salud en la que se contemplaban tres dimensiones: "la salud es el completo bienestar físico, mental y social, y no simplemente la ausencia de dolencias o enfermedades (O.M.S., 1974).

La perspectiva de la profesión médica, con respecto a la salud, ha sido simplemente la erradicación de enfermedades específicas Leventhal y Hirchman (1974, cit. en Osorio, 1997). Sin embargo, esta aproximación es seriamente deficiente como conceptualización de los problemas de la salud humana, a causa de que no considera adecuadamente la complejidad de las enfermedades modernas. El modelo biomédico presenta numerosas lagunas en cuanto a la conceptualización de los estados crónicos. Este modelo asume que la enfermedad puede ser explicada en términos de variables biológicas mensurables, la conducta social no tiene cabida en el mismo o, en su extremo, que las anormalidades conductuales se reduzcan a procesos somáticos, biomédicos o neurofisiológicos.

Bishop (1994, cit. en Becoña y cols., 1995) menciona que algunos factores contribuyeron al interés por una aproximación teórica y clínica más comprensiva que el tradicional modelo de enfermedad. En concreto cita tres: 1) el cambio de la prevalencia de enfermedades infecciosas a enfermedades crónicas, 2) el costo elevado de los cuidados de salud y 3) un mayor énfasis en la calidad de vida. Cierto tipo de problemas, en concreto las enfermedades crónicas, debidas a las causas múltiples (factores psicológicos, sociales, culturales y ambientales), requieren un manejo diferente al de los estados mórbidos agudos, cuya principal característica es la de ser producidas por agentes patógenos específicos.

Sin embargo, es importante señalar que la conducta social es un factor a considerar dentro del marco de la salud, ya que en los dos últimos siglos se ha observado que las causas de las enfermedades dependen, en gran medida, a estilos de vida, hábitos, actitudes y creencias que tienen las personas de cierta comunidad, sociedad y cultura hacia la salud; por lo cual se hace relativo este término. Así la cultura, la época, la mentalidad, la nación a la que se pertenece, tipifican lo que debe ser "la salud".

""No hay salud en si"", escribió con razón Nietzsche. Toda salud es por esencia relativa, a lo que se encuentra en el cuerpo del sujeto sano, al modo como éste lo vive y a lo que con él quiere y puede hacer" (Letargo, 1984; p. 137).

Como ya se mencionó, la pertenencia a ciertos grupos sociales y a ciertas culturas, las cuales tienen una formación de hábitos y psicoorgánicos que llevan consigo, lo cual hace que sea mayor o menor la intensidad real de la enfermedad.

Por su parte, Carlton (1985; citado en Santos, 1998) comenta "...que el comportamiento individual y los estilos de vida no son los determinantes principales del estatus de la salud en una comunidad o de una población. El ambiente social, económico y político es presentado como uno de los principales determinantes de la salud por lo que muchos problemas de salud se visualizan más allá de la habilidad individual para resolverlos. Por esta razón los esfuerzos de prevención a nivel individual han sido calificados como ineficientes, poco éticos y poco productivos en términos económicos. Los cambios individuales tienen un impacto mínimo en la salud nacional por lo que se sugiere implantar **medidas de salud**

preventivas dirigidas a cambios sociales y económicos. Se señala, por ejemplo, que muchas veces las medidas legislativas pueden ser más eficaces en materia de prevención y en lograr cambios de conductas que el esfuerzo individual destinado a modificar el comportamiento" (p. 136).

Como anteriormente se ha dicho, si entendemos la salud como un estado de completo bienestar físico, psíquico y social, y no meramente como ausencia de enfermedad, estaremos de acuerdo con la necesidad de incorporar, dentro de las ciencias de la salud, el comportamiento social y el psicológico, ya que el biológico ha sido, y es todavía, el imperante dentro de éstas. Esto es porque en la actualidad, existe mucha evidencia de que nuestra salud está profundamente influenciada por nuestra conducta, pensamientos y relaciones sociales. Paralelamente a este movimiento de defensa de la perspectiva biopsicosocial, Taylor (1986, cit. en Latorre, 1994) comenta que otra serie de factores están posibilitando la incorporación tanto de la psicología como de sus profesionales a un nuevo modelo de salud. Según Reig, Rodríguez y Mira (1987 cit. en Taylor, 1990) estos factores pueden resumirse en:

1.- La salud se considera un derecho social básico; así la Ley General de Sanidad (BOE, 1986) amplía el concepto de salud, incorporando aspectos no estrictamente médicos y la entiende como un concepto integral que incluye la promoción, prevención, rehabilitación y reinserción.

2.- Durante el presente siglo se ha producido un cambio radical en las tasas de morbilidad y mortalidad; y en estas pautas se ha constatado que lo importante no es lo que la gente tiene sino lo que hace. Esta cuestión hace que en la actualidad la investigación epidemiológica sea básicamente psicosocial.

3.- La aparición, desarrollo y aplicación del análisis funcional de la conducta y de la terapia de comportamiento a un gran número de problemas de salud, con un gran número de resultados positivos, ha abierto en el área asistencial la posibilidad de que las intervenciones psicológicas puedan recomendarse como alternativas o como complemento a la intervención biomédica.

4.- Los elevados costos de la atención sanitaria, sin que se pueda ver una mejoría en el estatus de salud, lo cual obliga a un replantamiento del tema; la conducta es el principal contribuyente al estatus de salud, probablemente, el desarrollo de la psicología de la salud puede aportar una buena relación aminorando los costos y mejorando la calidad de vida.

En referencia a los puntos antes mencionados, es importante señalar aquellos factores involucrados en el incremento de la tasa de mortalidad y también aquellas enfermedades como las principales causas de muerte en nuestro país.

Según los datos del Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI), las principales causas de muerte en 1996 son:

Causa	Defunciones	Tasa 1/
1. Enfermedades del corazón	65,603	70.4
• Isquémica	40,285	43.2
2. Tumores malignos	49,916	53.6
• De la Tráquea, de los bronquios y del pulmón	6,000	6.4
• Del estómago	4,925	5.3
• Del cuello del útero	4,526	4.9
3. Accidentes	35,073	37.6
• De tráfico de vehículos del motor	14,209	15.2
4. Diabetes mellitus	34,865	3704
5. Enfermedad cerebrovascular	24,344	26.1

Tabla 1: Principales causas de muerte en México.

NOTA: 1/Tasa por 100,000 habitantes.

Varios autores señalan que la causa de la alta tasa de mortalidad se debe a muchos factores que tienen como consecuencias las enfermedades antes mencionadas, éstos se

encuentran en el estilo de vida, personalidad, la falta de higiene, el poco ejercicio, una mala alimentación, etcétera.

La influencia estimada en porcentajes de cuatro grupos de factores, al comienzo y durante el transcurso de algunos problemas graves de salud, corresponde por orden a: el estilo de vida (EV) (51%), los factores biológicos (FB) (20%), las influencias ambientales (FA) (19%) y los servicios de cuidados de salud (CS) (10%). Se observa cómo el *estilo de vida* (hábitos de comportamiento) explica más de la mitad de variación de los datos. Estas conductas (patógenas) pueden ser, en un principio, modificadas y repercutir sobre el estatus de salud (Latorre y Beneit, 1994). Ver tabla 2

Enfermedades	Factores			
	E.V.	*F.A.*	*F.B.*	*C.S.*
▪ Enfermedades coronarias	54	09	25	12
▪ Tumores malignos	37	24	29	10
▪ Accidentes (excepto veh.)	51	31	04	14
▪ Accidentes (veh. mot.)	51	18	01	12
▪ Diabetes	34	-	60	06
▪ Media total	51	19	20	10

Tabla 2. Influencia estimada en porcentajes de cuatro grupos de factores al comienzo y durante el transcurso de algunos problemas graves de salud (basado en Weiss, 1985).

Como señala Latorre y col. (1994); Baum y Krantz (1997); Sarafino, (1994), siete de las principales causas de muerte podrían disminuirse considerablemente, interviniendo sobre las siguientes conductas: el consumo de tabaco, la dieta, el consumo de alcohol, el ejercicio físico, la adherencia terapéutica y los exámenes periódicos de salud. Así la presencia de ciertos comportamientos saludables en el repertorio habitual de las personas, ayudaría a tener menos riesgos de contraer alguna enfermedad cardiaca o cancerosa, también en el aspecto económico se reducirían gastos en el médico, medicinas, hospitales, etcétera.

Según Matarazzo (cit. en Baum y col. 1997), asociadas a las enfermedades antes mencionadas los factores de riesgo más importantes son:

a) En las enfermedades del corazón: el hábito de fumar, la hipertensión, la presencia de elevados niveles de colesterol, la diabetes, la falta habitual de ejercicio físico y los elevados niveles de estrés.

b) En lo que respecta al cáncer: la conducta de fumar, la presencia de sustancias carcinógenas en el lugar de trabajo y el ambiente en general, el consumo de alcohol y una dieta alimenticia inadecuada.

c) En los trastornos cerebrovasculares: la hipertensión, el hábito de fumar, los niveles elevados de colesterol y el estrés.

d) Los accidentes (incluyendo los de vehículos): el uso del alcohol, el abuso de drogas, el manejar muy rápido y el no usar el cinturón de seguridad.

Por ello hoy podemos hablar de conductas patógenas y de conductas inmunógenas. Las primeras son aquellas conductas que hacen a uno más susceptible a la enfermedad. Por ejemplo, fumar, beber alcohol, consumo de drogas etcétera, principales causas de muerte y factores de riesgo asociados. Las segundas son aquellas conductas que reducen el riesgo del sujeto a la enfermedad como: comer una dieta balanceada, hacer ejercicio, etcétera, Matarazzo (1984a, 1984b, Cit. en Becoña y col. 1995; Baum y col. 1997).

Las conductas de salud son importantes, no sólo por el proceso de salud-enfermedad, sino también porque se pueden convertir en hábitos, los cuales se desarrollan inicialmente cuando son reforzados por determinadas consecuencias positivas, pero con el tiempo adquieren una independencia del reforzamiento y son mantenidos por factores ambientales con los que generalmente se asocian. Esto es importante señalarlo, debido a que se crea la necesidad de hacer prevención, la cual sería de tipo primario, ésta consiste en adoptar medidas para prevenir la enfermedad en aquellas personas que actualmente gozan de buena salud. La prevención primaria implica dos estrategias según Fielding (1978 cit. en Becoña,

1995): 1) cambiar los hábitos negativos de salud y 2) desarrollar hábitos positivos y animando a la gente a adoptar los mismos.

Las conductas de salud ocurren en diferentes contextos que comprenden factores personales, interpersonales, ambientales, institucionales, que incluyen aspectos como política pública, ambiente físico y social, prácticas institucionales e influencias interpersonales. En general se puede hablar de dos grupos de factores interrelacionados: los sociales y los intraindividuales o personales. En los determinantes de origen social hay que distinguir los siguientes, según (Osorio, 1997):

a) Algunos comportamientos de salud están determinados por las primeras experiencias de socialización, generalmente vinculadas al contexto familiar. Los padres inculcan ciertos comportamientos que, paulatinamente, se convierten en hábitos que tienden a perdurar por mucho tiempo y en ocasiones son resistentes al cambio.

b) Otros factores que influyen en los hábitos de salud son los valores asociados a una cultura particular o a un grupo socioeconómico. Se trata de un cierto tipo de normas, más o menos explícitas, que incluyen desde los valores estéticos hasta definiciones del papel que deben jugar los diferentes miembros de la comunidad.

c) Una tercera categoría de factores sociales se refiere a las influencias del grupo.

El segundo grupo son aquellos factores que se consideran típicamente individuales o personales. Entres estos factores, se encuentran los siguientes:

a) La autopercepción de síntomas. Es un proceso que comienza con la identificación de determinadas señales corporales como síntomas y en un paso inmediatamente posterior, continua con el establecimiento de relaciones causales entre ellos y ciertas conductas o hábitos.

b) Los factores emocionales juegan un papel importante como determinantes de las conductas de salud. Así, muchos hábitos nocivos para la salud, como fumar, beber o

comer en exceso, están asociados en algunas personas a ciertas reacciones emocionales, como el estrés. En este punto, Sarafino (1994), señala que muchos investigadores han encontrado que la personalidad puede afectar a la salud. Por ejemplo, las personas quienes su personalidad incluyen altos niveles de ansiedad, depresión y enojo u hostilidad, parece que pueden desarrollar una variedad de enfermedades, particularmente del corazón.

c) Por último las creencias y actitudes también determinan de forma significativa la practica de conductas de salud. La creencia de que un determinado comportamiento puede contribuir a evitar una enfermedad, son factores que contribuyen a la practica de una conducta de salud determinada.

Como se ha visto en este subcapítulo, tanto el doctor como el psicólogo nos pueden ayudar a mantener un buen estado de salud, pero anteriormente se creía que las enfermedades solamente se podían curar con un fármaco que nos diera el médico y ahora sabemos que muchas de esas enfermedades se pueden prevenir. Como la salud es un tema que nos interesa a todos, no nadamás al área de medicina, la psicología ha tratado de entrar en las ciencias de la salud para colaborar con las demandas que exige la sociedad, en este caso conocer qué aspectos están relacionados para mantener la salud y aminorar aquellas enfermedades que pueden ser mortales.

Además, se debe señalar la importancia para defender aquellos movimientos sociales y desarrollar una política pública que fomente la salud como un valor, prioridad y derecho a la participación activa de las personas en la modificación de condiciones sanitarias y de comportamientos. Fortalecer en la población las capacidades y destrezas que permitan adoptar decisiones saludables y la proporción de apoyo social y político a la acción sanitaria (OPS, 1992).

1.2 HISTORIA DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD.

Históricamente la psicología ha estado asociada con la intervención en diversas áreas como: la educación, la rehabilitación, la industria, etcétera. En los últimos años se ha

observado un gran interés por vincular a la psicología con los problemas de salud, ya que las investigaciones que se han hecho, presentan que en muchas de las enfermedades intervienen factores psicológicos.

El interés profesional e investigador en esta área creció relativamente poco hasta el decenio de 1970, aunque la década de 1960 se comenzó a plantear la necesidad de intervenir en los servicios de salud.

Hasta finales de la década de 1970, no hubo un movimiento dentro de la psicología a la que se le pudiese denominar psicología de la salud (Matarazzo, 1980; Stone, 1979 citado en Becoña y col., 1995). Un número de disciplinas de la psicología (clínica, social, experimental, fisiológica, etc.), con un interés común en cuestiones relacionadas con la salud, se reunió en 1978 para formar la división de la psicología de la salud de la *American Psychological Association (APA)*, naciendo así formal, institucional y profesionalmente la psicología de la salud (Belar, 1997, Sarafino, 1994).

Por otra parte, diversos factores de orden científico y relativos al cuidado de la salud han contribuido al nacimiento de la psicología de la salud, según Taylor (1990):

- El fracaso del modelo biomédico para explicar adecuadamente la salud y la enfermedad.

- El creciente interés por la calidad de vida y la prevención de las enfermedades.

- El cambio de enfermedades infecciosas a enfermedades crónicas como el reto mayor de la medicina con el concomitante reconocimiento de los factores de influencia del estilo de vida.

- La creciente madurez en la investigación de las ciencias conductuales que incluye la aplicación de las teorías del aprendizaje, la etiología de la enfermedad y de las conductas enfermas.

➢ La búsqueda de alternativas al sistema tradicional de atención a la salud.

Respecto al primer punto, De la Fuente (1992), señala " Muchos médicos no tienen advertencia clara del papel que las experiencias subjetivas juegan en los estados de salud y enfermedad; no abordan los aspectos personales, familiares y sociales involucrados, y subestiman su propia personalidad como instrumento de influencia terapéutica. Como consecuencia, no proporcionan a sus enfermos el trato y el tratamiento que necesitan" (p. 21).

A continuación se dará la definición de psicología de la salud, la cual fue propuesta por el primer presidente de la "Division of Health Psychology" Joseph Matarazzo:

> Psicología de la salud es la suma de las aportaciones docentes, y de educación, profesionales y científicas específicas de la disciplina de la psicología para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos y diagnósticos de la salud, enfermedad y disfunciones afines, y para el análisis y mejora del sistema para el cuidado de la salud, así como para la configuración de las políticas sanitarias (1980).

Así, la psicología de la salud es el campo, dentro de la psicología, que intenta comprender la influencia de variables psicológicas sobre el estado de salud, el proceso por el que se llega a éste, y cómo responde una persona cuando está enferma Taylor (1986, cit. en Latorre, 1994).

Por otra parte, la propia Organización Mundial de la Salud (1981 cit. en Grau, 1998) ha establecido tres objetivos cardinales para las políticas de salud hasta el año 2000:

a) Promoción de estilos de vida dirigidos a la salud.
b) Prevención de enfermedades que puedan ser evitadas.
c) Establecimiento de servicios de rehabilitación y salud.

Los factores psicológicos no están presentes exclusivamente en el primero de estos objetivos, sino en todo el conjunto. Puede deducirse, que a la Psicología corresponde un papel decisivo en el esclarecimiento de los problemas que están más relacionados con los estilos de vida y en la búsqueda de medios más eficaces de promoción de salud, en la adopción de conductas preventivas de enfermedades que pueden ser evitadas y en el mejoramiento y empleo adecuado de los servicios de salud para la optimización del diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad crónica.

Por otra parte, cualquier trabajo de investigación sobre la salud es imposible sin conocer el contexto psicológico y social donde ésta se realiza. Esta concepción interactiva es uno de los factores que más ha contribuido al rápido desarrollo del campo de la psicología de la salud. Reig, Rodríguez y Mirá (1987 cit. en Latorre, ibídem) señalan que la psicología de la salud se basa en cuatro suposiciones básicas:

1. Que determinados comportamientos incrementan el riesgo de ciertas enfermedades, es decir, que la conducta es un factor de riesgo.

2. Que la modificación de determinados comportamientos puede reducir la probabilidad de riesgo de determinados procesos de salud.

3. Que el comportamiento se puede cambiar con relativa facilidad.

4. Que las intervenciones psicológicas pueden resistir (con balance favorable) un análisis de costo-utilidad/eficacia.

Por otra parte, Psicología de la salud incluye un amplio rango de conductas humanas y estados psicológicos, los cuales influencian la salud física y son influenciados por la misma. En general, el campo de la salud, según Matarazzo (1980); Krantz, Grunberg y Braum (1985. Cit. en Becoña, 1995) comprende muchas áreas, las cuales se ocupan de:

1) La promoción y mantenimiento de la salud.

2) Prevención y tratamiento de la enfermedad.

3) Factores asociados con el desarrollo de la enfermedad.

Ahora bien, las distintas áreas de estudio y de aplicación de la citada disciplina se resumen, según Taylor (1990 cit. en Latorre, 1994), Sarafino (1994), en los siguientes puntos:

- El psicólogo de la salud está interesado por los aspectos psicológicos de la promoción y el mantenimiento de la salud.

- Los psicólogos de la salud estudian también los aspectos psicológicos de la prevención y el tratamiento de la enfermedad.

- Los psicólogos de la salud enfocan su atención sobre la etiología y los correlatos de la salud, enfermedad y disfunciones. La etiología hace referencia a los orígenes o causas de la enfermedad y los psicólogos de la salud están especialmente interesados por los factores psicosociales que contribuyen a la salud y a la enfermedad.

- Los psicólogos de la salud están interesados en el impacto de las instituciones sanitarias y de los profesionales de la salud sobre el comportamiento de los pacientes; y desarrollan recomendaciones en el ámbito del tratamiento y de la interacción del sujeto con los profesionales y el sistema sanitario.

Anteriormente se había utilizado el modelo biomédico, ahora se tiene un cuadro diferente y más ancho de cómo la salud y enfermedad ocurren. Esta nueva perspectiva involucra la interacción de aspectos biológicos, psicológicos y sociales de la vida de cada persona. Como resultado, esta perspectiva es llamada "*modelo biopsicosocial*", el cual es la guía en las prácticas e investigaciones de esta nueva área de la psicología.

El papel de los factores biológicos

Este termino incluye los materiales y procesos genéticos por los cuales se heredan características de los padres. También incluye aspectos del funcionamiento fisiológico de la persona, de todo el sistema físico: los órganos, huesos, nervios y los tejidos que están constituidos por células, moléculas y átomos. El funcionamiento saludable y eficiente de estos sistemas depende de la forma en que operen e interactúan estos componentes.

El papel de los factores psicológicos

La conducta y los procesos mentales son el interés de la psicología, e involucran a la cognición, emoción y motivación. La cognición es una actividad mental que abarca la percepción, aprendizaje, la memoria, el pensamiento, la interpretación, las creencias y la resolución de los problemas. La emoción es un sentimiento el cual afecta y es afectado por nuestros pensamientos, conductas y procesos fisiológicos. Algunas emociones son positivas o placenteras, como la alegría y el afecto; otras son negativas como el enojo, miedo, impotencia. La motivación es un término aplicado a explicaciones de por qué las personas se comportan de la manera que ellos lo hacen, porque empiezan alguna actividad, escogen su dirección, y persisten en él.

El papel de los factores sociales

Este aspecto es muy importante dado que las personas viven en un mundo social. Conforme se interactúa con las personas, las afectamos o nos afectan. Sin embargo, el mundo social es más que las personas que nos rodean, es un ambiente que afecta la salud de los individuos y que promueve valores que pueden dañar o mejorar la salud y la enfermedad. Los niños aprenden muchas conductas relacionadas a la salud, actitudes y creencias. La influencia de la comunidad y la sociedad aumenta continuamente conforme el niño va creciendo (Engel, 1980, cit. en Ramírez 1996; Sarafino 1994).

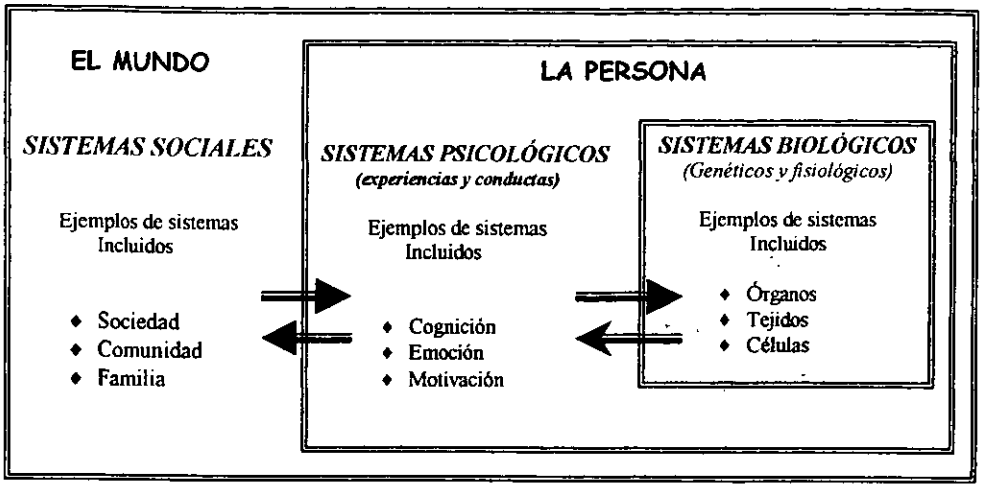

Figura 1. *Un diagrama del interjuego de sistemas en el modelo biopsicosocial. La persona está conformada por un sistema biológico y psicológico, los cuales se interrelacionan entre si y también con el sistema social de su mundo. Cada sistema afecta y puede ser afectado por algún otro sistema (s)*

Cabe mencionar que existen otras disciplinas, dentro y fuera de la psicología, que tratan cuestiones similares a las de la psicología de la salud. Esas áreas difieren de la psicología de la salud, pero también se complementan con ella. Estas son la medicina comportamental, salud comportamental, psicología clínica, medicina psicosomática, psicología médica, psicofisiología experimental, sociología médica y antropología médica.

1.3 ESTRATEGIAS DE EVALUACIÓN DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD

La evaluación es una de las actividades más frecuentes que realizan los psicólogos. En el caso de los psicólogos de la salud, la evaluación debe integrar los aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales, ya que parte del modelo biospsicosocial, todo esto tiene como finalidad lograr entender aquellos procesos que se dan en estas tres áreas para dar un mejor diagnóstico, y por ende, elaborar una estrategia de tratamiento.

En dicho modelo se consideran en primera instancia, los objetivos de evaluación de acuerdo a la naturaleza de la información en: objetivos del paciente y objetivos ambientales.

LOS OBJETIVOS DEL PACIENTE SE DIVIDEN EN:

Objetivos biológicos. Donde se analizan datos como: la raza, la apariencia física, edad, el sexo, síntomas físicos, antecedentes de enfermedad, examen físico, análisis, etcétera. Estos aspectos son importantes para el terapeuta ya que le ayudan a comprender los síntomas fisiológicos actuales del paciente y sus diferencias o semejanzas con síntomas anteriores, de manera que se pueda visualizar el proceso completo.

Objetivos afectivos. Incluyen la comprensión del ánimo y afecto actuales del paciente, sus elementos contextuales y su historia, así como la expresión de sus sentimientos acerca de la enfermedad; se debe conocer el tratamiento que utiliza, el apoyo social que va a recibir y por su puesto al paciente. Igual que en el apartado anterior, es útil tener datos anteriores de estos objetivos con el fin de poder comparar y contrastar el estado actual.

Objetivos cognitivos. Involucran la obtención de información y conocimiento del paciente, acerca de sus percepciones, actitudes, sensaciones, así como el contenido y patrón de su pensamiento. Este punto es muy importante para el psicólogo de la salud, ya que debe conocer las habilidades y limitaciones del paciente, de acuerdo al momento actual y a la perspectiva del desarrollo. Estos objetivos incluyen la inteligencia general, nivel de educación, el conocimiento específico que tiene en cuanto a la enfermedad y el tratamiento, sus actitudes al problema, percepción de los costos y beneficios de los posibles regímenes de tratamiento y expectativas hacia el futuro. El propósito más importante en este punto es la percepción del significado de enfermedad que tiene el paciente, es decir, el terapeuta debe atender al estilo cognoscitivo del paciente y a su filosofía de vida.

Objetivos conductuales. Incluyen lo que hace el paciente (acción) y la forma en que lo realiza (estilo). Aquí se evalúan las conductas motoras tales como las expresiones faciales, la postura, el movimiento de las piernas, contacto visual, etcétera. En cuanto a los estilos, estos pueden variar de hostil, flojo, activo, adecuado hasta cooperativo o agresivo. En este

punto, lo que se pretende obtener es una comprensión general de los patrones y estilos de actividad en áreas de autocuidado, relación interpersonal y funcionamiento con relación a la salud-enfermedad. Aquí se enfatiza la relación paciente-terapeuta y el control que el sujeto tiene de su enfermedad así como la evaluación de los hábitos relacionados (fumar, ejercicio, regímenes alimenticios) a la salud, tanto previos como presentes.

LOS OBJETIVOS AMBIENTALES

Ambiente familiar. Al evaluar el dominio físico del medio familiar es importante conocer la disponibilidad de los recursos económicos y tal vez, de las características físicas de su casa como escenario, dependiendo del problema a evaluar. La historia del desarrollo de la familia y la experiencia de los cambios recientes, son aspectos importantes a considerar. Otro aspecto importante a evaluar, son las actitudes y los sentimientos de los miembros de la familia con relación al paciente, ya que estos influyen en la adaptación del sujeto a su enfermedad.

Sistema para el cuidado de la salud. Lugar y características de donde es o va a ser atendido, se investiga el procedimiento y trato que utilizan con los pacientes, el costo-beneficio del tratamiento ya que todos estos aspectos también tienen un efecto en la actitud del enfermo. En el plano afectivo, se debe saber como se siente el promotor de la salud acerca de los problemas de los pacientes, su enfermedad y tratamiento; es necesario evaluar sus actitudes y expectativas acerca de estos temas, así como las expectativas del futuro de los pacientes. Cuando se evalúa la conducta del sistema del cuidado de la salud en general, el psicólogo necesita estar consciente de las políticas, reglas, y regulaciones que pueden afectar al paciente y su tratamiento (p.e. rotación de personal, programación de citas, las políticas de control de infecciones, etcétera). Es importante conocer qué conductas podrían manifestar los promotores de la salud, para la mejora integral del paciente.

Ambiente sociocultural. Ocupación del paciente, tipo de trabajo o estudio, características generales de su ambiente social, el cual le determina en gran medida la actitud a la enfermedad e incluso al escenario médico donde se encuentre, este punto es el que permite esbozar un perfil general de las características del sujeto. En el aspecto afectivo,

es conveniente conocer los sentimientos culturales acerca del grupo étnico, estilo de vida y enfermedad. Con relación a las características cognitivas, es necesario saber en qué consiste el modelo de salud en dicha cultura. En términos de la conducta de grandes sistemas socioculturales, es necesario conocer las costumbres que prevalecen en ese grupo social que pudieran estar relacionadas con los síntomas reportados (o no reportados) y la utilización del cuidado de la salud (Ramírez, 1996 y Osorio, 1997).

A continuación mostraremos algunas de las integraciones señaladas por Belar, Deardoff & Kelly (1978 cit. en Ramírez, 1996) que influyen en la interpretación de la información final:

1. Los registros médicos y fisiológicos.
2. El conocimiento del diagnóstico final.
3. La comprensión familiar y su involucramiento en el tratamiento médico y psicológico.
4. Las reacciones de la familia ante las actividades de autocuidado (la sobreprotección que impide al paciente sus autocuidados).
5. Las posibilidades económicas de la familia.
6. El significado que da el paciente a los síntomas y la aceptación del régimen médico.
7. Las actitudes del paciente al equipo médico y al escenario.
8. El comportamiento familiar ante las actitudes mostradas por el paciente.
9. Características del ambiente sobre el nivel de actividad del paciente.
10. Efectos de la enfermedad en el sujeto.
11. La actitud del equipo médico ante la situación del enfermo.
12. Las expectativas de todos los implicados en la enfermedad.
13. Factores cognitivos sobre los síntomas físicos.

1.4 MÉTODOS DE EVALUACIÓN.

Existen muchos métodos que pueden ser utilizados, algunos darán más o menos información sobre los objetivos del modelo presentado. La elección del método va a depender del objetivo u objetivos del modelo de evaluación anterior, del propósito y también de la habilidad del terapeuta. Entre los métodos que más se utilizan dentro de este campo según, Ramírez (1996) y Osorio (1997), son:

- *Entrevista*. La entrevista clínica es el método más común para reunir información. Tiene la capacidad de evocar datos históricos y actuales en todas las áreas: física, afectiva, cognitiva y conductual, tanto del paciente, de su familia, así como del sistema al cuidado de la salud y el medio sociocultural. Permite la adquisición del autoreporte y datos observacionales directamente del paciente, los miembros de su familia, otras personas significativas y su relación con el equipo médico. El contenido y estilo de las entrevistas (no estructurada, semiestructurada y estructurada) varían según sea el objetivo a evaluar, este proceso depende a menudo de las preferencias del terapeuta.

Existen muchos factores los que determinan que sea un poco difícil llevar a cabo la entrevista con los pacientes, ya que éste puede estar muy ocupado o demasiado desatento para atender las preguntas realizadas por el terapeuta, puede ser que el paciente se encuentre ansioso, sea poco cooperativo o no le agrade el ambiente; en este caso el clínico necesita encontrar una forma alterna de evaluar, ya sea con otro método o discontinuar el proceso de la entrevista.

- *Cuestionarios.* Este método es considerado cuando el tiempo es importante, ya que el entrevistador puede revisarlo con el paciente enfocándose en áreas que necesiten más claridad en los aspectos psicológicos. Los cuestionarios son un mecanismo de registro de datos sistemático que puede facilitar la investigación clínica posterior y programar la evaluación. La forma y el contenido dependerá de la orientación teórica del psicólogo.

- *Diarios*. Los diarios de los pacientes se usan comúnmente para registrar conductas evidentes (tics, nivel de actividad, frecuencia de orina, uso de medicamentos, etcétera) y encubiertas (pensamientos, sentimientos, presión de la sangre, temperatura corporal). Se usan como medidas de línea base y como técnica de tratamiento para promover el aprendizaje sobre antecedentes, consecuencias y relaciones entre conductas externas o internas. Se usan también para medir la efectividad del tratamiento. Existe controversia acerca del uso de este método debido que se cuestiona su validez y confiabilidad, pero continúan usándose en el área clínica.

- Los diarios deben ser de uso fácil breves y discretos. Se debe entrenar al paciente en su uso. No todos los diarios son realizados por el paciente.

- *Test psicométricos*. Existen dos clases de técnicas psicométricas usadas en la psicología de la salud: las medidas generales y las altamente especializadas. En el primer grupo se encuentra el MMPI, el 16pf, el Rorscharch y el MBHI; en el segundo grupo se encuentra, entre otros, el Inventario de Depresión de Beck, Inventario de Ansiedad-Estado Característico, Lista de detección de síntoma-90, etcétera. Generalmente se recomienda ser precavido en el uso de ellos, la elección del test o prueba va a depender del problema específico a evaluar. Belar considera que no es posible establecer formalmente cual sería la medida especial para un problema particular, ya que esto depende del o los objetivos y de la situación imperante.

- *Observación*. Este es uno de los métodos fundamentales de evaluación, y da al psicólogo bastante información que puede aplicarse a los objetivos del presente modelo. La observación puede ser estructurada: por ejemplo, cuando se incluyen tareas como el juego de roles con la familia, cuando se tienen experiencias en "vivo" durante el tratamiento médico o la actividad que presenta el paciente en el escenario del hospital ante una situación específica y determinada a priori, etcétera. La observación no estructurada implica el registro de eventos en el momento mismo en que ocurren, es decir, sin tener un programa previo. La observación puede ser llevada a cabo directamente por el clínico, por los miembros de la familia o por el personal médico. Esta puede ser calificada por su frecuencia, análisis de contenido o método de clasificación.

- *Medidas psicofisiológicas*. Se emplean para tener información acerca de los eventos biológicos o consecuencias de éstos. También pueden ser usadas para ofrecer retroalimentación al individuo y así servir como intervenciones psicológicas. Los eventos biológicos de mayor interés para el psicólogo son: tensión muscular, temperatura, presión sanguínea, tasa cardiaca y actividad respiratoria de los que se pueden derivar como efectos; estrés, dolor de cabeza, ansiedad, migraña, etcétera. Lo anterior llevaría a la elección de tratamientos relacionados al tipo de problema

detectado. Los parámetros de interés incluyen, porcentaje, variabilidad intrasujeto y medidas de diferentes condiciones (estrés, relajación, descanso y actividades específicas). Sin embargo, estos perfiles psicofisiológicos son muy utilizados en estos ámbitos, no pueden tener un valor predicitivo, sobre todo en las fases iniciales de un trabajo en diagnóstico. Por otro lado, es necesario que el psicólogo sea experto en los procesos bioeléctricos y fisiológicos, y en las técnicas de instrumentación y registro.

- *Datos de archivo*. Las revisiones en la literatura de las enfermedades, incluyen, causa, síntomas, cursos, prevención tratamiento y componentes psicológicos que pueden proveer datos útiles en los procesos de evaluación. Las revisiones de programas previos, así como los psiquiátricos, son una fuente adicional de información para el psicólogo. Aunque estos registros no siempre se obtienen fácilmente, el clínico encontrará la información contenida ofreciéndole una perspectiva histórica del paciente y su problema.

El psicólogo, al finalizar todo el proceso de evaluación, debe tomar en cuenta la naturaleza de la enfermedad, el estado físico del paciente, su ambiente familiar, social, su tratamiento médico, así como las habilidades con las que cuenta el paciente para hacer frente al tratamiento y su enfermedad. Posteriormente, debe delinear el área o las áreas de trabajo para ese paciente, es importante conocer que tipo de tratamiento, le facilitará al paciente llevar su enfermedad y tratamiento con mayor eficacia.

1.5 EL PAPEL DEL PSICÓLOGO DE LA SALUD Y PERSPECTIVAS DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD.

En los últimos años ha habido una verdadera explosión de la psicología de la salud, por lo que se ha visto que muchas enfermedades se pueden prevenir cambiando los estilos de vida, considerado como el principal factor de los índices de mortalidad.

Las tareas de los psicólogos de la salud se agrupan en tres grandes categorías, según Weiss (1982, cit. en Becoña), Vázquez y Oblitas, (1995): investigación, aplicación y formación.

Por otro lado, Sarafino (1994), menciona algunas funciones de los psicólogos de la salud que son: proveer un ajuste y manejo de los problemas de la salud. Aquellos que tienen una formación clínica pueden dar terapia para problemas de tipo emocional y social, ya que estando enfermo o inválido pueden producir una serie de sentimientos displacenteros; el psicólogo puede ayudar a aminorarlos. El psicólogo también puede ayudar en el manejo de los problemas de la salud, por ejemplo, enseñando al paciente métodos psicológicos, como el biofeedback, a controlar el dolor, disminuir el estrés, etcétera.

Los psicólogos indirectamente también ayudan con las líneas de investigaciones que ellos realizan, podemos obtener información acerca de lo que interviene en la salud, por ejemplo una línea de investigación importante ha sido aquella que ha estudiado los factores asociados al desarrollo de la enfermedad: los asuntos más estudiados han sido el modo en como los sujetos afrontan el estrés y cómo las relaciones interpersonales afectan nuestra salud. Los psicólogos de la salud tampoco han descuidado las cuestiones relacionadas con el sistema de cuidados y políticas de la salud. En este punto se incluyen trabajos tales como los efectos de la hospitalización, la relación con el médico, el trato con el personal de salud, lo cual se hablará más adelante.

Los psicólogos de la salud también hacen presencia en la educación y el entrenamiento. Muchos psicólogos han orientado su trabajo a la educación en marcos académicos, transmitiendo sus conocimientos acerca de los factores psicológicos relacionados a la salud. Las áreas médicas, tales como las escuelas de medicina o las escuelas de salud pública, también son centros donde enseñan sus conocimientos. Desde la aparición del campo de la psicología de la salud se han desarrollado distintos programas tanto de pregrado como de posgrado para entrenar a los psicólogos de la salud (Becoña y cols. 1995; Sarafino, 1994; Rodríguez y Rojas, 1998).

Es importante señalar, que el papel del psicólogo en el área médica ha tenido un desarrollo positivo, ya que anteriormente el psicólogo en ésta área, específicamente en los hospitales, su función era solamente aplicar pruebas psicométricas, para detectar un mal funcionamiento mental, es decir, trastornos psicosomáticos. Así al psicólogo se le identificaba con la labor clínica tradicional de mero clasificador y selector. Por todo lo anterior, el trabajo

del psicólogo es limitado, ya que la falta de conocimiento por parte de las autoridades correspondientes a la institución, no permiten realizar otras funciones en los hospitales, aun cuando tiene los conocimientos y habilidades correspondientes para prevenir y tratar algunas enfermedades (Velasco, 1993 y Glieman, 1996).

En el sector salud se debe considerar otras profesiones que puedan aportar su conocimiento para un mejor servicio a la comunidad y así conformar un equipo multidisciplinario. Zas, Carbonell; Rial y Grau (1995) señalan: "...especialistas de campos tan pocos afines como la anestesiología y la psicología, la medicina interna y la cirugía, la ortopedia y la psiquiatría, la neurofisiología y la fisiatría tienen que encontrar un lenguaje común, definir su objetivo y métodos propios, así como delimitar sus estrategias de intervención en función de las fronteras de acción de las restantes especialidades.

La organización del trabajo multidisciplinario requiere en primer lugar, de la incorporación a la práctica asistencial de los conocimientos científicos más actuales. Ello obliga a buscar formas organizativas flexibles que permitan el autoperfeccionamiento, lo que no puede lograrse sin la comunicación y el intercambio interdisciplinario" (p. 10).

Es cierto que la labor del psicólogo en las instituciones de salud, es limitada, ya que existen pocos psicólogos en este sector, muchas son las causas para que éstos sean poco reconocidos dentro de esta área, algunos ejemplos son: el desconocimiento de las habilidades del psicólogo, las pocas plazas para trabajar en hospitales y centros de salud, la competencia con otros profesionistas de este sector, la propia desinformación que existe de la psicología en el ámbito de la salud. Cabe señalar que en algunos estados de la República Mexicana, según las Estadísticas del Sistema Nacional de Salud (1997), son pocos los psicólogos, por ejemplo: en los Estados de Campeche, Guerrero, Morelos, Querétaro, San Luis Potosí, Zacatecas tienen de 1 a 3 psicólogos; en cambio Coahuila, Jalisco, Nuevo León, Sonora y Tabasco tienen un rango de 20 a 30; lo cual es contrario en el Edo. De México y D. F. aquí existen más, en éste último colaboran 210 para este sector.

Por otro lado, en el área de la salud, existen tres niveles de atención que son: el primario, secundario y terciario, en los cuales el psicólogo de la salud tiene sus funciones.

En el *nivel primario* se realizan programas en los cuales se puedan implementar acciones que ayuden a prevenir la enfermedad y los daños, muchos de los problemas que afectan a la salud de los individuos se desarrollan como resultado de formas inadecuadas de estilo de vida. Al respecto, comenta Sarafino (1994) "...los esfuerzos para mantener su calidad de vida y los esfuerzos para ayudar a los pacientes a su recuperación rápida, totalmente disminuyen el impacto negativo de la enfermedad sobre sus vidas. Para la gente enferma, su calidad de vida entra en una decisión sobre tratarse médica o psicológicamente" (p. 477).

En el *nivel secundario*, se deben tomar acciones para identificar la enfermedad ya establecida, todo esto es con el objetivo de revertir o detener sus efectos.

En el *nivel terciario*, se deben realizar estrategias de intervención, las cuales detengan, retarden o mejoren las condiciones que se relacionan con la enfermedad, como es el caso del cáncer, SIDA, etcétera. (Costa y López, 1986; y Ramírez, 1996).

Con todo lo anterior, el psicólogo puede estar en el área de la salud, ya que tiene las habilidades para comprender la unidad de lo biológico con lo social, dando a los factores psicológicos el lugar que les corresponde, por medio de procedimientos que ayuden tanto al equipo médico como a la comunidad y al individuo. Puede contribuir al conocimiento del sujeto y del significado que tiene para él el concepto de enfermedad, establecer sugerencias para el establecimiento del tratamiento y coadyuvar en sus posibilidades de recuperación (Ramírez, ibídem.).

El estar enfermo implica una serie de factores que se interrelacionan en el estado anímico del paciente, es decir, conocer que elementos contribuyen para que el paciente, en determinadas situaciones o circunstancias, se deprima, esté ansioso, temeroso, etcétera. Estos elementos los debe conocer el psicólogo de la salud, así podrá realizar una mejor evaluación y por ende, dar un mejor tratamiento. Los factores que están involucrados, según Ramírez, (1996); Benson, (1980); De la Fuente, (1992); Baum y col., (1997) son: la relación médico-paciente y el ambiente hospitalario.

La relación médico-paciente. Esta se caracteriza como interactiva, en donde se permite la transferencia de las preocupaciones del enfermo a un científico y sanador reconocido, el médico. A cambio de recibir ayuda, en algún grado el paciente se somete a la autoridad del médico y retribuye sus servicios. Las circunstancias, la personalidad, las actitudes y la educación de ambos determinan el contenido, el curso y el destino de esta relación, que bien puede denominarse "una alianza terapéutica" en la que ambos unen esfuerzos para lograr un mismo fin: la salud del paciente.

En los diversos escenarios: hospitales, centros de salud, consultorios, etcétera, donde tienen lugar acciones clínicas es posible identificar dos modelos de la relación: un modelo técnico y un modelo humanístico. *En el modelo técnico,* el médico aborda al enfermo como a un objeto al que hay que examinar y manipular, su relación con él es impersonal, porque al médico no le atañe investigar su experiencia íntima. Su interés se circunscribe al problema técnico-científico. *En el modelo humanístico,* el enfermo es visto como una persona. El médico está interesado en la subjetividad, en el sentir del enfermo, y su relación con él tiene un elemento afectivo relevante. Algunos médicos que actúan en campo técnicamente avanzados de la medicina, piensan que todo lo que el médico necesita para el buen ejercicio de su profesión es apegarse al modelo técnico y que el modelo humanista es estorboso.

Pero no sólo influye la actitud en el resultado del tratamiento médico, las inquietudes y las esperanzas del paciente; las ideas y la conducta del médico también producen un efecto profundo; una actitud comprensiva y de aceptación por parte de éste, así como las visitas frecuentes, son importantes también para la mejora del paciente, según las considere el paciente.

Algunos investigadores, recientemente empezaron a observar características de las conductas en los médicos -particularmente características que afectan la habilidad del médico para tener una mejor comunicación con sus pacientes- que están relacionadas al apego de los regímenes médicos.

Para que se pueda tener apego a un régimen médico, se necesita saber si el paciente está satisfecho con el trato que le da el doctor, equipo médico, personal de la institución etcétera.

Por lo tanto, la satisfacción del paciente es un indicador del nivel de utilización de los servicios médicos y de su adecuado cumplimiento con las prescripciones médicas. "Hoy entendemos la satisfacción del paciente tanto como una medida de garantía de calidad, como un resultado puntual de la asistencia prestada por un profesional, un dispositivo sanitario, o la red asistencial en su conjunto; si bien, en nuestra opinión más que un aspecto objetivo de esa calidad cabría hablar de calidad sentida, o en otros términos, de los aspectos subjetivos de la calidad de la asistencia". (Mira, Vitaller, Aranaz, Herrero y Buil, 1992, P. 92). Así la relación médico-paciente junto con la satisfacción del paciente, podrán ser variables que predisponen al paciente hacia una determinada actitud y que condiciona su conducta ante el profesional de la salud.

Estar enfermo y tener que asistir a una clínica o ser hospitalizado, tiene muchos aspectos negativos, se interrumpe el estilo de vida de un individuo, involucran cierta dependencia en otros y aparecen muchos eventos que sin duda son estresantes. Esta situación comienza en el momento de la admisión, desde el momento en que se presentan los papeles para entrar y se tiene que interactuar con el personal a cargo. El ajuste social y emocional requiere de la adaptación del enfermo a su situación de estancia en el hospital, y por supuesto dependiendo del problema que lo lleva a requerir el uso del hospital. La conducta que presentan estos individuos puede estar afectada por muchos factores adicionales a la gravedad de su enfermedad; sus ideas como deben comportarse y sus reacciones a la restricción del confinamiento (Ramírez, 1996).

En muchos casos el cuidado que la gente recibe en el hospital es superior a lo que está en otra parte disponible. Algunas personas asocian los hospitales con pensamientos temerosos como dolor o muerte; algunos tienen aversión al estar en un hospital, la dependencia extrema y pérdida de control del acompañante o los aspectos deshumanizadores del cómo las personas son tratadas en el hospital (Baum y cols. 1997).

Es importante considerar los aspectos que se relacionan en el proceso de adaptación de un hospital, sobre todo, considerar si son por parte del personal médico, del ambiente del hospital o es por parte de la personalidad del paciente, todo lo anterior, permitirá realizar una evaluación más detallada y dar un mejor tratamiento por parte del psicólogo de la salud.

LAS PERSECTIVAS DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD.

Psicología de la salud ha sido un área que ha tenido mucho auge en las últimas décadas, todo esto ha sido en parte por la aportación de esta disciplina para el cuidado y mantenimiento de la salud, ya que es un estado optimo en el que todo ser humano quisiera estar. El psicólogo con sus conocimientos y habilidades ha sabido apoyar al personal de la salud, para prevenir, tratar e investigar aquellos factores que intervienen en la salud.

A continuación se darán algunos puntos según Latorre y Beneit, (1994); Rodríguez y col. (1998); Sarafino; (1994); Baum y col., (1997); y Becoña, y cols., (1995), que se consideran importantes para el desarrollo futuro en el campo de la psicología de la salud.

1) Mayor asunción del modelo conductual por parte de otros profesionales de la salud con previa formación biológica para comprender, explicar y cambiar los comportamientos desadaptativos relacionados con la salud.
2) Gran desarrollo de los programas preventivos para distintas enfermedades que son causadas básicamente por comportamientos inadecuados.
3) Necesidad de clarificar el concepto de psicología de la salud y otros conceptos relacionados con ella, especialmente el de medicina comportamental.
4) Delimitación en el campo práctico del modelo biopsicosocial.
5) Construir modelos explicativos de los distintos problemas en los que interviene la psicología de la salud desde una perspectiva interdisciplinaria, sin perder de vista el contexto cultural y sanitario en que se desarrolla la enfermedad.
6) Cada vez los programas de intervención serán más comprensivos, al ser necesario utilizar aquellos procedimientos que obtengan los mejores resultados posibles al mejor costo-efectividad.
7) Mejorar las técnicas de intervención actualmente disponibles, evaluar adecuadamente las existentes y desarrollar nuevas técnicas de intervención.
8) Existe la necesidad de desarrollar estrategias de intervención sencillas para que puedan ser aplicadas en formato de autoayuda o a través de los medios de comunicación.

9) Dentro del desarrollo de nuevos programas cobra gran relevancia desarrollar estrategias efectivas de prevención de la recaída de los hábitos y enfermedades tratadas exitosamente (Taylor 1990).

10) Dado que el tiempo de ocio va a ocupar una parte muy importante de nuestro tiempo en el futuro inmediato, es necesario que una parte del mismo se dedique a actividades saludables o, en el sentido contrario, a reducir factores de riesgo para la salud.

11) Habrá que hacer consciencia en la población de que existen factores de riesgo que son determinantes para la salud y que no están en organismos externos o en causas genéticas, sino en el medio sociocultural, familiar, político-económico, etcétera.

12) Necesidad de convencer a los planificadores sociales y agrupaciones relevantes de la necesidad de que es necesario cambiar estilos de vida no saludables por otros que si lo sean.

13) Producir un incremento en la atención a las personas con SIDA y a la vejez, creando programas para ellos.

14) Se irá incrementando el papel de la psicología de la salud como punto de referencia de los planificadores en el campo de la salud, dado que hoy como así en el futuro, serán los comportamientos los principales responsables de la morbilidad y mortalidad de los ciudadanos.

15) Los conocimientos de la psicología de la salud deben integrarse en otras áreas del conocimiento ajenas a la psicología, pero en íntima relación con la psicología de la salud por su multidisciplinariedad y deseada interdisciplinariedad.

16) Incremento de la investigación y la publicación. de artículos

17) Necesidad de formar adecuadamente a los psicólogos de la salud.

18) Incluir en los programas de entrenamiento a nivel de pregrado y posgrado información sobre la estructura y organización de los servicios de atención a la salud así como las políticas generales que definen a éstos.

19) La psicología de la salud es una verdadera promesa para mejorar el estilo de vida del individuo, para mejorar la calidad de los servicios hospitalarios y de salud pública y para reducir los costos de los mismos.

La psicología de la salud es el campo de mayor futuro de la psicología para las próximas décadas y, por tanto, es donde hay que esperar que se produzca el mayor desarrollo, crecimiento y expansión de todas las ramas de la psicología, tanto a nivel teórico, como formativo, investigador y, aun más importante, profesional.

1.6 PSICOLOGÍA DE LA SALUD EN OTROS PAISES.

En **América Latina** se ha registrado el más rápido crecimiento en el número de psicólogos con entrenamiento profesional. Durante las últimas tres décadas, miles de psicólogos han cumplido un programa de formación profesional de cinco años. Sin embargo, es muy difícil hacer una estimación exacta del número de psicólogos que hay en estos países, **Brasil** y **México** son los que han tenido mayores avances en este campo, seguidos por **Venezuela, Colombia y Cuba.** Las áreas con mayor auge son las de psicología clínica, organizacional, educativa, social y psicofisiológica. En los años recientes nuevos campos con el de la psicología de la salud, comunitaria y la ambiental se están desarrollando fuertemente.

Los primeros temas abordados fueron: el manejo psicológico de las enfermedades crónico-degenerativas, principalmente las cardiovasculares, el cáncer y el dolor crónico, así como las adicciones, empleando principalmente aproximaciones metodológicas de la psicofisiología y la terapia cognitivo-conductual (Rodríguez y Rojas, 1998).

En otros países, los programas de Psicología de la Salud tienen su origen en las unidades de salud de los diferentes niveles de atención. Éste es el caso de **Colombia**, en el que se origina en el Hospital Militar Central y en otros Hospitales de Bogotá, en este país, existen investigaciones en cáncer, dolor, insuficiencia renal, psicoinmunología e hipertensión. La evolución de psicología de la salud puede tener un futuro cercano, depende de dos factores, según (Vinaccia, 1989):

"El primero de ellos tiene que ver con la enseñanza en las Universidades. Actualmente solo 3 de las 15 facultades de Psicología del país tienen en su programa académico la

asignatura de psicología de la salud. (Universidad Católica desde 1983; Universidad de los Andes 1985; Fundación Konrad Lorenz desde 1987).

El segundo factor se relaciona con la creación de líneas de investigación con objetivos y metas claras en universidades y centros asistenciales" (p. 258).

En 1989, se crea en la Universidad Nacional de Colombia un programa de especialidad en Psicología de la Salud, de la que han egresado a la fecha 25 especialistas. El programa académico colombiano hace énfasis en dos líneas de trabajo: salud materno-infantil y salud ocupacional a nivel de prevención tratamiento y rehabilitación.

En Colombia de aproximadamente 6,000 psicólogos 120 son especialistas en Psicología de la Salud. De ellos, el 63 % trabaja en servicios de salud públicos, el 26 % en servicios privados y el 11 % se dedica a la docencia e investigación (Rodríguez y col. 1998).

En lo que respecta a **Cuba**, es de los países en desarrollo, el que más se destaca por sus indicadores globales de salud, con la concepción de un sistema gratuito, universal y equitativo. Es decir, que cubre al cien por ciento de la población, sin distinción de raza, sexo, religión, ingreso económico y ningún aspecto político. Los resultados en cuanto a atención médica, indicadores de salud, satisfacción de la población y eficiencia del sistema, también se pueden comparar con los mejores (Dotres, 1998).

Cuba, es el país con una mayor tradición en América Latina en Psicología de la salud, tiene posgrados del área en tres universidades: en La Habana, Santa Clara y Santiago de Cuba. Asimismo, cuenta con programas de especialización posgraduada (posteriores a la Maestría) de tres años, que se cursan en centro de primer nivel de atención y en hospitales de segundo y tercer nivel. Actualmente, en el ministerio de Salud Pública de Cuba trabajan 1,600 psicólogos (Grau, 1998).

Las investigaciones en este país están organizadas en: programas científicos-técnicos, problemas de medicina, problemas de ciencias sociales, problemas de investigación fundamental y otros problemas de interés ramal y territorial e institucional.

Por otra parte, hay un papel importante en la producción científica: el predominio de la forma oral de comunicación, participación en eventos, talleres, congresos y seminarios, que en el medio tienen un gran peso (Sierra, Soto, Alberti, Rodríguez, Rojas, Kouri, Herrera, Remedios, Del Valle, Facio y Muñiz, 1992). Al respecto, en Octubre de 1996 en Cuba se organizó un evento múltiple que incluyó entre sus actividades el III Seminario Internacional de Psicología de la Salud.

En **Estados Unidos**, el sistema de salud está compuesto por un enorme equipo de trabajadores y profesionistas quienes difieren en cuanto a su papel y especialidades. En lo que respecta al psicólogo, se considera formalmente parte del equipo médico en todas sus divisiones e incluso su presencia es considerada como obligatoria. De manera general, su trabajo consiste en corregir los factores que producen problemas para ayudar a los pacientes en la recuperación y prevención de la recurrencia de su enfermedad. Ayudan a afrontar la enfermedad, el tratamiento médico, incapacidades físicas o deformidades, condiciones terminales y depresiones. Así, los psicólogos que laboran en hospitales va creciendo. Enrigth, Resnick, DeLeon, Sciara & Tanney (1990, cit. en Ramírez, 1996).

Así, la psicología de la salud, se redefine como una verdadera profesión en el cuidado de la salud lo cual reconceptualiza el servicio hacia la prevención, orientación, esto se hace actualmente y ya es posible darse cuenta de la gran demanda que los hospitales están haciendo de psicólogos entrenados de primer nivel.

Actualmente, hay investigaciones en el área de psicología de la salud, las cuales son publicadas en la Revista Health Psychology.

En Estados Unidos se puede hablar de la consolidación de la psicología de la salud tanto a nivel teórico, como investigador, formativo y profesional (Becoña y cols. 1995).

En **España** se puede afirmar que el nivel de investigación en psicología de la salud es bueno y el nivel docente aceptable, dado que existen diversos Master de posgrado en varias Universidades y los contenidos de esta disciplina se cursan a lo largo de la licenciatura

(Rodriguez-Marin, 1991). En este último punto, se observa una tendencia a incluir una asignatura de técnicas, dos aplicaciones, una de evaluación en el ámbito clínico y una sobre Psicología de la Salud. En general, también se aprecia un considerable incremento del modelo conductual en los nuevos planes de estudio, aunque dicho incremento no es homogéneo en las distintas universidades (Buela, Sierra y Carrobles, 1995).

Hay que reconocer, que el nivel de investigación que existen en psicología de la salud en España es bueno y amplio, como lo muestran varios libros publicados y una revista dedicada a esta temática: *La Revista de Psicología de la Salud,* la cual fue fundada en 1989. Publica dos números al año sobre trabajos de investigación teórica o empírica relevantes para cualquier aspecto de la salud, del sistema y políticas de salud dentro de un modelo biopsicosocial, evaluación de programas de intervención psicológica, etcétera.

En **México**, en 1986 se establece el primer programa de formación a nivel de posgrado, enfocado en el modelo de las residencias médicas. Esto es, el programa académico en el grado de Maestría en la Facultad de Psicología de la UNAM, y se emplean los campos clínicos de las instituciones del sector salud para el desarrollo del programa, lo que les permite a los psicólogos en formación participar en diferentes escenarios de los tres niveles de atención. Este programa tiene una duración de tres años y el residente recibe la misma beca económica que los médicos residentes.

A partir de 1992 el Instituto Nacional de Salud Pública de la Secretaria de Salud, lleva a cabo el programa de Residencia de Atención Integral a la Salud en el que se forman psicólogos de la salud. Éste tiene una duración de dos años y se enfoca a la atención primaria, con gran importancia en ésta, (Duran, 1996, cit. en Rodríguez, y col. 1998).

Recientemente, la Universidad de Guadalajara inició un programa de Doctorado en Psicología de la Salud. Actualmente se estima en México que existen alrededor de 2,000 psicólogos trabajando en la prestación de servicios de salud, para una población mayor a los 90 millones de habitantes.

Cabe señalar que en 1992, México organizó el I Congreso Internacional de Psicología de la Salud; en Junio de 1996, la Facultad de Psicología de la UNAM, llevó a cabo la Conferencia Latinoamericana de Psicología de la Salud.

En México se ha tenido poco conocimiento sobre la psicología de la salud, sin embargo se están haciendo esfuerzos para hacer reconocer que el psicólogo tiene un importante papel dentro de esta área y hacerles saber a la población lo importante que es cuidar la salud. Actualmente se está haciendo mucho énfasis en la prevención, lo cual podemos constatarlo con los anuncios que salen en la TV del autocuidado que la gente puede tener al realizar ciertos hábitos como el protegerse del frío, comer frutas y verduras, etcétera. Sin embargo, el psicólogo todavía es poco reconocido en el sector salud, sobre todo si se quiere instalar en el ámbito hospitalario, porque los médicos todavía no reconocen su función que desempeña como profesional de la salud.

Para terminar, durante "XXV Congreso Interamericano de Psicología" celebrado en **Puerto Rico** en 1995, de 65 trabajos sobre salud, 47 fueron presentados por psicólogos latinoamericanos de ocho países: Argentina, Brasil, Colombia, Cuba, Chile, México, Puerto Rico y Venezuela, destacando principalmente el análisis de la Psicología de la Salud (Rodríguez, y col. 1998).

Es innegable que América Latina ha avanzado en cuestiones de salud, sin embargo, la población aún tiene desigualdades acentuadas, por las cuales debemos de seguir en esta lucha para hacerlas sentir más igualitarias y tener la idea de que con nuestro esfuerzo como profesionistas podemos realizar cambios positivos, considerando que el mejoramiento de la calidad de vida es uno de los retos a seguir.

CAPÍTULO II CÁNCER

2.1. DEFINICIÓN DE CANCER.

Neoplasia significa literalmente *crecimiento nuevo*. La definición de neoplasia significa, según Willis (cit. en Stanley y Vinay, 1987): es una masa anormal de tejido cuyo crecimiento excede y no está coordinado con el de tejidos normales y que persisten en la misma forma excesiva, luego que cesa el estímulo que provocó el cambio. La perdida de capacidad de respuesta a los controles de crecimiento normal es fundamental para el origen de todas las neoplasias. Las células neoplásicas siguen replicándose, al parecer, ignorando las influencias reguladoras que controlan el crecimiento celular normal. Además las neoplasias tienen otras dos características, parecen comportarse como parásitos, y compiten con las células y los tejidos por sus necesidades metabólicas.

No todos los tumores son neoplasicos y pueden ser producidos por hemorragias o edemas. Sin embargo, la historia ha hecho sinónimo tumor y neoplasia; por ejemplo, la oncología (oncos = tumor) es el estudio de los tumores o, más exactamente, el estudio de las neoplasias (Delgado, 1995).

El cáncer consiste en un crecimiento anómalo de los tejidos, cuyas células se multiplican anárquicamente y tienden a invadir los tejidos vecinos (metástasis). Este trastorno se caracteriza por una aparición más o menos súbita, por una evolución insidiosa (puede transcurrir mucho tiempo desde que se produce la primera célula cancerosa hasta que se manifiestan los primeros signos de la enfermedad) y por un curso impredecible (algunos tumores remiten espontáneamente, mientras que otros progresan con extraordinaria rapidez) (Latorre y Beneit, 1994).

"El cáncer también puede definirse como la proliferación anormal de células transformadas, que no responden apropiadamente a los sistemas fisiológicos de regulación del crecimiento. Como resultado del proceso proliferativo, las barreras tisulares pueden ser penetradas (invasión); se pierden diversas funciones regulatorias (destrucción) y ocurren

nuevas formaciones tumorales en sitios distantes al tumor primario (metástasis)" (Sosa, 1988, p. 1835).

Por otra parte, se estima que el 15 % de todas las muertes que se producen en el mundo son debidas al cáncer, en Estados Unidos y México, es la segunda causa de muerte, lo que supone que anualmente mueren de esta enfermedad unos 7 millones de personas. En los países desarrollados, una de cada cuatro o cinco personas tendrá algún tipo de cáncer a lo largo de su vida, siendo la segunda causa de muerte después de las enfermedades cardiovasculares. En estos países la incidencia del cáncer es casi un 40 % superior a la de los países subdesarrollados (Sarafino, 1994; Latorre y col. 1994; y Baum y Krantz, 1997).

La mayoría de las neoplasias pueden dividirse en 3 categorías: **tumores benignos** que no invaden ni producen metástasis; **tumores invasores** que no causan metástasis (carcinoma in situé) y **tumores metastásicos**. *Los tumores benignos*: son de crecimiento lento, no se diseminará por el cuerpo (no es metastásico) y es susceptible de extirpación con cura para el paciente. Los t*umores malignos*: tienen la capacidad de invadir y dar metástasis son características exclusivas de las neoplasias malignas y son el factor principal de falla para la erradicación de la enfermedad y de los fracasos terapéuticos (Sosa, 1988; Tubiana, 1989).

Los tumores, sean benignos o malignos, tienen dos componentes básicos:

1) El parénquima, formado de células neoplásicas de proliferación, es la que determina actividad biológica en el componente del cual se deriva el nombre del tumor.
2) El estroma del sostén, formado de tejido conectivo, vasos sanguíneos y quizá linfáticos.

La **nomenclatura** de los tumores se basa en el parénquima. Casi todos los tumores benignos están compuestos de células parenquimatosas que semejan en forma estrecha al tejido original. Los tumores masenquimatosos se clasifican por su histogénesis. Se designan al agregar al sufijo "oma" al tipo de célula del cual surge el tumor. Un tumor benigno que surge en el tejido fibroso se denomina fibroma; un tumor cartilaginoso benigno es un condroma.

Sin embargo, los tumores de origen epitelial no se sujetan a esta clasificación. En consecuencia las **neoplasias benignas** se clasifican de diversas maneras, algunas fundándose en las células de origen, otras en la arquitectura microscópica y otras en grupo de carácter macroscópicos.

La nomenclatura para los **tumores malignos** sigue, en esencia, el sistema utilizado para las neoplasias benignas, con ciertas adiciones. Las neoplasias malignas que siguen en tejido masenquimatoso o sus derivados se denominan, sarcomas. Un cáncer que se origina en tejido fibroso es un fibrosarcoma. Los sarcomas, también se clasifican según su histogénesis: esto es el tipo celular del cual están compuestas. Las neoplasias malignas de origen en células epiteliales se llaman carcinomas. Cabe señalar que los epitelios corporales se derivan de tres capas germinales. También se acostumbra especificar, cuando se es posible, el órgano de origen; sin embargo, o es raro que un caso consista en células muy primitivas o indiferenciadas y deba designarse sencillamente "tumor maligno" poco diferenciado.

En algunos tumores la diferenciación divergente de las células neoplásicas originan más de un tipo celular en la neoplasia, a estas se les clasifica como "mixtas"; tumor mixto originado en las glándulas salivales otro nombre de esta lesión es el denoma pleomórfico, lo cual indica que se trata básicamente de un tumor glandular benigno que posee morfología divergente.

Otro grupo que debe distinguirse de la neoplasia simple, es la llamada compuesta o teratógena, ésta contiene varios tipos celulares característicos con más de una capa germinativa. Estas neoplasias teratomas se originan de células totipotenciales (células capaces de dar origen a células de todos órdenes), como las que se encuentran en condiciones normales en ovario y testículos, y en ocasiones de las que se encuentran anormalmente en restos embrionarios secuestrados en la línea media (Stanley y Vinay, 1987; De Vita y Steven, 1988).

La **clasificación** por grados de un cáncer, intenta establecer algún estimado de su agresividad o nivel de malignidad según la diferenciación citológica de las células tumorales y el número de mitosis dentro del tumor. La clasificación en etapas del cáncer se funda en las

dimensiones de la lesión primaria, el grado de propagación o ganglios regionales y si hay o no metástasis.

"El grado de anaplasia[1] de un tumor específico puede variar con el tiempo, algunas neoplasias malignas que comienzan como lesiones razonablemente bien diferenciadas se tornan progresivamente más indiferenciadas al exceder el número de clonos (es la formación de colonias, provocando por un error genético llamado traslocación en el gen Filadelfia, la cual produce leucemia), anormales más agresivos de los clonos mayor diferenciados. Además varía mucho el aspecto histológico de los cánceres de una región a otra, por lo que quizá la biopsia no valore verdaderamente la neoplasia global, además puede haber ambigüedad entre el aspecto histológico aparentemente benigno de un cáncer y la conducta biológica muy agresiva" (Delgado, 1995; p. 7).

Existe un sistema de clasificación llamado **TNM** para cada tipo de cáncer: "T" para tumor primario, "N" para afección de ganglios (node) linfáticos regionales y "M" para metástasis. Este método puede aplicarse a todas las formas de neoplasias [2]. La neoplasia específica se caracteriza mediante este sistema como T1, T2, T3, T4 con tamaño creciente de la lesión primaria; N0, N1, N2 o N3 para indicar la enfermedad ganglionar progresiva, y M0 o M1 si hay metástasis a distancia (Uribe, Badillo y Hurtado, 1988).

Las **causas** del cáncer no son del todo conocidas, habiéndose identificado múltiples factores que pueden conducir a la enfermedad neoplásica; entre ellos, factores genéticos, físicos, químicos, geográficos, culturales, psicológicos, etcétera. Los grandes esfuerzos que se llevan a cabo para el desarrollo de terapéuticas contra el cáncer han conseguido mejorar la situación para algunos tipos de cáncer y aumentando la supervivencia de los pacientes, particularmente cuando la enfermedad se detecta en las fases tempranas de su desarrollo (Latorre y col. 1994; Uribe y cols. Ibídem; Baum y col. Ibídem; Sarafino, ibídem. Frederick y Levenson, 1986; Bammer y Newberry, 1985). A continuación se presentarán algunos factores:

[1] Anaplasia: significa "en retroceso". Comprende desdiferenciación o pérdida de la diferenciación estructural y funcional de células normales.

La mayoría de los agentes cancerígenos inducen mutaciones en el DNA como sucede con algunos virus. Tanto los virus que contienen DNA como genoma (papovavirus, adenovirus) como algunos retrovirus cuyo genoma es de RNA, pueden estar implicados en el cáncer. Al igual que los cancerígenos sospechosos de causar algunas neoplasias, los virus actúan en períodos muy largos de tiempo y probablemente en combinación con otros eventos. Por ejemplo, el virus que causa hepatitis B(VHB) es probablemente el agente causal del cáncer hepático. El VHB está relacionado con un 90% de los cánceres hepáticos (Gariglio y Rangel, 1992).

Se ha dicho que el cáncer es consecuencia, en gran parte, de factores ambientales y no hereditarios (aunque los mecanismos a través de los cuales actúan muchos de ellos sean todavía desconocidos) tal información nos la proporcionan los estudios epidemiológicos:

- Mostrando que la incidencia de los diferentes tipos de cáncer varía con las áreas geográficas y las épocas, manteniendo cierta estabilidad para un área y tiempo determinados; así, para algunos tipos de cáncer la diferencia de riesgo entre países diferentes puede llegar a ser de 1 a 300 (Doll y Peto, 1981; cit. en Latorre y Beneit, 1994).

- Observando que los inmigrantes de un área geográfica concreta adquieren los tipos de cáncer propios de las nuevas regiones en las que se instalan, al cambiar sus estilos de vida y encontrarse sometidos a las condiciones ambientales de dichas regiones.

De hecho, un gran número de autores coinciden en señalar que al menos un 80 % de las causas del cáncer son ambientales.

Entre los factores de riesgo de las enfermedades neoplásicas relacionados con los estilos de vida, mencionaremos los siguientes:

[2] Comission on Clinical Oncology of the Union Internationale Contre le Cancer (International Union Against Cancer): TNM Clasification of Malignant Tumors. Geneva, Iternational Unión. Against Cancer, 1968.

- La exposición excesiva a los rayos solares, que origina cada año en Estados Unidos unos 400,000 nuevos casos de cáncer de piel.

Por otra parte, el sistema inmune puede estar, directamente o indirectamente, asociado al desarrollo del cáncer. La explicación inmune se deriva de la hipótesis de la vigilancia inmune. Según esa teoría, las células neoplásicas se forman regularmente en el cuerpo, pero el sistema inmune a través de las células Killer y otros mecanismos, controlan regularmente su presencia. "...Si el sistema inmune es suprimido, más células neoplásicas se escapan de la destrucción y aumenta el riesgo de desarrollar cáncer" (p. 142). Los individuos con inmunodeficiencia presentan índices más altos de malignidad pero no necesariamente de cánceres comunes como el cáncer de mama. El desarrollo y progresión del cáncer se halla también bajo el control de los procesos locales en el área en que se desarrolla el tumor (Bakal, 1996).

No todas las personas que se han encontrado expuestos a similares estimulaciones cancerígenas durante un tiempo contraen cáncer. Esta enfermedad es un fenómeno multicausal, se requiere la interacción de varios factores en una compleja y desconocida combinación de secuencias, intensidades, tiempos de exposición y estados bioquímicos del organismo, para que el resultado sea un cáncer diagnosticable clínicamente (Bayes, 1985).

También existen razones para creer que factores psicológicos pueden predisponer al cáncer. Entre los factores de esta índole cuya influencia en el riesgo de cáncer es más probable con: la pérdida de personas, la desesperación, la depresión, el desamparo, las dificultades para expresar las emociones y el uso de actitudes inadecuadas para afrontar las tensiones vitales (Bammer y Newberry, 1985, y Baum, y col. 1997).

Uno de los factores psicológicos involucrado en la probabilidad de desarrollar cáncer es el estrés, el cual es asociado con el sistema inmune. Una posible explicación, dada por Riley (1981 cit. en Latorre y Beneit, 1994), es que el estrés provoca un aumento en la producción de corticoesteroides [3] que, a su vez, tiene como consecuencias una involución del timo y

[3] Corticoesteroide: Hormona relacionada con la corteza adrenal, que interviene en la regulación de procesos orgánicos clave como son el metabolismo de carbohidratos y proteínas y el equilibrio hidroelectrolítico, y en el funcionamiento del sistema cardiovascular, músculo esquelético, riñones y otros órganos. Diccionario de Medicina. Océano Mosby.

ganglios encargados de la producción de linfocitos y, por tanto, un debilitamiento del sistema inmunológico encargado de proteger al organismo. Aunque el estrés no sea un factor etiológico primario del cáncer, sí puede constituir la circunstancia responsable de una reacción fisiológica y bioquímica del organismo que permite su aparición y favorece su desarrollo (Baum, col. op. cit).

Cox (1986; cit. en Latorre y col. Op. cit.), propone el siguiente modelo para explicar las relaciones entre el estrés y el cáncer. Existen diferentes modos por los que el estrés puede influir sobre la iniciación de un proceso canceroso. En primer lugar, determinados estilos de afrontamiento del estrés pueden propiciar que el sujeto se exponga a estímulos carcinógenos. Un ejemplo a este respecto sería el aumento en el hábito de fumar o beber como una estrategia para el manejo de situaciones estresantes. En segundo lugar, la respuesta fisiológica de un individuo ante el estrés puede aumentar los efectos de una estimulación cancerígena ya existente; dicha respuesta fisiológica podría implicar cambios en el ambiente celular y hormonal, con el resultado de favorecer el desencadenamiento de cualquier proceso neoplásico latente.

El estrés puede afectar también la promoción de un proceso canceroso, a través de su supresión de la vigilancia inmunológica. Estos defectos estarían muy probablemente mediados por las hormonas sensibles al estrés, en particular los glucocorticoides, las catecolaminas y la hormona del crecimiento. El bloqueo, asociado al estrés, de ciertas células inmunológicas, tales como los linfocitos NK y los macrofagos (células que poseen una capacidad antitumoral espontánea), podría aumentar la probabilidad de que determinadas células cancerosas eludieran la acción de las defensas del organismo. Sin embargo, como menciona Riley, (1981citado en Latorre y Beneit, 1994), las relaciones entre los estresores y los cambios en el sistema inmunitario son relevantes sólo para aquellos tumores que están bajo control inmunológico, y no todos los cánceres son de este tipo.

Podría inhibirse el desarrollo del cáncer si las personas aprendieran a enfrentarse a los problemas sin experimentar demasiada angustia. En este punto, pueden ser de utilidad la obtención de una historia emocional y el asesoramiento psicológico.

Sin embargo, es importante señalar que hay ciertas reacciones con un valor de supervivencia, entre ellas se encuentran: la angustia, el miedo y el estrés. Por ejemplo, el estrés ha sido identificado también como una respuesta natural de adaptación, en términos generales, la reacción de estrés debe ser considerada como una respuesta natural de adaptación a las demandas del ambiente. De hecho es importante, sobre todo para el clínico, distinguir entre el estrés crónico con efectos en la salud y el estrés adaptativo. Lo mismo pasa con el miedo y la angustia.

Sobre este punto, Crespo y Labrador (1995), señalan "...las respuestas de defensa se presentan ante los estímulos considerados nocivos o amenazantes para el sujeto. Desde un punto de vista funcional, las respuestas de defensa se caracterizan por preparar al organismo para actuar en consecuencia tratando de escapar o reducir dicha estimulación..." (p. 57).

Por otra parte, varias características que han sido asociadas con el cáncer, pudieron ser identificadas. La primera incluye una tendencia a conservar un resentimiento y enojo antes de expresarlo y una marcada inhabilidad a perdonar. En complemento, investigaciones sugieren que las víctimas del cáncer no son efectivas en el formar y mantener relaciones más íntimas a largo plazo con otras personas, probablemente son más solitarios sin los sistemas de apoyo social, se asumen en una mayor autocompasión, la cual podría ser considerada como normal. También estas personas tienden a tener poca autoestima. Así el individuo propenso al cáncer "pone una cara feliz y niega cualquier sentido de pérdida, enojo, angustia, desilusión o desesperación" (Scarf, 1980, p. 37; cit. en Baum, y col. 1997), mientras vive una vida interna de autocompasión, inseguridad y un cierto grado de soledad. Otra investigación ha descrito a la persona propensa al cáncer como agradable, dócil y pasiva o es en extremo expresiva o inexpresiva del enojo.

Otros estudios han estudiado la personalidad tipo C de las personas propensas al cáncer, esta personalidad se caracteriza por represión de las expresiones emocionales, este patrón ha sido vinculado con el riesgo de cáncer (Baum, y col. Ibídem). Sin embargo, lo anterior no es definitivo para que alguien enferme de cáncer, por lo que se considera realizar estudios más largos para poder encontrar aquellos aspectos de la personalidad que se relacionen con la progresión de la enfermedad.

Fernández (1989) menciona que hay dos modalidades de personalidad precancerosa: la primera se caracteriza sobre todo por su *limitación en el tiempo*, al tener cortada la ruta hacia el futuro; y la segunda, por tener una *vida espacial* demasiado limitada, confinada y estrecha. Son muchos los autores que admiten que un trauma psicológico agudo puede intervenir como agente desencadenante de un cuadro canceroso, de manera sobresaliente cuando la vivencia es traumatizante, se produce en el contexto de una situación de aislamiento o de incomunicación.

Es importante señalar que la enfermedad depresiva tiene una íntima relación con el cáncer, unas veces como afección capaz de favorecer la instalación del cáncer y otras veces como manifestación sintomática inicial de ciertos cuadros cancerosos.

2.2. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL CÁNCER

DIAGNÓSTICO

Tubiana (1989) comenta que los métodos de diagnóstico se emplean cuando se presentan tres situaciones (con frecuencia las dos primeras se reúnen bajo el término de examen preventivo):

a) *Detección de lesiones precancerosas*: al menos en dos casos, el cáncer del cuello uterino y los cánceres protocólicos, el cáncer está precedido por lesiones cancerosas que con la exéresis puede evitarse que aparezcan.

b) *El diagnóstico precoz del cáncer*. Antes de que alcance un tamaño suficiente (al menos 1 gr.) para ser detectable en los exámenes clínicos. El examen preventivo en una fase inicial ocasiona que el pronóstico sea mejor, pues en general la diseminación metastásica se inicia al concluir la fase preclínica y al principio de la fase clínica.

c) *La investigación de la causa de síntomas que hayan alertado al enfermo o a su médico.* En el plano clínico, los signos de alarma que deben hacer pensar en la existencia de un cáncer y ocasionar una consulta médica, son ya muy conocidos:

- Un nódulo indoloro en el seno o un derrame anormal por el pezón.
- Una ulceración persistente en la boca, en la lengua o en los labios.
- Un dolor en la garganta, ronquera persistente, dificultad para ingerir los alimentos, en particular en el fumador y en el alcohólico.
- Todo mal constante de origen desconocido sobre todo en el fumador.
- Un pequeño tumor en la piel que crece o se ulcera.
- Un lunar que aparece en la edad adulta o que aumenta de tamaño, se extiende, cambia de color y se inflama.
- Toda pérdida anormal de sangre por los orificios naturales (boca, ano, vagina, útero); y en la mujer, secreciones uterinas y vaginales después de la menopausia; la presencias de sangre en el excremento o en la orina.
- Problemas digestivos permanentes como constipación y diarreas alternadas, sobre todo acompañadas de pérdida de peso.
- Detección después de los 40 años de una pereza intestinal, constipación y excremento negruzco.
- Una alteración del estado general con pérdida de peso y fatiga.

El examen posterior a estos síntomas inicia con la examinación médica, que luego incluyen exámenes clínicos para confirmar el diagnóstico, según Tubiana (1989):

RADIODIAGNÓSTICO

Este examen es básico para explorar el pulmón, el esqueleto y algunos tejidos (p.e. seno).

Con ayuda de sustancias de contraste más densas (barita, productos yodatados, etcétera) o menos densos (aire) que los tejidos, se puede estudiar el tractodigestivo, la cavidad uterina (histerografía), las cavidades renales y la vejiga (urografía intravenosa). Al inyectar sustancias de contrastes en la sangre (arteriografía o radiología digital), es posible ver la red arterial o venosa del órgano estudiado.

TOMÓGRAFO

También utilizan rayos X, pero la imagen se reconstruye con ayuda de una computadora que hace la síntesis de las imágenes obtenidas durante la rotación. De esta manera, se obtienen verdaderos cortes anatómicos de gran figura. Debido a la diferencia de densidades entre el cáncer y el tejido sano, el tomógrafo permite descubrir y delimitar el tumor en condiciones excelentes.

ECOGRAFÍA

Los ultrasonidos son vibraciones mecánicas. La propagación de un haz de ultrasonido en el organismo proporciona información sobre la forma y la dimensión de las vísceras, es decir, sobre la posible existencia de heterogeneidad dentro de ésta.

La ecografía proporciona valiosa información de tejidos tales como el hígado, el bazo, la tiroides, etcétera, que no pueden estudiarse bien con la radiología clásica, pues su densidad es muy parecida a la de los tejidos contiguos. De este modo se puede discernir la existencia de tumores, incluso cuando son muy pequeños (1cm.).

RESONANCIA MAGNETTICA NUCLEAR (RMN).

En este examen el organismo es sometido a un intenso campo magnético de 0.3 a 2 teslas. Los núcleos de los átomos que contienen un número non o partículas (en específico hidrógeno) se orienta bajo la influencia de este campo. Esta orientación se modifica con un campo magnético complementario que se interrumpe bruscamente, los citomos recuperan entonces su orientación de equilibrio y emiten ondas electromagnéticas (como la luz y los rayos X pero de mayor longitud de onda). La recepción de estas ondas permite construir diferentes tipos de imágenes que ponen de manifiesto no solamente las diferencias de concentración del átomo estudiado, sino también las fuerzas de enlace a las cuales están sometidos. Las características de las emisiones electromagnéticas dependen de enlaces

atómicos en las moléculas (es decir, de la composición química) y del estado físico del medio (sólido o líquido), etcétera.

Las imágenes RMN pueden proporcionar informaciones más complejas que el tomógrafo. Sin embargo, la obtención de imágenes es más tardada y los aparatos son más costosos. Por lo demás, aún no se tiene mucha experiencia al respecto, por lo que todavía es difícil evaluar las ventajas que representa la RMN para la cancerología.

MEDICINA NUCLEAR

Se basa en el empleo de isótopos radiactivos y la captación de sus emisiones. Estos isótopos se introducen en las moléculas fijas en forma selectiva en tejidos tumorales que después pueden ser localizados gracias a centellografías que proporcionan una imagen de su distribución en el organismo estudiado de la molécula marcada por ellos.

Estos métodos son valiosos porque pueden proporcionar información sobre la morfología y la actividad funcional de los tejidos a la vez.

ENDOSCOPIA

El empleo de fibroscopios, en fibra de vidrio, ha aumentado considerablemente el uso de este método ya viejo y lo han hecho menos doloroso. En la cavidad explorada (traquea, bronquios, esófago, estómago, colon, vejiga, etcétera) se introduce un tubo flexible de algunos milímetros de diámetro cuyo extremo está provisto de una luz que permite ver las paredes del órgano. En ocasiones también está provisto de pinzas que permiten tomar muestras.

BIOPSIA Y EXAMEN CITOLÓGICO

El aspecto de las células cancerosas vistas con el microscopio es diferente al de las células normales del mismo tejido. La disposición de un tumor, es decir, la forma en que las células están dispuestas unas en relación con otras, es muy diferente de las de un tejido sano. En este último caso, las estructuras son regulares, y tienen límites precisos que separan las

diferentes regiones de un tejido y los tejidos entre sí. Por el contrario, en un tumor las células están dispuestas de manera anárquica e infiltran los tejidos vecinos.

De todos los métodos disponibles para efectuar el diagnóstico del cáncer, sólo el examen del tejido al microscopio es confiable pues es sumamente difícil distinguir entre un tumor benigno y uno maligno a simple vista. Sin embargo, el examen de las células aisladas, es decir, la citología, hace suponer hechos muy importantes y suficientes para recomendar una intervención quirúrgica. Este método permite también hacer el diagnóstico de la leucemia, gracias al examen de las células de la sangre y de la médula ósea. Según el tejido, se obtienen células ya sea frotando la mucosa para desprenderlas o por aspiración mediante una aguja y una jeringa. Bajo el control de un método de imaginería, se pueden efectuar pruebas citológicas incluso biopsias, sin importar qué punto del organismo, con excepción del cerebro e incluso órganos tan profundos como el páncreas.

EXAMEN BIOQUÍMICO

La sangre y la orina se utilizan para un gran número de pruebas cuando se duda del origen de un tumor, estos exámenes ayudan a determinar el tejido afectado. Sin embargo, si bien ponen de manifiesto una alteración de un tejido, no permiten establecer la naturaleza maligna de la lesión.

Una vez que se ha hecho el diagnóstico, la dosis de marcadores ayuda a determinar la masa tumoral y a seguir su evolución.

TRATAMIENTO

El primer tratamiento para el cáncer fue la cirugía, pero en la actualidad, la radioterapia y la quimioterapia desempeñan un papel importante. Cada una puede usarse por separado o junto con otra, es decir, pueden combinarse según sea la localización del tumor (Sarafino, 1994).

Por otra parte, Bayes (1985) menciona que el cáncer es una enfermedad cuantitativamente importante y cualitativamente temida en nuestra sociedad, que tiende a incrementarse en todo el mundo y para la que todavía no existe una terapéutica segura.

El porcentaje de curación varía mucho según el tipo de cáncer. No obstante, el aumento en el nivel de supervivencia no es prueba de los progresos alcanzados. Este aumento va acompañado de una disminución en la gravedad de las mutilaciones, así como de una reducción de las secuelas y de las complicaciones. De este modo, un mayor número de enfermos pueden retornar a su vida normal después del tratamiento.

El objetivo de las tres grandes disciplinas terapéuticas es eliminar la totalidad de células cancerosas y dejar el menor número posible en los tejidos sanos contiguos, ya que con un reducido número de ellas es posible causar una recaída (Delgado, 1995).

CIRUGIA

Su objetivo es extirpar la totalidad del tumor y sus posibles prolongaciones en los tejidos contiguos. Es necesario, en el momento de la intervención quirúrgica, dar un margen de seguridad de 1 a 2 cm. Siempre que sea posible, sin dañar algún órgano vital.

La cirugía es frecuentemente preferida para eliminar las neoplasias, como el cáncer de pecho y colon. Si el cáncer es localizado, la cirugía, por lo regular, es un método muy eficaz, pero si se ha extendido a otras partes, se sugiere usarlo en combinación con la quimioterapia o radioterapia para remover las células cancerígenas (Sarafino, 1994).

Lira (1988), menciona que la cirugía se utiliza en las siguientes situaciones:

Cirugía radical. En esta debe tenerse la seguridad de que la enfermedad está confinada al órgano o tejido donde se originó la enfermedad (tumor primario), es decir, no debe haber metástasis en otros sitios, excepto en algunos ganglios linfáticos vecinos a la neoplasia. Con esta cirugía, las posibilidades de curación son elevadas.

Resección de metástasis con fines curativos. Se utiliza cuando hay una o muy pocas lesiones metastásicas confinadas solamente a un órgano o tejido.

Cirugía para diagnóstico y para determinación de extensión (estadio) de la enfermedad. La biopsia es el ejemplo clásico. Es de gran importancia, ya que determina con precisión la extensión (estadio) de las neoplasias malignas.

RADIOTERAPIA

Es un tratamiento loco-regional, al igual que la cirugía, su ventaja principal es que permite evitar o limitar el uso de cirugía, se utiliza en el 50% de los tipos de cáncer, usada sola, o con frecuencia combinada con la cirugía o la quimioterapia.

La acción de la radioterapia consiste en dañar el sistema de reproducción de las células, lo que les imposibilita reproducirse o impedir la muerte de las células engendradas; cuanto mayor es la dosis mayor es el número de células que ataca. Para ello es necesario esterilizar la totalidad de las células tumorales y no dañar una proporción muy elevada de células sanas a fin de evitar complicaciones. El margen de seguridad entre la dosis necesaria para la curación y aquellas capaces de provocar complicaciones es limitado porque no puede excederse más allá del tejido con tumor, se debe tener claro cuál es el tamaño de éste para no dañar el tejido sano, por lo mismo debe existir un mínimo de error (De Vita, 1988; y Schwartzenberg-Pierre, y Viansson-Ponte, 1978).

La eficacia de la radioterapia depende de su calidad en el plano clínico (eligiendo el o los volúmenes a irradiar, es decir, localizando el tumor y delimitando los tejidos en los cuales pudo propagarse) y de la técnica (al establecer y ejecutar el plan de irradiación).

No hay diferencia sistemática entre la radiosensibilidad de las células sanas y las cancerosas, el hecho de que la radioterapia surta un mejor efecto en los tumores que en los tejidos sanos, está relacionado con la capacidad de estos últimos de acelerar considerablemente el ritmo de su multiplicación de sus células para llenar los vacíos causados por la muerte de las células dañadas, a fin de aprovechar esta capacidad, el tratamiento se divide en muchas sesiones distribuidas a lo largo de varias semanas (generalmente de 5 a 7) (Delgado, 1995).

Las dosis para esterilizar un cáncer entre 410 y 80 Gy [4], dependiendo del tipo histológico y del tumor, son elevadas cuando el tumor es más voluminoso (De Vita, 1988).

QUIMIOTERAPIA

Con éste término se designa el uso de fármacos que inhiben el crecimiento celular y afectan en un mayor grado el crecimiento de las neoplasias malignas. El efecto inhibitorio repercute también sobre varios grupos de células normales.

En el primer caso la meta del tratamiento es producir remisión parcial o completa de la enfermedad y eventualmente la curación; cuando se obtienen buenos resultados puede prolongarse y mejorar la calidad de vida de los pacientes. Lo anterior es más probable en individuos con pocas metástasis y poco volumen tumoral. En el segundo caso la quimioterapia se administra poco tiempo después de la cirugía y/o radioterapia, tiene como meta principal eliminar micrometástasis que en aproximadamente el 50% de los pacientes pueden estar presentes al momento del diagnóstico (Lira 1988).

Desde el punto de vista de su sensibilidad a la quimioterapia, los tumores malignos pueden dividirse en tres grupos:

- Tumores curables.
- Tumores cuya evolución puede modificarse favorablemente.
- Tumores con poca o nula respuesta.

Debido a la gravedad de los efectos tóxicos, generalmente las sesiones se llevan a cabo cada 4 semanas a fin de que los tejidos sanos tengan tiempo para recuperarse.

INMUNOTERAPIA

[4] Gy: La dosis de radiación se cuantifica en Grays (Gy) y 1 Gy equivale a 1 julio (joule) por Kilogramo (J/Kg) de la sustancia absorbente. De este modo, 1 Gy es igual a 100 rads y 1 cGy equivale a 1 rad.
Rad: Dosis de radiación absorbida; unidad básica de dosis absorbida de radiaciones ionizantes (ondas electromagnéticas de alta energía, como los "rayos X y gamma"). Diccionario de Medicina Oceano, Mosby, 4ª. Ed.

INMUNOTERAPIA

La inmunoterapia depende de las diferencias antigénicas básicas entre las células neoplásicas y las normales en cuanto a su efecto terapéutico. La ventaja de esta modalidad de tratamiento es que inhibe la rapidez de proliferación de las células cancerosas sin afectar la función de las normales. La inmunoterapia debe complementar y no contraponerse a los métodos disponibles de oncoterapia (Lira, 1988).

La inmunoterapia específica activa constituye un intento de generar una respuesta inmunitaria específica contra un tumor por mecanismos estimulatorios; en este método se utilizan vacunas elaboradas de células o antígenos tumorales. Antes de la vacunación, las células neoplásicas deben someterse a procedimientos que impidan su proliferación, como sería radiación, congelación o tratamiento térmico (De Vita, 1988).

Por otra parte, las **consecuencias** de los diferentes tratamientos son muy diversas, por lo mismo es importante que el médico informe al paciente acerca de su enfermedad, el transcurso de la misma y el (los) tratamiento (s) que puede seguir, así como los efectos colaterales de cada uno.

El tratamiento ***quimioterapéutico,*** produce en algunos pacientes efectos colaterales como: pérdida del cabello, esterilidad, insomnio, alteraciones o aversiones del sabor, debilidad física, diarrea, reducción del sistema inmune a infecciones, heridas en la boca y daño a órganos internos. Sin embargo, de todos los efectos tóxicos de los fármacos, los que los pacientes suelen soportar menos son las nauseas y vómitos que suelen aparecer una o dos horas después de la administración y persisten durante un tiempo que oscila entre dos y 24 hrs.

En lo que respecta a la debilidad física (fatiga[5]), la cual es una de las quejas más comunes entre las personas diagnosticadas con cáncer. La fatiga existe en 72% - 95% de la población con cáncer, particularmente entre los individuos que se encuentran bajo tratamiento de radiación o quimioterapia y puede estar asociada a la anemia, una

[5] Fatiga: es un estado caracterizado por una aflicción y una disminución del funcionamiento relacionado con una disminución de energía. Las manifestaciones específicas pueden ser física, mental o emocional. (Oncolink, Agosto 1998).

acumulación de los desechos que resultan de la destrucción de las células y en el caso de la radiación, la fatiga puede estar asociada a una mayor demanda de energía para reparar el tejido eplitelial dañado. La fatiga puede ser un problema crónico que resulta de una combinación de factores físicos, psicológicos y circunstanciales. Para muchos pacientes diagnosticados con cáncer, la fatiga puede llegar a ser un asunto crítico en sus vidas. Influye potencialmente en la sensación de bienestar, productividad diaria, relaciones familiares y con amigos, así como en el cumplimiento del tratamiento (Oncolink, Agosto 1998).

También las personas con cáncer tienen la incapacidad de mantener un estado de nutrición, ya que los tratamientos pueden llevar a una desnutrición proteica calórica severa, ésta existe cuando la ingestión de macronutrientes es inadecuada para satisfacer los requisitos metabólicos, lo cual puede tener como consecuencia un desgaste progresivo, debilidad, decaimiento, compromiso de la función inmune, posible intolerancia a la terapia y por último la muerte.

La anorexia o pérdida del apetito, es el síntoma más común entre las personas con cáncer lo cual puede ocurrir al principio del proceso de la enfermedad o más tarde a medida que el tumor crece y se metastatiza. La anorexia esta presente en un 15% - 25% de todos los pacientes con cáncer en el momento del diagnóstico y es casi universal entre los pacientes con enfermedad metastásica amplia.

También la anorexia y las aversiones de la comida contribuyen a un aislamiento social cuando las personas no pueden participar en actividades comunales que están relacionadas con la comida (Oncolink, 1996 - 97).

Al margen de estas reacciones posteriores a la administración del fármaco, un porcentaje de pacientes que se estima es un tercio, los cuales sufren de vómitos y nauseas anticipatorias. Suelen darse dos tipos de reacciones, en algunos pacientes, las nauseas sólo aparecen en el interior del recinto clínico donde se llevan a cabo las sesiones de quimioterapia y ante la presencia de olores, objetos o personas relacionadas con la administración del fármaco; en otros, las nauseas pueden presentarse durante un tiempo variable anterior al momento de la administración y en determinados pacientes las nauseas

pueden incluso aparecer por el sólo hecho de pensar en la sesión de quimioterapia (Sarafino, 1994; Latorre y Beneit, 1995).

Algunos pacientes llegan a encontrar estos efectos secundarios tan aversivos que abandonan el tratamiento a pesar de que ello puede significar la muerte.

La ***cirugía*** es otro tratamiento a pacientes con cáncer, aquí el paciente debe someterse en ocasiones a mutilaciones o pérdida de algunos de sus órganos, si éste es interno o no visible, en algunos casos no va a tener consecuencias psicológicas significativas, pero si la pérdida de algunos de sus órganos es externa y visible las consecuencias psicológicas son mayores y se vuelven más significativas. Por ejemplo, la mastectomia[6] (Delgado, 1995).

Otro tratamiento es la ***radiación,*** aquí las personas pueden sufrir de irritación, quemaduras o pérdida del cabello, náusea, vómito, pérdida del apetito, esterilidad y reducción del buen funcionamiento de la médula ósea, particularmente si el área de radiación es amplia o si es en el abdomen, ya que en esta área se tiene como consecuencia la diarrea, nausea, vómito y la formación de fístulas[7].

Como se pudo observar son diferentes y muy severos, en algunos casos, los efectos colaterales de los tratamientos del cáncer. Aquí el paciente debe tener mucha fuerza de voluntad así como seguir las indicaciones médicas para obtener un buen resultado de los tratamientos mencionados anteriormente.

2.3 FASES DE UNA ENFERMEDAD GRAVE

La enfermedad grave, como el cáncer, puede ser descrita como aquella que consta de cuatro fases, incluyendo la fase antes del diagnóstico, la fase aguda, la crónica y la de la recuperación o muerte.

[6] Mastectomia: Extirpación quirúrgica de una o de las dos mamas con objeto de eliminar un tumor maligno.
[7] Fistula: Comunicación anormal entre un órgano interno y la superficie corporal o entre dos órganos internos como la pulmoperitoneal, causada por un defecto congénito, traumatismo, infección, extensión de una lesión maligna, radioterapia de una neoplasia o traumatismo del parto. Diccionario de Medicina Océano, Mosby, 4ª. Ed.

Según, (National Cancer Institute, NCI; 1998, Agosto) la fase anterior al diagnóstico de una enfermedad grave, el periodo de tiempo antes del diagnóstico, cuando el paciente reconoce que corre el riesgo de desarrollar una enfermedad grave. Esta fase no se compone de un solo instante, sino que se extiende por todo el período en que la persona es sometida a un examen físico que incluye varios análisis y que culmina en el momento en que el diagnóstico es dado.

La fase aguda se centra alrededor del diagnóstico cuando la persona se ve forzada a entender el diagnóstico y tiene que tomar una serie de decisiones acerca de su cuidado médico.

La fase crónica se define como el período entre el diagnóstico y el resultado. Los individuos tratan de lidiar con las demandas de la vida cotidiana al mismo tiempo que tratan de mantener y aceptar el tratamiento, así como los efectos secundarios. En el pasado el período entre el diagnóstico y la muerte era típicamente medido en meses, la mayoría de los cuales se pasaban en el hospital. Hoy las personas pueden vivir años después de un diagnóstico de cáncer. Durante la fase de recuperación las personas tienen que enfrentar los efectos psicológicos, sociales, físicos, religiosos y monetarios del cáncer.

La fase final o terminal de una enfermedad grave ocurre cuando la muerte deja de ser una posibilidad y se convierte en algo inminente. En este momento las metas médicas cambian de objetivo, y en vez de intentar curar o prolongar la vida del individuo, se concentra en confortar u ofrecer alivios al dolor.

2.4 ASPECTOS PSICOSOCIALES DEL CÁNCER

Los enfermos de cáncer se enfrentan con problemas psicosociales y socioculturales, subsiguientes al diagnóstico de cáncer.

Los médicos han reconocido desde hace mucho tiempo la importancia de identificar y abordar los aspectos psicosociales del cáncer. Grupos profesionales tales como el Grupo de Asistencia Social de Oncología Pediátrica, la Asociación de Asistencia Social de Oncología, la Sociedad de Enfermeras y de Oncología, la sociedad Americana de Oncología Psiquiátrica y

SIDA, y otros grupos disciplinarios se han concentrado en satisfacer comprensivamente las necesidades de las personas con cáncer (National for Cancer Coalition Suvivorship; NCCS, 1997).

En el momento en que la persona se entera de que tiene cáncer, comienza a tener un sufrimiento psicológico, quizás asociado a la imagen de la muerte, muchas veces acompañado de dolores físicos seguramente preexistentes.

Cabe mencionar que muchos pacientes, al momento de obtener el diagnóstico de que tienen un tumor, lo relacionan inmediatamente con cáncer, sin saber antes que éste puede ser benigno; por lo cual empieza un proceso de angustia, estrés, desesperación, inestabilidad y tal vez se tenga la percepción de que el tratamiento del cáncer desfigura, es doloroso, prolongado, caro y/o inútil. Pero todo este proceso que sufre el paciente, con respecto a la enfermedad de cáncer, se relaciona con los aspectos psicosociales, ya que éstos determinan, en parte, la definición y el significado de la enfermedad para el paciente y sus familiares, frecuentemente estos aspectos interactúan con la enfermedad para determinar la gravedad (Cooper, 1986 y Fernández, 1989).

Lipkin y Cohen (1989), mencionan que cuando un paciente es informado de su pronóstico, puede quedarse tan perplejo y desconcertado que en realidad sea incapaz de oír y/o comprender plenamente lo que se le está diciendo. Tal vez parezca estar calmado, lo que se interpretará como indicativo de que ha oído y entendido. Más tarde, da la sensación de que sólo se le haya dicho lo que quería oír. Puede ser demasiado demoledor aceptar el significado global, y el paciente procederá a preguntar muchas cuestiones una y otra vez.

El enfermo puede haber sido informado o no de su diagnóstico y puede conocer o no la verdad sobre su proceso. El nivel de información que posea dependerá de sí ha expresado al médico su deseo de saber, es decir, que tanto él desea conocer sobre su estado de salud. Sin embargo, Wellisch (1986), menciona "el problema consiste en saber qué tanto se le debe decir al paciente y en qué momento. El paciente merece saber tanto como pueda asimilar en un momento dado" (p. 207).

Las reacciones que tiene el paciente ante el conocimiento de la enfermedad que tiene son muchas, a continuación se darán algunas, según Gray, (1987); Lowitz y Cascíato, (1990):

- La pérdida de salud y de la integridad física (como resultado de la enfermedad, la desfiguración y el malestar).
- La pérdida de los amigos y de los seres queridos (incluyendo la separación para recibir tratamiento, el rechazo de algunos amigos o de algunos familiares).
- Incapacidad para llevar a cabo las actividades rutinarias (como el cuidado personal, el trabajo y las aficiones).
- Pérdidas económicas (como resultado de los costos del tratamiento y de la pérdida del trabajo).
- Pérdida de la autoestima
- Pérdida de las convicciones religiosas ("¿Por qué yo?") o del sentido de inmortalidad.

Estos problemas pueden ir cambiando según el momento, es decir, todos ellos están en función de la etapa del cáncer en la que se encuentran los pacientes y la evolución de la enfermedad (Holland 1973; cit. en Latorre y col, 1994). La fase de *prediagnóstico* se caracteriza por la preocupación por los síntomas y las conductas de retraso hasta que la persona se somete a exploración. En la fase de *diagnóstico,* la incertidumbre, el sometimiento a diversas pruebas y la espera de resultado, son la característica común. En la etapa de *tratamiento,* la atención del paciente se centra en los efectos de las medidas terapéuticas (las cuales pueden ser muy aversivas). Si el tratamiento tiene éxito, el individuo ha de volver a interactuar con su medio y a realizar sus actividades cotidianas; aquí predominan los problemas de adaptación a las nuevas condiciones, resultando necesario para muchos pacientes pasar por una etapa de rehabilitación.

A continuación se mostrará el curso clínico del cáncer (**Figura 1**), ilustrando las posibilidades de evolución de esta enfermedad.

Como se ha visto, el cáncer produce un sin fin de emociones y los pacientes reaccionan de diferentes formas, se describirán algunas de ellas según Lowitz y col. (1990); Lipkin y Cohen, (1980); y Sarafino, (1994):

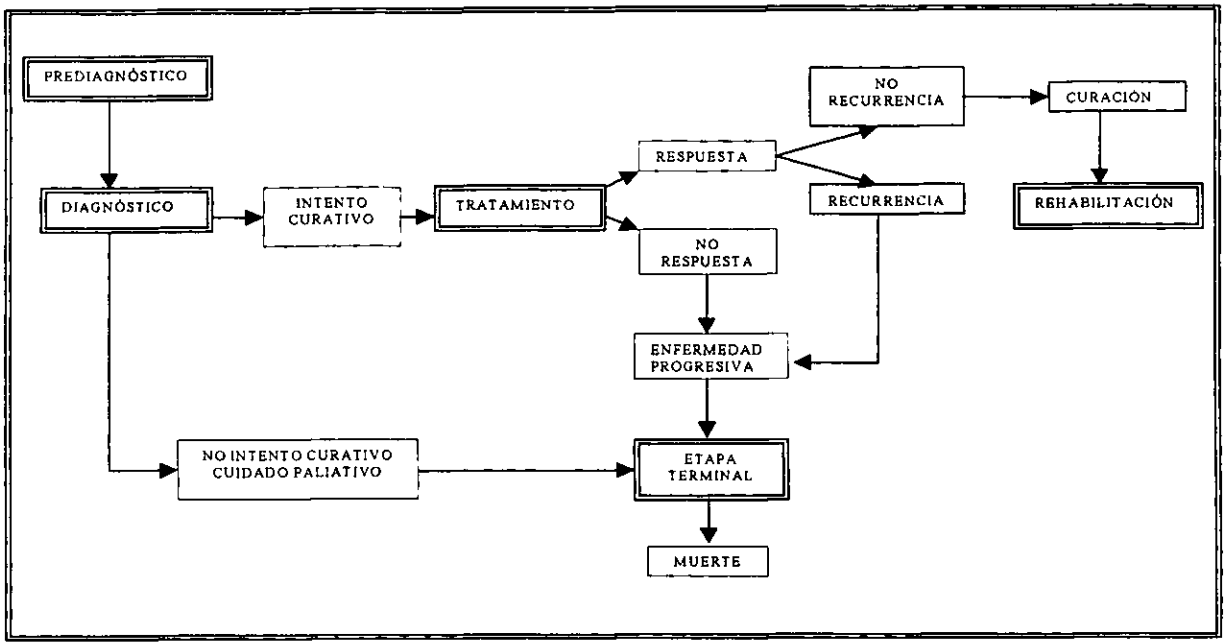

Figura 1. Curso Clínico del cáncer. Etapas: prediagnóstico, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, terminal. (Adaptado de Holland, 1973).

- *Rechazo.* La primera reacción al diagnóstico, involucra la negación de creer que es verdad. Los pacientes dicen "no, no puede ser verdad" o" debe haber algún error" o" los informes del laboratorio son incorrectos". El rechazo puede ser la primera reacción que tienen los pacientes y se movilizan para conseguir segundas opiniones donde esperan escuchar: "el doctor que lo atendió se equivoco, usted no tiene nada".

- *Hostilidad e ira.* Son las reacciones más comunes y se manifiestan típicamente por una desviación de la ira hacia los médicos, personas allegadas y otros. Los pacientes y sus familiares echan a menudo la culpa de la enfermedad a que no han cuidado debidamente de su salud.

- *Ansiedad.* Se manifiesta con agitación, poca capacidad de concentración, problemas con el sueño o comportamiento compulsivo. A menudo se confunde la sensación subjetiva del dolor con el dolor físico real o con un empeoramiento. La ansiedad se produce de manera generalizada.

- *Sentimiento de culpabilidad.* Se pone de manifiesto al buscar un culpable. Pacientes y familiares buscan y buscan las posibles causas de la enfermedad y a sus experiencias con el tratamiento. Sienten que si no hubieran hecho tal o cual cosa, la situación actual estaría bien.

- *Arrogación.* Se manifiesta por un comportamiento petulante y exigente. Los pacientes sienten que merecen un tratamiento especial y ciertas compensaciones por la pérdida de salud.

- *La docilidad.* Se desarrolla cuando los pacientes comprenden su enfermedad y sienten que dependen de los médicos. La docilidad se presenta como una base para pactar su supervivencia, ya que sienten que haciendo todo lo que ellos indiquen se pueden curar y de alguna forma, dependen de ellos.

- *Depresión:* Es una respuesta conveniente, siempre que no lo sea de forma severa, es decir, no puede excederse en tiempo (hablando de meses) porque ya no sería considerada como una respuesta ante el cáncer, sino como una enfermedad. Diversas

manifestaciones de que existe depresión son indiferencia, insomnio, anorexia, retraimiento. Los pacientes parecen haber perdido el interés por todo.

- *Aceptación.* Pacientes que viven mucho tiempo pueden alcanzar la última fase en la que ellos ya están deprimidos, pero siente una calma y aproximación hacia el final (muerte).

Por otra parte, Barreto, Capafons e Ibañez (1990; cit. en Latorre y Beneit, 1994), mencionan que otra de las reacciones más comunes que experimentan los pacientes de cáncer es el estrés. Las características que presenta el cáncer como acontecimiento estresante son:

- Se trata de una enfermedad que amenaza directamente la supervivencia. Además, la etiqueta de esta enfermedad implica connotaciones de padecimiento vergonzoso.
- El curso y el pronóstico son inciertos normalmente y no siguen una pauta determinada, al menos conocida.
- El padecimiento puede suponer mutilación para el sujeto, debido a las terapéuticas invasivas (cirugía), provocando cambios en la autoimagen.
- Los tratamientos son aversivos producen efectos colaterales y disonancia con los esquemas habituales de enfermedad (los pacientes perciben que "se ponen enfermos", en vez de mejorar con el tratamiento).
- Los tratamientos interrumpen la vida cotidiana, provocando cambios importantes en los hábitos de los pacientes.

En lo que respecta al dolor, el cual los pacientes con cáncer padecen, es el principal factor que suele determinar la búsqueda de ayuda especializada. El dolor posee, aparte del componente biológico, una dimensión psicológica interpretativa que depende de la historia individual de cada persona en un contexto cultural. El dolor crónico por cáncer, representa uno de los eventos más significativos en cuanto a su capacidad de alterar la calidad de vida del paciente.

Su importancia radica en la gran cantidad de datos que enfatizan la influencia de factores afectivos, emocionales, cognitivos y motivacionales en relación con la experiencia dolorosa

por una parte, y se interrelacionan con factores tales como la personalidad, la cultura, el medio histórico-social, en estrecho vínculo con los mecanismos psicodinámicos de la ansiedad, depresión, atención y significación del dolor.

Los factores conceptuales, vinculados al dolor, son muy personales, ya que lo que el dolor significa implica diferencias en cuanto a cómo es percibido, lo que condiciona tanto la intensidad del dolor como el patrón de conducta que se adopte ante el mismo. El dolor es una vivencia subjetiva, que no puede ser demostrada por quien lo siente, ni refutada por el observador. La experiencia dolorosa se hace muy compleja de comunicar, puesto que la interpretación es por completo personal, generalmente los términos en que se describe son vagos y es por ello que muchos pacientes se sienten frustrados en sus intentos y deseos de expresar la calidad e intensidad de su dolor.

Los tumores que producen una elevada incidencia dolorosa son: los de localización ósea (85%), cavidad oral (80%), genitales (70%), mama (50%), pulmón (45%) y sistema linfático 35 % (Knapp y Delgado, 1990).

Como se ha visto, algunos enfermos de cáncer sufren una ruptura progresiva de sus estilos de vida y presentan problemas emocionales de los cuales no se recuperan por completo (lo que posiblemente puede influir en el transcurso de la enfermedad), en cambio otros, parecen adaptarse a la enfermedad sin muchas dificultades. Todo lo anterior varía, ya que las estrategias de afrontamiento son distintas, estas van a depender del contexto de los antecedentes y experiencias personales de cada paciente, sus culpas y miedos, y su forma de afrontar los acontecimientos estresantes o difíciles.

De acuerdo con Moos (1982; cit. Sarafino, 1994), las personas que están enfermas necesitan dirigirse a dos tipos de tareas adaptables en el proceso de afrontamiento:

L*as tareas relacionadas a la enfermedad o tratamiento* que involucran aprender a: (1) afrontar las causas de los problemas de salud con los síntomas o invalidez, (2) ajustarse al ambiente del hospital y los procedimientos médicos necesarios para el tratamiento de la enfermedad, y (3) desarrollar y mantener buenas relaciones con el personal médico.

Las tareas relacionadas al funcionamiento psicosocial general, involucra el esforzarse a: (1) controlar los sentimientos negativos y retener una perspectiva positiva para el futuro, (2) mantener una satisfactoria autoimagen y sentido de competencia, (3) preservar las buenas relaciones con familiares y amigos, y (4) prepararse para un futuro incierto.

Classen, Koopman, Angell y Spiegel, (1996), realizaron un estudio acerca de los estilos de afrontamiento. El objetivo de este fue determinar si el ajuste psicológico para el cáncer de pecho avanzado, estaba asociado positivamente con la expresión de emociones y adopción de un espíritu de lucha y negativamente asociado con la negación y fatalismo. Se utilizaron algunas escalas para las asociaciones, *el Perfil de Estados de Animo,* fue usado como medida de ajuste psicológico, en este perfil se midieron los trastornos emocionales. *En la Escala de Control Emocional de Courtauld,* fueron medidas las expresiones emocionales. *La Escala de Ajuste Mental al Cáncer* midió el espíritu de lucha, la negación y el fatalismo. La muestra fue de 101 mujeres con un diagnóstico de metástasis o cáncer de pecho recurrente. Los resultados fueron los siguientes: hubo una asociación con mejor ajuste entre el espíritu de lucha y la expresión de emociones. No se encontró ninguna asociación entre trastornos emocionales, negación y fatalismo. Como el estudio fue de tipo transversal, no fue posible obtener conclusiones con respecto a la relación entre ajuste psicológico y la expresión de emociones, pero si fue posible la relación con el espíritu de lucha.

Algunas de las estrategias según Moorey y Greer (1989; cit. en Latorre y col., 1994), más comunes que usan los pacientes y sus familiares son:

- Espíritu de lucha: Se manifiesta a través de la búsqueda activa de información acerca de la enfermedad y los tratamientos. Se percibe la enfermedad como un reto.
- Evitación positiva: El paciente deja de pensar en la enfermedad, considerando que su pronóstico es bueno. No percibe la enfermedad como amenaza.
- Negación: El paciente considera que el diagnóstico de cáncer es un error, que realmente él no tiene cáncer.
- Desesperación-indefensión: El paciente piensa que no puede ejercer ningún control sobre la enfermedad. Se percibe el diagnóstico como una pérdida, lo que puede desencadenar auténticas depresiones en el enfermo.

- Fatalismo-resignación pasiva: El paciente acepta pasivamente su enfermedad y se resigna a su suerte. Se percibe el diagnóstico como pérdida.
- Preocupación ansiosa: Se percibe el diagnóstico como una amenaza, lo que comporta un estado de incertidumbre, tanto acerca de su capacidad de control, como sobre las posibilidades futuras.

Se han realizado muchas investigaciones acerca de las conductas que pueden prevenir el cáncer, los estilos de afrontamiento que tienen las personas, los sentimientos o emociones que produce la palabra cáncer, la relación entre diferentes variables relacionadas al cáncer, etcétera. Una de esas investigaciones es la de Calnan (1984; cit. en McCaul, Schroeder y Reid, 1996), él descubrió que las mujeres que reportaron más preocupación acerca del cáncer de pecho fueron, posteriormente, más probables a atenderse en una sesión de examinación mamográfica. El estudio que presentan McCaul y cols. Op. cit., es de las preocupaciones del cáncer de pecho, las cuales fueron medidas entre 353 mujeres de edades entre 40 y 75 años, del Norte de Dakota. Un año después del estudio, se recontactaron a las participantes para preguntarles acerca del comportamiento de autoexaminación en el año anterior. El resultado fue de una mayor preocupación acerca del cáncer de pecho, la cual se relacionó a una alta probabilidad para que las mujeres se realizarán autoexámenes de pecho y examinaciones clínicas.

Esta información no apoya la idea de que la preocupación de tener cáncer, inhibe la realización de autoexámenes y visitas al doctor, en cambio, motiva a una conducta de autoprotección.

Por otra parte, la construcción de la realidad por parte del paciente, es un aspecto a considerar en el área psicosocial, ya que cuando se es informado del diagnóstico de cáncer, la realidad deber ser reestructurada, no una vez, sino continuamente.

Lo difícil no es el hecho de "tener cáncer", sino los significados implícitos que la persona une a la enfermedad: dolor, desfiguración, hospitalización, dudas, incapacidad de cuidar a la familia, pérdida del atractivo o de la función sexual, incapacidad y muerte posible; encontrar formas de enfrentarse a la realidad arrolladora pero real. Murray (1983; citado en Bakal, 1996) informó sobre las necesidades tales como la evitación del daño, la consciencia, la

autonomía, los logros, el orden, y la inviolabilidad, todas las cuales pueden ser bloqueadas por el cáncer y su tratamiento, cada una de las cuales pueden determinar la percepción y, por tanto, la construcción de la realidad.

El cáncer puede producir alteraciones importantes en la percepción y en la construcción de la realidad por uno mismo, a causa de su impacto sobre otro determinante sociocultural: los papeles sociales de uno mismo. "La enfermedad dicta claramente que uno esté hasta cierto punto en el papel de paciente y debido a la naturaleza del papel de reciprocidad, es requerido el correspondiente papel, por parte de los cuidadores; así pues, deben aprenderse los nuevos papeles de relaciones. Cada uno de nosotros ocupa numerosos roles y el cáncer puede poner a estos papeles en conflictos, algunos de ellos abandonados, otros solapados, y algunos planteados cuando no se reciben las recompensas por el papel desempeñado" (Bakal, ibídem; p. 249).

La amenaza al cumplimiento de los roles y actividades sociales acostumbrados como: separación de la familia, amigos y otros apoyos sociales, pérdida de los roles importante (en el trabajo, instituciones, empresas, grupos, etcétera), necesidad de depender de otros. También implica la necesidad de adaptarse a un nuevo ambiente físico y social: adaptación al ambiente del hospital, problemas para comprender la terminología médica y sus costumbres, necesidad de tomar decisiones en situaciones estresantes y desconocidas.

Finalmente la percepción de la realidad puede ser influenciada por las costumbres ancestrales, los hábitos que contribuyen a la cohesión del grupo y a los sentimientos de pertenencia. Las pautas de conducta modificadas, procedentes de un diagnóstico de cáncer, y su tratamiento, pueden necesitar una modificación en uno mismo, con respecto al sentido de la alienación, el anonimato y la enajenación de creer en la enfermedad como el fin de la existencia.

La **familia,** al igual que el paciente, vive en un medio de tensión generado por la malignidad del paciente. Esta tensión no sólo viene de la amenaza potencial de la muerte inherente al cáncer, sino también de la carga emocional de afrontar las secuelas de la quimioterapia, radioterapia o la cirugía. Estas secuelas requieren ajustes y crean tensiones adicionales, ya que obligan a toda la familia a limitar sus actividades externas y por

consiguiente, si son pocos los recursos económicos, lo cual puede llevar a frustraciones y conflictos (Wellisch, 1986).

Stolvach y Constance (1994), hacen referencia a lo importante que es el incluir miembros de la familia en las etapas tempranas del cuidado del cáncer. Los pacientes continuamente están en la necesidad inmediata de consejería, en el momento del diagnóstico, acerca de los pro y los contras de los tratamientos y el pronóstico de los mismos; algunas personas desean sentirse acompañadas y apoyadas en el momento de recibir el diagnostico, sobre todo cuando la familia ha sido unida, es por ello que se considera importante que lo acompañe algún(os) integrante (s) de la familia.

Los miembros de la familia deben participar activamente en el cuidado del paciente. Uno de los miembros de la familia o el paciente debe constituirse en portavoz y saber todo acerca de la enfermedad, el diagnóstico y las responsabilidades familiares (Lowitz y Cascíato, op. cit).

Para la familia es difícil de aceptar y ver a una ser querido enfermo, con dolor y no poder hacer nada para que se sienta mejor. Los familiares usualmente se sienten desamparados y solos, ya que le es problemático enfrentar las diferentes etapas de la enfermedad, al igual que los estados anímicos del paciente. Ellos quisieran encontrar una cura para su familiar, porque no aceptan el diagnóstico que el médico les dio, por lo mismo, acuden con otros doctores queriendo escuchar que el paciente no tiene cáncer (OncoLink, National Cancer Insititute. PDQ[8]; 1998, Agosto).

Es importante que los familiares de pacientes con cáncer también reciban el apoyo necesario, por parte de un psicólogo, ya que dentro de la familia se genera un ambiente de estrés, angustia, desesperación, etcétera y en la etapa terminal, deben saber como superar esa perdida, es decir, superar el duelo.

[8] PDQ: Es un sistema computarizado que provee información actualizada sobre el cáncer y su prevención, detección, tratamientos y cuidados. Es un servicio de Instituto Nacional de Cáncer (NCI, siglas en Ingles) para las personas con cáncer, familiares y profesionales de la salud.

CÁNCER EN LA NIÑEZ

El cáncer alcanza a cerca de 7,800 niños cada año en los Estados Unidos y la leucemia, es la forma más común de mal individual en los menores de los 15 años de edad. Las mejorías en los métodos de tratamiento han reducido el porcentaje de muerte de cáncer en la niñez alrededor de la mitad. La quimioterapia es la forma principal de tratamiento (Sarafino, 1994).

Este tratamiento produce el mismo efecto en niños como en los adultos, incluyendo náuseas y vómitos. La pérdida de su cabello puede ser una penosa y traumática experiencia para la mayoría de niños y adolescentes, aún cuando les va creciendo eventualmente.

Pero si un niño recibe tratamiento, la recaída que pueda tener no se da en los primeros cinco años después del diagnóstico, las oportunidades son muy altas de que la leucémia nunca aparezca.

"El tratamiento para leucemia comienza con una fase de ""inducción"", en la cual el paciente recibe combinaciones de drogas en altas dosis que produce una remisión llena. Se continua con una fase de ""mantenimiento"", ya que en esta etapa (3 años después del diagnóstico) se detecta un alto riesgo de recaídas. Durante este tiempo los pacientes reciben quimioterapia, exámenes de sangre cada semana o quincena, y frecuentemente examinaciones de la médula de los huesos, para revisar si existen células cancerosas.

Uno de estos exámenes llamado aspiración de la médula de hueso, es extremadamente doloroso; consiste en insertar una larga aguja en la cadera del niño y luego succionar una parte de la médula. Todo el procedimiento es doloroso, pero el dolor más fuerte es cuando la médula es retirada. Algunos calmantes ayudan a los pacientes a aminorar el dolor. Investigadores han encontrado que estos dolores y aflicciones pueden ser aminorados con métodos psicológicos, como la hipnosis, técnicas conductuales, y otras más para la atención del dolor" (Sarafino, 1994; p. 454).

La muerte es un concepto muy abstracto y, como tal, no es entendido bien por niños y jóvenes. Antes de los cinco años de edad aproximadamente, piensan que la muerte es como

vivir en otro lugar y la persona que se encuentra ahí puede regresar. También creen que las personas pueden evitar la muerte. Por ejemplo, un niño podría concebir la muerte como un monstruo, del cual la gente podría defenderse, ya sea corriendo de él o engañándolo. Aproximadamente a los ocho años, la mayoría de los niños entiende que la muerte pasa por todos, es el final, e involucra la ausencia de funciones corporales.

La mayoría de los niños, en las primeras edades, tienen poca experiencia con personas agonizantes, por ejemplo, una persona cercana como un abuelo, vecino, o de un animal doméstico. Por lo mismo, no saben de qué se trata y para ellos es difícil comprender lo que significa el morir.

La muerte de alguna persona cercana, no es un tema fácil para muchos adultos, éstos normalmente intentan ahorrar a los niños las realidades de la muerte, les dicen que la persona muerta "se ha marchado", o "está en el cielo, con Jesús", o "sólo está durmiendo".

Cuando un niño tiene una enfermedad terminal, los padres a veces deciden no decirle, ya que piensan que así tendrán menos sufrimiento emocional. Pero los niños de edad escolar agonizantes parecen comprender la gravedad de sus enfermedades aún cuando no les dicen, y ellos muestran mayor ansiedad que los niños tremendamente enfermos que no están muriendo (Spineta, 1977; citado en Geocities, 1998).

El niño enfermo terminal sabe que está muriendo gradualmente: al principio, reconoce que está muy enfermo, pero cree poder recuperarse, después comprende que está continuamente enfermo y no mejorará. Cuando aprende de la muerte es cuando saben de otro niño, igual que él, sobre todo con una enfermedad similar que fallece, así comprende que él también puede morir.

Especialistas del niño ahora creen que generalmente los niños deben saber sobre sus enfermedades, claro, cuando ellos puedan comprender su situación. Con niños más grandes se puede tener una proximidad abierta, honrada, y sensible, lo cual parece reducir su ansiedad y así poder mantener una relación llena de confianza. En cambio con los niños más pequeños se les debe explicar con los términos que ellos manejan, con la finalidad de que

puedan entender el mensaje que se les quiere decir, también debe haber un clima de confianza, sensibilidad y honestidad.

Se debe tener cuidado en el trato hacia el niño, sobre todo para evitar en él una idea errónea con respecto a su apariencia física por estar enfermo, el cuidado incluye desde el saludo, el trato, el cómo se dirigen las personas hacia él, el tipo de mirada, los gestos, etcétera. Los niños son muy sensibles a todo ello, ya que son muy conscientes y perciben señales muy rápido de otras personas. Ellos se sienten muy cómodos en un ambiente cálido, proporcionado por sus seres queridos. (Golden, Gersh y Robbins, 1992).

Para finalizar este subcapítulo, National for Cancer Coalition Survivorship (NCCS) en 1997, realizó encuestas con profesionales bien versados en el campo de la oncología psicosocial. Se les pidió que respondieran a preguntas tanto del cuidado psicosocial como de la necesidad para futura investigación oncológica psicosocial. También se les pidió que identificarán las barreras en el desarrollo de la disciplina. A continuación se darán algunos puntos de los resultados de la investigación:

"Principales desafíos psicosociales que enfrentan las personas con cáncer.

El adaptarse a las consecuencias sociales del cáncer.

- Reconciliar la "experiencia viva" de cáncer con la percepción social y las expectativas con respecto a las personas con cáncer.
- Negociar cambios en las relaciones interpersonales, papeles y funciones de la familia.
- Reconocer que el cáncer todavía lleva un estigma y lidiar con discriminación basada solamente en la historia del cáncer.
- Superar los obstáculos para la estabilidad financiera, seguridad del trabajo y seguro.

*Los servicios psicosociales que deben ser proporcionados a **cada una** de las personas con cáncer deben hacer énfasis en un enfoque encadenado, completo y **multidisciplinario**.*

Las personas con cáncer deben tener acceso al cuidado del cáncer completo que incluye:

- Un proveedor médico primario y cubrimiento de seguro adecuado para su cuidado.
- Servicios de rehabilitación que incluyen terapias físicas y profesionales.
- La disponibilidad de un programa psicosocial y un gerente del caso que proporcione evaluación, educación, apoyo y referencias para los servicios.
- Exámenes de detección de riesgos psicosociales y una evaluación profunda del individuo y la familia, llevados a cabo regular y continuamente por el espectro de la enfermedad, por especialistas psicosociales calificados y, junto con el plan médico, el desarrollo de un plan de tratamiento psicosocial.
- Una opción de modalidades de la intervención que incluye consejería individual, familiar, matrimonial, de compañeros y pastoral, y acceso a las terapias complementarias.
- Entrenamiento en defensa propia relacionada con el cáncer, incluso la búsqueda de la información, negociación, comunicación y habilidades para resolver el problema.

El paciente y la familia deben verse como la unidad de cuidado y deben recibir:

- Educación apropiada culturalmente sobre el cáncer, su tratamiento y efectos secundarios, y las responsabilidades necesarias para el cuidado físico que el paciente y su familia deben asumir.
- Información sobre organizaciones locales, estatales y nacionales que proporcionan apoyo, educación y servicios concretos que incluyen cómo acceder a la información legal y a los servicios en el lugar del trabajo, seguro y otras discriminaciones relacionadas con el cáncer.
- Abogacía especial en el hombre de los hijos de los pacientes de cáncer para que sus necesidades sean identificadas.

Áreas más importantes para la investigación oncológica psicosocial que deben emprenderse en la próxima década.

Investigación de resultados

- El impacto de los servicios psicosociales en los resultados financiero y de salud.
- La efectividad diferencial de los diferentes tipos de intervenciones psicoterapeuticas en la influencia para la supervivencia y el mejor ajuste al cáncer.
- El impacto psicosocial en la calidad de vida con el envolvimiento en estudios clínicos

Estudios exploratorios.

- El significado de supervivencia en las culturas.
- Examen de los factores críticos que contribuyen a, o inhiben al paciente a tomar decisiones.
- Identificación de factores de resistencia de los sobrevivientes de cáncer.
- Maneras que el cáncer cambia el significado espiritual y/o existencial para el individuo.

Problemas psicosociales en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la enfermedad, según Chesler (1991):

- Las familias en las que ocurre el cáncer normalmente no son "familias problemáticas", lo que hay que hacer es darles apoyo de diferentes tipos, respetando la salud familiar que tienen previa al diagnóstico, y prevenir la patología que se puede presentar.
- Muchos cuidados psicosociales no se hacen de una forma conjunta, se separa al niño de la familia y a ésta de la comunidad. Debemos planear el apoyo psicológico-social de una forma que trate con la unidad social entera de la familia, la familia completa y las relaciones con los amigos, vecinos y comunidad.
- Rara vez se ofrecen cuidados psicosociales integrados entre médicos, enfermeras y resto de profesionales, hay falta de información y coordinación general entre los especialistas médicos y psicosociales.
- Rara vez los servicios psicosociales son proporcionados en el tiempo y diseñados para trabajar con el paciente y su familia, a lo largo de varias etapas del tratamiento médico

y progresos psicosociales. Los problemas financieros y de personal que afectan a muchos hospitales hace imposible seguir a los pacientes y a las familias durante tiempo a no ser que presenten "problemas psicosociales".

- Muchos de los servicios psicosociales que sabemos tan importantes no están disponibles para muchos pacientes y sus familias.

Barreras para la investigación oncológica psicosocial.

Barreras globales

- Falta de importancia percibida (o mérito) de la investigación psicosocial dentro de la comunidad de investigación.
- Conocimiento limitado del valor de las intervenciones psicosociales.
- Las necesidades de los pacientes/sobrevivientes después del tratamiento no son consideradas importantes dentro de la comunidad médica.

Barreras nacionales

- Falta de esfuerzos cooperativos entre los investigadores, sobre todo entre las disciplinas profesionales.
- Falta de fondos para la investigación psicosocial en el sector nacional y en el sector privado.
- Falta de apoyo institucional para la investigación en los hospitales y centros de cáncer." (1-7).

Creo que el paciente con cáncer tiene necesidades especiales, las cuales van a determinar el tratamiento médico y psicológico. Éstas varían desde el tratamiento médico, no son las mismas consecuencias de una quimioterapia a una radioterapia; edad del paciente, la cual puede ser desde la niñez, adolescencia y edad adulta, es diferente para todos ellos; historia familiar, saber cómo se desenvuelve la familia ante experiencias dolorosas, qué tipo de relación mantiene cada miembro y el rol que el enfermo tiene en su familia; y hasta en la misma sociedad, conocer qué tipo de empleo tiene, conocer qué tipo de actividad tiene en su

trabajo, saber si asiste a un club social o forma parte de una organización, etcétera. Estos elementos se deben considerar para un tratamiento específico y los resultados puedan ser óptimos.

CAPÍTULO III TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS A PACIENTES CON CÁNCER.

3.1. TEORÍA CONGNITIVO-CONDUCTUAL

En este capítulo se discutirán los procedimientos del tratamiento cognitivo conductual, que ha sido el más empleado para conductas disfuncionales, vistas en escenarios médicos. Las técnicas de las terapias cognitivo conductuales tratan una amplia gama de conductas mal adaptativas que han sido resistentes a otros tipos de tratamientos. Los resultados resaltan la potencia clínica de estos métodos, así como los principios de aprendizaje en los que son basados.

DESENSIBILIZACIÓN SISTEMÁTICA

Es una técnica desarrollada por Joseph Wolpe en 1958, como un medio de aliviar la ansiedad.

El procedimiento de este tratamiento es el siguiente: se presenta una jerarquía graduada de escenas que se construyen, las cuales van de poca ansiedad - a mucha ansiedad, en las situaciones que provocan la ansiedad. El individuo gradualmente trabaja en esta jerarquía, aprendiendo a tolerar escenas más difíciles cuando él o ella se relajan. La respuesta de relajación tiende a inhibir la ansiedad con las escenas imaginadas. Esta habilidad de imaginar, para tolerar la ansiedad, relacionada a objetos o situaciones, produce una disminución significante de ansiedad en las situaciones relacionadas en la vida real.

En el caso del cáncer, se ha encontrado ser eficaz reduciendo náusea y vomito anticipatorio, también después del tratamiento de quimioterapia que les dan a estos pacientes (Baum, y col. 1997).

ENTRENAMIENTO EN RELAJACIÓN

Es la estrategia de intervención más utilizada en el sector salud, sobre todo para la preparación a los procedimientos médico quirúrgicos que son estresantes. Este

entrenamiento ha sido considerado como la "aspirina de la medicina conductual" ya que es la técnica más utilizada por los psicólogos que prefieren apoyarse en la teoría conductual, sin embargo, cabe aclarar que generalmente se emplea combinada con otras técnicas. Por otro lado, aunque las estrategias de relajación fueron originalmente propuestas como intervenciones en el estado fisiológico del paciente, se ha encontrado que también interviene en los dominios afectivos y cognitivos, facilitan un sentido de autocontrol y competencia. Una de sus ventajas es que es fácilmente aprendida y administrada, presentando buenos resultados en todo tipo de pacientes, incluyendo los que tienen cáncer (Ramírez, 1996).

A continuación se presentaran algunos tipos de relajación:

- *Relajación diafragmática.* Es una forma simple de ejercicio de relajación, en donde se enseña a respirar a través del diafragma, generalmente se usa como previa a la relajación misma, aunque por sí sola puede alterar la respuesta condicionada al estresor.

- *Relajación muscular progresiva.* Está basada en el principio de que la relajación tiene acompañantes fisiológicos que son opuestos a la ansiedad; se enseña a los pacientes a tensar los músculos intencionalmente, y luego relajarlos. Se indica al sujeto que enfoque su atención en los distintos músculos -desde la cabeza hasta los pies- así aprende a identificar y relajar los músculos que están en tensión. En algunos casos, es necesario modificar los procedimientos estándares, dependiendo del sujeto y de la enfermedad que presenta.

La meta principal del programa de entrenamiento es enseñarles la relajación de cada músculo a los individuos y proporcionarles práctica logrando así más relajación. Una vez que el individuo puede diferenciar los modelos de tensión en un grupo del músculo particular, ya no les dicen que se tense antes de relajarse. Se sugiere relajar los músculos que actualmente tengan tensión.

En pacientes con Cáncer, esta técnica, puede usarse a menudo para disminuir el dolor, náusea y ansiedad asociados con la quimioterapia (Knapp y Delgado, 1990; Baum y col. Ibídem).

- *Relajación autógena.* El entrenamiento autogénico, puede producir un estado de relajación profundo con el uso de autoafirmaciones positivas dirigidas a varias partes del cuerpo y sugiriendo sensaciones de calidez, calma, etcétera.

MODELADO

Está basado en la teoría del aprendizaje observacional, facilita la adquisición de conductas adaptativas mostradas por el modelo. (Kazdin, 1984).

Este método es usualmente benéfico empleando una jerarquía graduada: modelos realizan una sucesión de actividades que empiezan con aquéllos que son de menor temor y continuando con aquéllos que son de mayor temor.

El uso del modelado, ilustra cómo se han educado a niños con cáncer para tratar con las repetidas aspiraciones de médula de hueso y las perforaciones lumbares. Los procedimientos incorporados en el vídeo modelado incluyen: a) el uso de un modelo que le informa lo que ocurrirá al observador y por qué los procedimientos son necesarios; b) el uso de ejercicio de la respiración, específico para inducir relajación y servir como una distracción para el niño; c) el refuerzo aun para acostarse y haciendo el ejercicio respiratorio; y d) ser emotivo para inhibir ansiedad transformando el significado de dolor. La preferencia de un héroe de los niños está incorporada en la cinta (Melamed, 1989).

ENTRENAMIENTO DE HABILIDADES Y ENSAYO CONDUCTUAL

Aquí se aprenden habilidades específicas que facilitan el ajuste físico y psicológico. Implica aprender conductas de acercamiento con las personas relacionadas al tratamiento de una manera abierta y clara. Específicamente con el personal que está a cargo de la enfermedad del paciente (Doctores, enfermeras, y demás personal médico). Incluyen las conductas necesarias para el cuidado general durante el tratamiento y la rehabilitación (Ramírez, 1996). También se aprenden habilidades de *autoafirmación y asertividad.*

La técnica de formación asertiva es usada para aquellos individuos quienes experimentan angustia y ansiedad en situaciones donde ellos tienen que ser asertivos. La gente pierde la

confianza o la habilidad de ser asertivos y al dar a conocer lo que ellos desean saber o hacer, ellos constantemente no expresan sus necesidades eficazmente y experimentan angustia debido a su incapacidad de no poder expresar sus sentimientos o deseos. Esto puede crear una ansiedad interpersonal (Sarafino, 1994).

REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA

Todos los terapeutas cognitivo conductuales emplean alguna forma de reestructuración cognoscitiva. Los procedimientos de este tipo de terapia, son técnicas para producir cambios cognoscitivos. Aunque la reestructuración cognoscitiva puede lograrse a través de diferentes métodos, todos son para ayudar a que los individuos cambien aquellas conductas maladaptativas y otros más que son usados en el trabajo con pacientes de cáncer.

En este procedimiento el terapeuta determina aquellos pensamientos específicos o autoverbalizaciones que se presupone dan un incremento a la ansiedad. El terapeuta, entonces asiste para modificar en el paciente aquellas autoverbalizaciones negativas y reemplazarlas por aquellas que son positivas.

Un método que se usa dentro de la reestructuración cognitiva es *detener pensamientos* mal adaptativos. Esta técnica es usada con aquellas personas que experimentan angustia por los constantes pensamientos obsesivos, los cuales tienen dificultad para controlar. Hay razones para creer que los pensamientos perturbadores pueden tener efectos negativos en el estado de ánimo y la salud, así como el resultado de frecuentes pensamientos angustiantes. Si el paciente puede aprender a detener esos pensamientos intencionalmente acerca de la situación o estímulo estresante, algún control puede ser ganado y evidentemente mostrar que el proceso de parar los pensamientos disfuncionales son efectivos para terminar con pensamientos obsesivos (Sarafino, 1994).

- *El método didáctico.* A través de la terapia o por explicación, los conceptos erróneos pueden ser corregidos y enseñando actitudes más saludables. Por ejemplo, un terapeuta puede explicar a un paciente que está sintiéndose culpable, además de estar enfermo de cáncer, que la enfermedad que tiene no es algo congénito y es una enfermedad que se va desarrollando por muchos factores que están involucrados,

desde la personalidad, estilos de vida, tipo de dieta, etcétera. Muchos pacientes encuentran libros de autoayuda que les son útiles y que promueven actitudes saludables.

- *El método socrático.* Se usa un dialogo socrático, el terapeuta hace preguntas provocadoras al pensamiento con el propósito de conseguir que un paciente revalorice algunas de su o sus ideas a vencer. Por ejemplo, el paciente que está desahuciado por tener cáncer, podría preguntarse si él condenase a su hijo o hija, si cualquiera de ellos estuviera enfermo.

IMAGINACIÓN

Existen técnicas de imaginación que pueden ser usadas para ayudar a pacientes con cáncer. Muchas de ellas involucran que el paciente imagine que puede afrontar eficazmente el dolor, ansiedad y la depresión. Combinado con procesos de relajación o hipnosis; la imaginación puede ser usada como parte de un programa del manejo de estrés, para reducir el dolor o para preparar a pacientes para procesos médicos muy estresantes, como la quimioterapia, cirugía y aspiraciones de la médula ósea (Golden, Gersh y Robbins, 1992).

Esta estrategia hace uso del mundo interno, privado del paciente, a través de la creación de imágenes. Esta técnica puede dirigir a una relajación general a una reducción de la ansiedad, del síntoma y al cambio conductual.

- *Imaginación guiada* por Davis, Mckay y Esheiman, (1985; cit. en Ramírez, 1996). Se pide a los pacientes que visualicen en detalle una escena que consideren que los puede relajar, en otros casos, se utilizan las sensaciones corporales. En estos ejercicios, la mente del paciente juega un papel activo a través de la recreación de ciertas señales, sonidos, olores y tacto. Se usa generalmente en el manejo del dolor como un medio de distraer al sujeto de esa sensación o alejarlo del estrés que le puede producir la enfermedad o el tratamiento médico.

- *Desensibilización encubierta, por* Cautela; (1972; cit. en Kazdin, 1983). En esta técnica se aplican las leyes del condicionamiento clásico a la imaginación. Su uso está dirigido

principalmente hacia la extinción de conductas mal adaptativas aprendidas. Generalmente se asocia un hábito aprendido con un estímulo nocivo que es imaginado, así, presumiblemente el hábito inadecuado no volverá a presentarse debido a su asociación con algo displacentero.

TÉCNICAS DE AUTOCONTROL

Ha habido un gran interés en el desarrollo de estrategias de autocontrol o automanejo para modificar problemas de conducta. Se ha tenido un desarrollo en el número de estrategias de autocontrol, con la principal meta de educar a la gente a usar métodos de autocontrol para el tratamiento de conductas problemas.

Puede ser importante que el paciente ayude a registrar la conducta y aplique técnicas para controlarla en el ambiente natural. Muchos de los individuos buscan ayuda, comprenden eventos cubiertos o privados (incluyendo pensamientos, imágenes, fantasías, alucinaciones y sueños) que no son "observables" por nadie más que la persona a quien le ocurren.

Las técnicas de autocontrol también resultan de interés porque ayudan a superar algunas de las limitaciones y desventajas potenciales de las contingencias aplicadas de modo externo. Así las técnicas de autocontrol intentan maximizar el control de los individuos sobre el programa de cambio conductual. "El control externo en cierta forma es esencial para iniciar el programa, los terapeutas entrenan a los clientes para ejercer autocontrol proporcionándoles recomendaciones, fuertes advertencias, elogio sistemático y retroalimentación, todo lo cual son influencias externas sobre la conducta del cliente" (Kazdin, 1984; p. 264). Se espera que después que el entrenamiento haya terminado los pacientes puedan aplicar las técnicas a sí mismos para modificar nuevas conductas entre diferentes situaciones, cuando se alcanza este estado final, se ha logrado el autocontrol.

Algunas técnicas de autocontrol son: *control de estímulos,* permite a los individuos controlar su propia conducta alternando los eventos ambientales y situaciones que sirven como señales de conducta. *El automonitoreo,* requiere que el individuo lleve un registro cuidadoso de la respuesta, ya que el simple hecho de observar la propia conducta suele

conducir a un cambio sistemático. El *autoreforzamiento y el autocastigo,* aquí los individuos aplican a sí mismos ciertos eventos a continuación de la conducta; el aspecto crucial de ellos sería la libertad para tomar parte del reforzador o para no aplicar el evento castigante. El *entrenamiento en respuesta alternativa,* el paciente participa en una respuesta que interfiere o reemplaza a la respuesta que el paciente desea controlar. Los *procedimientos de bioretroalimentación,* proporcionan información a los pacientes sobre sus procesos fisiológicos, de manera ideal, ellos pueden aprender a controlar los procesos corporales relacionados con el problema. *Manuales de autoayuda,* comprenden una variedad de técnicas que tienen en común la manera en que se les presentan a los pacientes, éstos reciben material escrito en un folleto o en forma de libro que les indica cómo tienen que llevar el tratamiento para sí mismos (Kazdin, 1984).

"ESPIRITU DE LUCHA"

Los grupos de apoyo de cáncer abogan por "tomar el control" de la enfermedad y llegar a ser compañeros activos en el equipo dedicado al cuidado de la salud en su lucha por recuperarla. Existe un gran interés por la posibilidad de controlar las demandas del cáncer y por la necesidad de una comprensión profunda de la enfermedad para que un individuo pueda ser útil en el curso y recuperación de la enfermedad.

El estilo de manejo no emocional vinculado con la aparición del cáncer ha sido estudiado con relación a la progresión y recuperación del cáncer. En un estudio prospectivo de mujeres con cáncer de mama incipiente (Greer, Morris y Pettingale, 1979; citado en Bakal, 1996); el estilo de manejo psicológico evaluado tres meses después de la intervención se relacionaba con los resultados obtenidos cinco años más tarde. La supervivencia sin remisión era significativamente más frecuente entre las pacientes que reaccionaban al cáncer con "espíritu de lucha" que entre las pacientes que respondían con "aceptación" o indefensión/desesperación.

Cousin (1989; citado en Bakal, ibídem), reconocía que manejar el cáncer requiere más que un espíritu combativo y la voluntad de vivir. Mencionaba también la difícil cuestión de la culpabilidad que sienten los pacientes por creer que de alguna forma no están luchando con suficiente firmeza.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

"Liberar a los pacientes de la depresión y de la desesperación aumenta su confianza en sí mismos y en el equipo sanitario que les atiende. Aunque la enfermedad sea irreversible, la prolongación de la vida durante algunos años o incluso meses puede ser de gran importancia. Al mismo tiempo, el esfuerzo de proporcionar esperanza continuamente a pacientes en el estadio terminal de la enfermedad está asociado a la frustración y al desengaño" (Bakal, ibídem. P. 151).

TERAPIA POR VISUALIZACIÓN

Su objetivo fundamental es modificar la percepción que el paciente tiene de su enfermedad, así como potenciar sus mecanismos inmunológicos de defensa Ibañez y Durá (1990; citado en Latorre y Beneit, 1994). Las dos estrategias fundamentales de este programa, practicadas tres veces al día en sesiones de 10 a 15 minutos, consisten, por una parte, en tratar de visualizar mentalmente la acción positiva de las defensas naturales del organismo, y del tratamiento médico, frente a la proliferación de células cancerosas; y por otra, en la práctica de la relajación.

El procedimiento de visualización incorpora cuatro elementos: 1) Ver que el tratamiento destruye las células cancerígenas, las cuales están demasiado débiles y confusas como para reparar el daño; 2) Ver que las células blancas del sistema inmune se apoderan del cáncer, matan las células cancerígenas y eliminan los desechos; 3) Ver que el cáncer encoge, se reduce de tamaño y 4) Ver la vuelta al estado perfecto de salud (Bakal, 1996).

Se trata con ello de proporcionar un medio a los pacientes para participar activamente en su propio tratamiento y fortalecer su confianza en una evolución positiva de la enfermedad. Los autores han informado mejorías significativas en el tiempo de supervivencia y en la calidad de vida de los enfermos que han recibido este tratamiento psicológico de apoyo (Latorre y col. Ibídem).

HIPNOSIS

El tratamiento hipnótico no cura el cáncer, pero puede mejorar la situación psicológica y social del paciente y hacer que lo que le quede de vida sea más cómodo y agradable de lo que sería en caso contrario.

El tratamiento de la hipnosis se enfoca, en este tipo de paciente, principalmente al dolor, ya que es posible aligerar la carga de éste, al menos en forma parcial. Se sigue una serie de pasos para este tratamiento (Golden y cols. 1992).

Los beneficios pueden ser que realicen y participen en otras actividades, tener contacto con la gente, dosis menores de narcóticos, lo cual hace que mejoren los pacientes su funcionamiento mental, tener menos dolor, el estado de ánimo del paciente tiende a ser más alegre. Su ansiedad disminuye no sólo por la reducción del dolor, sino por las instrucciones poshipnóticas precisas (sentirse más relajado, más calmado, más alegre) que forman parte del trabajo hipnótico (Hilgard y Hilgard, 1990).

TERAPIA PSICOLÓGICA ADYUVANTE

Este programa fue desarrollado por Moorey y Greer (1989; citado en Latorre y col. Ibídem). Se fundamenta en el esquema de supervivencia y cuya finalidad primordial es modificar las estrategias de afrontamiento negativas utilizadas por algunos pacientes de cáncer. El tratamiento tiene su base en la "terapia cognitiva de la depresión" de Beck, a la que se añaden técnicas de expresión de emociones. La evaluación se realiza por medio de una serie de cuestionarios desarrollados por los autores (Mental Adjustment to Cancer), y la intervención propiamente dicha se estructura a lo largo de tres fases: la primera dedicada a enseñar al paciente los principios de la reestructuración cognitiva, así como a expresar de una forma adecuada sus sentimientos y síntomas; la segunda, en la que el paciente aprende a controlar sus pensamientos y a comprobar en la realidad la veracidad de los mismos; y una tercera que se dedica a la prevención de recaídas, a planificar el futuro y a poner en práctica un estilo de "lucha activa contra el cáncer Ibañez y Durá (1990; citado en Latorre y col. Ibídem).

CONSIDERACIONES ESPECIALES EN EL TRATAMIENTO A PACIENTES CON CÁNCER.

Se ha encontrado que pacientes de cáncer son generalmente cooperativos, favorablemente motivados y sensibles al tratamiento. La mayoría de ellos están en tratamiento a través de su propia volición. Normalmente llevan a cabo sus asignaciones y por lo regular obtienen resultados rápidos. La mayoría de estos pacientes agradecen alguna ayuda o cualquier alivio a su sufrimiento que le puedan proporcionar (familiares, personal médico, amistades, etcétera). Por estas razones se ha encontrado el trabajo con ellos muy gratificante.

En la primera sesión, el médico puede evaluar lo que la referencia significó al paciente y entonces lo desengaña de cualquier concepto erróneo. Se ha encontrado útil universalizar las reacciones del paciente y para señalar que cualquier diagnosticó, como "tener cáncer", se experimentará mucha tensión, angustia y que sus reacciones son "normales", lo cuál es entendible dada la naturaleza traumática de la experiencia. Los pacientes que padecen dolor, esperan que disminuya por su participación en el tratamiento cognitivo-conductual. En la práctica real, se encuentra que estos pacientes necesitan toda la ayuda que puedan obtener en el afrontamiento con su dolor, que normalmente aumenta conforme vaya progresando la enfermedad. Por consiguiente, se les anima para que usen todo lo que esté a su disposición, incluso la medicación, las intervenciones cognoscitivo-conductuales y la hipnosis.

El sentimiento de impotencia es muy fuerte para los pacientes de cáncer. La mayoría de los pacientes sienten que no tiene ningún control sobre la enfermedad, sus cuerpos y sus vidas. Los sentimientos de impotencia son exagerados por la naturaleza invasiva de los tratamientos médicos y por su incapacidad para participar activamente en su tratamiento. Dirigir estos sentimientos y explicar cómo el tratamiento cognoscitivo-conductual los ayudará a ser participantes activos, lo cual ayudará en su moral y animará la cooperación. Enfatizando la necesidad por una colaboración entre paciente y terapeuta, es particularmente importante cuando se emplea la hipnosis como parte del tratamiento. Muchas personas creen y esperan que el paciente sea pasivo en el tratamiento de hipnosis. Sin embargo, la pasividad, por parte del paciente, pueden interferir con la eficacia del tratamiento. Para que estos tratamientos puedan dar resultados óptimos, los pacientes necesitan practicar y aplicarlos (Golden y cols. 1992).

Se tiene que hacer énfasis sobre la posible importancia de los factores emocionales en el origen y evolución del cáncer, y en la necesidad de fomentar una participación activa de los pacientes en el tratamiento de su enfermedad, es preciso tener cuidado en tomar una postura de sobreprotección, la cual puede constituir para algunos enfermos una fuente suplementaria de ansiedad, debido a que pueden sentirse abrumados, hasta cierto punto, por la sensación de una imprevista responsabilidad por partida doble: la de haber caído enfermos y la de tener que curarse. Por ello es necesario realizar un análisis individualizado y cuidadoso de las características de cada enfermo (Latorre y Beneit, 1994).

Encarar la muerte es una experiencia existencial muy individual que conduce, frecuentemente, a la búsqueda de sentido. Los pacientes de cáncer se preguntan qué han podido hacer para contraer cáncer y cuánto tiempo les queda. Es también un tiempo para meditar sobre su vida pasada y para hacer repaso de sus actividades personales e interpersonales.

Si las variables psicológicas influyen en el curso del cáncer, se necesita comprender mejor lo que estos pacientes pueden hacer para ayudarse a sí mismos. No es intelectual ni moralmente aceptable recomendar a los pacientes de cáncer que cambien su personalidad, que mantengan "actitudes positivas" o introduzcan mas humor en sus vidas, especialmente cuando la muerte es inevitable y el paciente se siente culpable, confundido e iracundo por no mantener una perspectiva mental apropiada.

Estos pacientes creen muchas veces que la depresión y la ansiedad sobre su enfermedad deberían ser eliminadas, que deberían mantener una actitud "positiva" todo el tiempo.

Hoffman (1988; citado en Bakal, 1996) menciona, que como regla, los pacientes de cáncer tratan de evitar los sentimientos potencialmente abrumadores y consideran que hacen lo procedente si no lloran ni se preocupan. Frecuentemente se dedican a hacer defensas (mantenerse ocupados). Muchos creen que una actitud positiva les ayudará a curarse y que los pensamientos y sentimientos "negativos" (a menudo los más apropiados para su realidad biológica y psicológica como el miedo, la ira y la tristeza) pueden provocar la reaparición o avance del cáncer. Por lo tanto, se asustan cuando experimentan sus verdaderos sentimientos y luchan por eliminarlos y controlarlos.

Kaufmann (1984; citado en Latorre y col. Ibídem), señala que entre nosotros, todavía persiste una imagen social negativa del cáncer, acompañada de un cierto pesimismo en relación con la enfermedad; pesimismo que, de una manera u otra, es transmitido al propio paciente. Con lo cual las expectativas negativas sobre el curso de un proceso canceroso mantenidas por los enfermos y compartidas por sus médicos, enfermos, familiares y amigos inciden, aun sin ser traducidas a palabras, en el estado de ánimo del paciente y por medios todavía poco conocidos, pueden afectar negativamente la evolución de la enfermedad.

No obstante, lo anterior también puede ser contraproducente ya que dejan muchas características que son propias de la persona, por el solo hecho de que les hagan creer que ese tipo de emociones, puede acelerar el proceso de la enfermedad; pero cabría preguntarse cómo quieren ser o estar ellos en la enfermedad, es decir, como ellos sienten, creen, o piensan que deben dirigirse, abordar o expresar todo el sin fin de emociones, pensamientos que tienen conforme va progresando el cáncer.

"...Si la esperanza "cura" potenciando la fe en la recuperación, en otras palabras, si la fe en la curación es algo que puede enseñarse, ¿debe ser desenfrenada la fe? ¿La persona debe tener esperanza y creer en la cura total o esa misma persona puede tener esperanza con idéntico vigor para alguna aproximación? Es excesivamente ambicioso pronosticar la cura de una enfermedad metastásica como producto final de un esfuerzo terapéutico, independientemente de que el esfuerzo sea biológico o psicológico. Es natural y humano tener esperanza en la cura. Si no se logra la cura, y ese suele ser el resultado más frecuente, entonces el deterioro físico y la muerte no significan ningún fracaso. Este es el reto con que se enfrenta el promotor de salud: favorecer el optimismo, la esperanza, la risa y cualquier otra cosa que pueda mejorar la calidad de vida de una persona gravemente enferma sin cargar a la misma conculpabilidad o, incluso peor, con la falsa acción hacia lo improbable" (Bakal, 1996. P. 159).

3.2 TEORÍA PSICOANALÍTICA

Nos enfocaremos básicamente en los términos de: pérdida, duelo, angustia y muerte, los cuales están inmersos en el proceso de la enfermedad de cáncer.

En lo que respecta al tratamiento a pacientes con cáncer, desde un enfoque psicoanalítico, es distinto con cada persona, ya que cada historia, situación y discurso son diferentes, por lo mismo no hay ningún tratamiento establecido para aplicarlo.

El periodo de transición que comprende desde el diagnóstico hasta la etapa final que es la muerte de una persona querida, es asimilado de manera diferente por cada uno. Las personas tienden a asimilar la pérdida de un ser querido de diferentes formas, para algunos la experiencia les sirve como una oportunidad para el crecimiento personal, a pesar de ser un momento difícil y doloroso. No existe una forma correcta de asimilar la muerte de un ser querido. La forma en que una persona en particular manifiesta su pena, dependerá mucho de su personalidad y de la relación que tuvo con el paciente.

La manera en la que una persona asimila el pesar, está afectada por muchos factores, por ejemplo: su experiencia con lo que es cáncer, la forma en que se desarrolló la enfermedad, las características culturales y religiosas del individuo, formas en que afronta las situaciones difíciles, historia de salud mental, sistema de apoyo, y el estado económico y social del individuo (National Cancer Institute, Dic. 1998)

En lo que respecta a la pérdida, la cual está en todo momento en la enfermedad de cáncer, ya que se ha perdido algo: la salud, la alegría, la esperanza, la apariencia física (cabello), las amistades y en algunos casos parte del cuerpo, etcétera. La pérdida se define como deprivación: en realidad privación, carencia, ausencia de. Algunos pacientes diagnosticados de cáncer, se arrepienten de no haber disfrutado más de su salud, antes de haberla perdido.

Así la pérdida, los psicoanalistas la vinculan, ante todo, con la fuente instintiva, es decir, como la primera demanda narcisista insatisfecha. El dolor producido por la separación, es en última instancia, un dolor narcisista.

Esta pérdida amenaza al yo en sus raíces, en el Ello y en su autocomprensión (la identidad). Se ha derrumbado una "identidad": la propia identidad por identificación con el otro.

De ahí que la desidentificación no pueda realizarse inmediatamente; una parte del Yo parece haberse desgajado y no se ha creado la nueva identidad en el aislamiento; el mutilado "*Yo ha perdido temporalmente su identidad*" (Caruso, 1969).

La pérdida de objeto de identificación amenaza realmente a la propia identidad, y esto constituye una vivencia de muerte.

La actividad psíquica queda definida, en su esencia, por el conflicto pulsional, por la oposición entre ambas pulsiones: la de la vida y la de muerte. La manera en que definimos dichas pulsiones está dada en virtud de la ligazón o desligazón que mantiene con el objeto, más que por lo relativo al objeto en sí. Lo arriba expuesto nos lleva a considerar, y también desde la clínica, las maneras de conservar o de destruir el vínculo, como expresiones de las pulsiones de vida y de muerte respectivamente. La función "objetalizante", no consiste tan solo en ligarse al objeto, sino también, en crearlo. En este sentido el campo de lo objetalizante es infinito. Pero señala Green (1989; citado en Lifac, 1998) "esta incesante actividad se extinguirá en cuanto la pulsión perdiera su carácter apetitivo, su inextinguible sed de apoderarse del objeto".

El sujeto solo puede desear y sostenerse como deseante en el lugar en que causa el deseo del otro. La desinvestidura, la deprivación narcisista a la que se ve sometido el sujeto, en nuestro medio, el mandato invalidante "no puedes", pone en crisis su mismo derecho a desear. Esta imposición restrictiva articula, inevitablemente, con las limitaciones a la omnipotencia que afectaran al sujeto desde lo real. El deterioro progresivo de las capacidades, que tienen este tipo de pacientes, la discontinuidad que impone la proximidad de la muerte que enfrenta el sujeto a la discordancia entre sus deseos y sus posibilidades de realización (Lifac, 1998).

Inhibida la pulsión en su descarga, la sobrecatexis es generadora automática de angustia. La agresividad, desde la aparición del mundo objetal, sucede la angustia y se constituye en la respuesta del yo al sufrimiento narcisista.

MECANISMOS DE DEFENSA

El Yo debe tratar de cumplir desde un principio la tarea que le incumbe, es decir, mediar entre el Ello y el mundo exterior.

Durante esta lucha el Yo recurre a diversos métodos para cumplir su objetivo, el cual es; en términos generales, evitar el peligro, la angustia y el displacer. Estos métodos los designan "mecanismos de defensa". Estos sirven como mediadores entre "las instancias" del "aparato psíquico, porque el conflicto entre ellas es inevitable a causa de las demandas opuestas o provenientes tanto del "medio exterior" como del "mundo instintivo".

En la medida en que los mecanismos de defensa se esfuerzan por reprimir o por evitar los conflictos, en esta forma actúan en pro y en contra de las demandas instintivas y de las exigencias del mundo exterior; luego son fundamentalmente ambivalentes, sirven a Eros y Tanatos a las demandas individuales y a las sociales, al Ello y al Superyo, siempre en compromiso con el Yo.

El Yo puede tratar de dominar el peligro adoptando métodos realistas para resolver el problema o puede tratar de aliviar la angustia utilizando métodos que nieguen, falsifiquen o deformen la realidad y le impidan desarrollar su personalidad (Guido, 1995).

Cuando una defensa adquiere mucha influencia, domina al Yo y reduce su flexibilidad y adaptabilidad. Si las defensas no pueden resistir, el yo no tiene a quien recurrir y abrumado por la angustia. La consecuencia es entonces un colapso nervioso.

Las defensas del Yo se adoptan como medidas protectoras. Según Hall (1992), si el yo no puede reducir la angustia por medios racionales tiene que utilizar tales medidas para negar el peligro (represión), externalizar el peligro (proyección), esconder el peligro (formación reactiva), permanecer en el mismo estado (fijación) o retroceder (regresión).

- *La represión* obliga a una idea, percepción o recuerdo peligrosos a salir de la conciencia y erige una barrera contra cualquier forma de descarga motriz, la finalidad

es siempre anular la angustia objetiva, neurótica o moral, negando o falsificando la existencia de una amenaza externa o interna para la seguridad del yo.

La represión es responsable de muchos estados anormales, su papel en el desarrollo de la personalidad normal debe ser tenido en cuenta.

- *Proyección.* Cuando una persona le provoca angustia, la presión del ello o del Superyo sobre el yo, puede tratar de aliviar su angustia atribuyendo su causa al mundo externo. En lugar de decir "lo odio", uno puede decir "me odia".

Lo que el Yo está tratando de hacer cuando emplea la proyección es transformar la angustia neurótica o moral en una angustia objetiva. La finalidad de tal transformación es convertir un peligro interno del ello o del Superyo, que al yo le resulta difícil de manejar.

Existe otro tipo de proyección, la cual consiste en compartir los sentimientos y pensamientos con el mundo. Uno se siente feliz y piensa que los demás también son felices, o uno se siente desdichado y piensa que el mundo está lleno de miserias. Aquí la persona reconoce que posee el motivo, pero su angustia moral se reduce al proyectar su motivo a los demás.

- *Formación reactiva.* Cuando uno de los instintos produce angustia al ejercer presión sobre el yo, ya sea de manera directa o a través del Superyo, el yo puede tratar de contrarrestar el impulso ofensivo concentrándose en el impulso opuesto.

Por ejemplo: si el sentimiento de odio hacia una persona causa angustia, el Yo puede facilitar la salida de amor; a fin de ocultar la hostilidad. Se podría decir que se sustituye el odio por el amor, por eso no es verdad, porque el sentimiento agresivo continua existiendo debajo de la apariencia de afecto.

Las formaciones reactivas son adaptaciones irracionales a la angustia. Gastan la energía en finalidades engañosas e hipócritas. Deforman la realidad y hacen de la personalidad algo rígido e inflexible.

- *Fijación.* Normalmente, una persona pasa de una etapa a otra en una progresión regular. A veces, esta evolución se detiene en lo que respecta al crecimiento psicológico, se dice que la persona se ha fijado.

La fijación es otra defensa contra la angustia. La persona fijada tiene miedo de dar el paso siguiente por los riesgos y trabajos penosos que cree encontrará más adelante.

La angustia que uno experimenta al abandonar lo viejo y familiar en pos de lo nuevo y desconocido, es llamada angustia de separación. Cuando esta se hace grande, la persona se inclina a fijarse en un modo antiguo de vida en vez de proceder a adquirir uno nuevo.

- *Regresión.* Es cuando una persona llega a cierta etapa del desarrollo y retrocede a otra anterior a causa del miedo.

La angustia moral puede hacer que una persona haga algo impulsivo, de manera que se le castigue como cuando era niño. Cualquier fuga respecto del pensamiento controlado y realista constituye una regresión.

LA ANGUSTIA

Freud menciona que la angustia resulta de un peligro o la amenaza de un peligro.

"En cuanto a la angustia, empezare por presentar las principales tesis de Freud:

- Primera: la angustia es una señal cuya sede es el Yo.
- Segunda: esa señal es señal de peligro, peligro de que el placer se realice.

Entonces para explicar cómo el psiquismo puede ser orientado de manera tal que se aparte del placer en vez de dirigirse a él,...

- Tercera: la angustia, suscitada como señal, es la que determina la represión.
- Una cuarta tesis aparece como respuesta a esa cuestión.

En la tercera tesis, la angustia determinará la represión como fuga. Según esa tesis la represión sería sobre todo una reacción adaptada, una fuga frente al peligro. En la angustia todo sucede no como si el peligro fuese a llegar sino como si ya estuviese allí. La característica de la angustia es colocarnos en un estado de indefensión, dejarnos sin recursos" (Safouan, 1988. P. 49).

Waldo, (1998), comenta que Lacan aconseja remitirse a lo siniestro para rastrear la angustia de Freud. Dirá que falta, es decir, se hace presente lo que debería faltar y estamos ante la angustia. Pero también es necesario remitirse a Heidegger, quien sostenía que en la angustia no se trata de ningún objeto o ente determinado que lo produzca.

"Decía: <<Lo amenazador no es ninguna parte>>; esto no significa una nada, sino que la nada se hace patente y el hombre es en la angustia en donde es arrojada su singularidad, donde su existencia puede empuñada de manera propia. Puesto en juego la singularidad, lo que angustia es el mundo apareciendo como tal" (Waldo, 1998; p. 2). Lo cual incluye la muerte.

Esto significa que la nada se personifica en la angustia no es sin los objetos del mundo, sino que éstos están despojados de su significación. La concepción de angustia, según Lacan, parte de un mundo con objetos que por si solos carecen de significación, pero en el sentido es dado desde un orden simbólico, desde los significantes. Ellos tendrán significación debido a ese objeto que está velado, perdido y que es producto de la constitución subjetiva. Cuando esto que debería estar velado, que debería faltar, se hace presente y aparece la angustia. (Waldo, 1998).

En lo que respecta a lo anterior, parte de nuestra vida es la muerte, lo cual quisiéramos que no existiera, que faltara esa parte en nuestra vida; por lo tanto lo que al final de cuentas tenemos es la perdida de ese objeto con que nos identificamos.

DUELO (DESDE EL PSICOANALISIS)

Desde Freud (1915), la aproximación a la temática del duelo, se hace a partir de una perspectiva intrapsíquica. El Duelo es así un trabajo que lleva a cabo el psiquísmo frente a la pérdida o muerte de un objeto, el cual se encontraba ligado.

El duelo (tristeza) bajo la influencia del principio de realidad, que impone la separación del objeto, puesto que él mismo no existe ya. Se plantea así a este efecto la tarea de llevar a cabo tal separación en todas aquellas situaciones en que el objeto lo era de una elevada carga (catexis). El carácter doloroso de esta separación se adapta a la explicación de la elevada carga de anhelo, imposible de satisfacer, del objeto durante la reproducción de la situación en la cual ha de efectuarse la separación de él.

Por otra parte, Lagache (citado en Caruso, 1969), menciona que "en cierta forma el doliente intenta conservar -a pesar de los hechos- su investigación libidinal, en esto consiste el dolor característico del duelo. Como consecuencias Lagache duda que el proceso de duelo sea ante todo un proceso narcisista, puesto que clínicamente no se ha podido probar el aumento del amor de sí en el duelo, sino más bien lo contrario. La libido[9] busca más bien investir nuevos objetos: Lagache sostiene la existencia de una identificación con el muerto, pero considera que esta identificación, de acuerdo con una lógica inconsciente, debe desembocar en el deseo de muerte de la propia persona y causar sentimientos de culpa, estos últimos por haber permanecido con vida. El muerto es una figura ideal, pero como muerto, ese ideal se vuelve contra la vida; la consciencia se escinde entre el deber de morir-con-él y el deseo de vivir. La elaboración del duelo consiste precisamente más en una liberación del Ideal del Yo, que amenaza la vida, que en una desidentificación con el amado muerto. Elaborar el duelo significa emprender el proceso de diferenciación entre el muerto y el viviente" (p. 61).

[9] Libido. En el sentido psiconalítico, denomina a una supuesta fuerza (energía) con la que el aparato instintivo está dotado biológicamente desde el nacimiento. Cuando el individuo (p.e.: el infante) invierte (deposita) libido en un objeto (p.e.: la persona de la madre), éste adquiere importancia significativa en términos de convertirse para él en fuente de gratificación instintiva.

"El trabajo de duelo consiste en un desivestimiento, una descarga, una retirada de la libido depositada en el objeto estimado, con lo cual el doliente retorna al mundo ""libre y sin inhibiciones"", es decir invierte en un nuevo objeto" (Pin, 1981, p. 63).

Sin la elaboración del duelo -bajo la influencia del "principio de realidad"- el sujeto separado no podría sobrevivir, o al menos no en toda su integridad psíquica. Pero en el llamado "duelo patológico" (tristeza patológica) se presenta precisamente esta pérdida de la integridad psíquica, las fronteras entre lo "normal" y lo "patológico" son especialmente fluctuantes. La separación es una amenaza para la vida, porque es una catástrofe para el Yo (identificación con el objeto). Por eso toda separación va acompañada de una angustia de muerte más o menos reprimida.

Por otra parte, la melancolía es estudiada por Freud en relación con el fenómeno del duelo. La melancolía añade al duelo una serie de rasgos que desvirtúan la función de éste último, la degeneración en melancolía marca para el duelo toda la diferencia que separa a un fenómeno patológico de un fenómeno normal.

La melancolía también tiene su origen en la perdida de objeto. Como el doliente, el melancólico abandona el mundo para concentrarse en el objeto perdido, y asimismo como el doliente, el melancólico supera toda esperanza de satisfacción libidinal en ese objeto (Pin, 1981).

A continuación se presentarán algunos elementos inmersos en el tema de "Duelo", pero cabe aclarar que son desde otros puntos de vista.

Como ya se ha dicho, aún cuando haya elementos comunes, la pérdida de un ser querido es vivida de manera única e individual por cada uno de los dolientes. Cuatro grupos de factores afectan de manera importante al duelo: los factores psicológicos, los recursos personales, las circunstancias específicas de la muerte y los apoyos externos.

FACTORES PSICOLÓGICOS

La pérdida y el sentido de la pérdida son únicos. Según Espiau, (1997), una misma pérdida tiene un significado diferente para diferentes personas, porque cada uno la percibe de manera distinta, dependiendo del:

- Sentido, calidad, e inversión emocional de esa relación para el doliente.
- Dependencia o independencia que ha generado.
- Cantidad y calidad de los "asuntos" sin resolver ente el doliente y el fallecido, características del fallecido (edad, sexo, personalidad).
- Percepción del doliente sobre la "realización, satisfacción, y cumplimiento" que la vida ha deparado al fallecido.
- Rol y funciones para el doliente, su familia y el sistema social en que se movía, que van a dar lugar a determinado número de pérdidas secundarias.

RECURSOS PERSONALES

La respuesta a la pérdida y la manera de afrontar el duelo es análoga a otras respuestas vitales de la persona. Dependen de:

- Sus comportamientos adaptativos, personalidad, carácter y salud mental.
- El grado de confianza en sí mismo.
- El nivel de madurez e inteligencia, relacionados de manera positiva con una buena resolución del duelo, al dar más posibilidades de entender el sentido e "aplicaciones de esa muerte".
- El no haber sufrido otros duelos, que pueden afectarle de manera positiva -sabe que "sobrevive" a la perdida- o negativa.
- La posibilidad de expresar el duelo.
- La concurrencia de otras crisis personales, que complican el duelo. Cada una de ellas demanda energía y atención, en momentos en que se está "vacío".

La comprensión, manera de afrontar y expresar la pérdida, están influidos siempre por el propio sentido de la existencia y la fundamentación religiosa, filosófica, cultural y social del doliente.

CIRCUNSTANCIAS ESPECIFICAS DE LA MUERTE

El modo y el momento de morir influye en los supervivientes. No es lo mismo:

- La muerte de un anciano que la de un niño. Los padres experimentan ésta como antinatural e injusta.
- La muerte por una enfermedad terminal, que la súbita e imprevista, como en un accidente.
- La muerte por suicidio o actos violentos.

La primera da a los allegados la oportunidad de prepararse al desenlace. Un accidente de tráfico o laboral, un infarto, origina muertes muy difíciles de aceptar. Todavía más dramática resulta la muerte por suicidio, que deja sentimientos de culpa profundos o la que resulta de actos violentos (asesinatos, violaciones). Los dolientes pueden obsesionarse con el pensamiento de cómo habrá vivido su ser querido aquellos últimos momentos.

LOS APOYOS EXTERNOS

Los dolientes viven su duelo en una determinada realidad social, que influye en el proceso de recuperación.

La familia es el contexto fundamental y pueden ayudar o entorpecer la elaboración de un duelo, permitiendo, por ejemplo, exteriorizar la pena o por el contrario, premiando "la fortaleza" y "entereza" de que "se controla". Toda "cultura familiar" implica comportamientos, tradiciones, valores sociales y expectativas.

Los amigos, los profesionales, los "grupos de pertenencia", la iglesia, los "grupos de ayuda mutua"- formados por personas que han sufrido experiencias similares -pueden ser otras tantas posibilidades de apoyo y consuelo.

LAS FASES DEL DUELO

Impacto y aturdimiento: Esto pasa inicialmente y puede durar desde 48 horas hasta dos semanas. El aturdimiento es una defensa normal y sana. Durante este tiempo las emociones pueden ser incontrolables. A menudo es difícil "absorber" la información. Se puede perder el apetito. Puede sentirse completamente exhausto y sin embargo no poder dormir. Lo inverso también puede ocurrir, en que duerme casi todo el tiempo. Los sentimientos pueden variar desde miedo y ansiedad hasta culpabilidad y depresión. A veces el afligido puede sentir que está enloqueciendo. Es sano expresar los sentimientos en esta etapa (Glen, 1996).

El ver el cuerpo del fallecido puede ser, para algunos, la forma de empezar a superar esta fase. De forma similar, para algunas personas, el funeral es una ocasión en la que se empieza a afrontar la realidad de lo acontecido. El ver el cuerpo del difunto o el atender al funeral puede llegar a ser muy doloroso, pero son las únicas formas de que se disponen para decir adiós al ser querido (R. Canaria, 1998).

Búsqueda y anhelo: Esta fase puede durar por varios meses. Durante este tiempo, los afligidos buscan lo que se ha perdido. Es durante este período cuando ocurre el comportamiento más raro. A menudo se siente culpabilidad e ira en esta fase, al buscar las respuestas. Prueban que es real, se vuelven intranquilos e impacientes, y tal vez sienten una sensibilidad aumentada a los estímulos. Es importante que los afligidos expresen sus sentimientos, incluyendo enojo contra Dios -sí es que lo sienten- envidia y otras emociones fuertes. No necesitan sentirse avergonzados de sus sentimientos. La ira interna se convierte en culpabilidad y esto lleva a la depresión.

Los afectados frecuentemente se sienten muy "enfadados" en este momento del duelo, y suelen estarlo con los médicos y enfermeras que no evitaron su muerte, con sus familiares y amigos quienes no hicieron lo suficiente, o incluso con la persona fallecida porque los ha abandonado (R. Canaria, 1998).

Desorientación y desorganización: Esta es la etapa más larga del duelo. Durante el 4° mes al 6° mes se vuelve más severa. La emoción que domina es la depresión. El apetito se apaga, hay falta de motivación, mal juicio y se siente insomnio. Una vez que sí se puede

dormir, puede ser difícil despertarlos. Se recomienda un examen médico durante este período para diagnosticar cualquier enfermedad en fases tempranas, porque la resistencia baja a la enfermedad en este tiempo. Los tranquilizantes y sedantes atrasan el proceso y enturbian el pensamiento. Al tratar de librarse de su desorientación el afligido busca las respuestas que siente que le corresponde, el papel que juega el profesionista es buscar la respuesta con ellos, en lugar de darles una respuesta. Al 18° o 24° mes empiezan a resolver algunas de estas preguntas.

La sociedad espera que los afligidos se repongan rápidamente y al poco rato ya no hay apoyo. Otros tienden a evitar el hablar de la persona que ha muerto, cuando es precisamente lo que más necesita el afligido. Durante la desorientación, la autoimagen se deteriora y el afligido se aísla de los otros.

Reorganización: Esta fase no ocurre rápidamente. Empieza alrededor del 18° o 24° mes. Aquí empiezan a organizar sus sospechas e intentan identificar qué se perdió. Hay un sentimiento de soltura, energía restaurada, más socialización, mejor juicio y hábitos más estables de comer y dormir. En este tiempo que empiezan a disfrutar y a pasarla bien sin sentimientos de culpa. Habrá una crisis momentánea de revivir la pérdida, especialmente en los aniversarios y festividades. La readaptación a la pérdida no quiere decir que se olvida.

Gradualmente, la desorientación disminuye en duración e intensidad. La desorientación se facilita por medio del compañerismo con otros que ayudan a los afligidos a ordenar qué es lo que ha pasado y trabajar hacia la reorientación. Los grupos de apoyo mutuo pueden ser importantes, sin embargo, el mejor tiempo para dirigir a un afligido a un grupo de apoyo es en la fase de búsqueda y anhelo.

Por otra parte, R. Canaria (1998), menciona que otro sentimiento común en el proceso del duelo suele ser el de la culpa. Las personas en duelo con frecuencia piensan en todas aquellas cosas que les hubiera gustado decir y/o hacer y que no fueron posibles. Pueden incluso llegar a pensar que podrían haber actuado de una forma diferente y que esto hubiera podido evitar la muerte de su ser querido. Desde luego, la muerte generalmente está más allá del control de cualquiera y la persona en duelo puede necesitar que se lo recuerden. La culpa puede también surgir si se experimenta cierta sensación de alivio tras el fallecimiento

de una persona afectada por una enfermedad particularmente penosa o muy dolorosa. Este sentimiento es natural, extremadamente comprensible y muy frecuente.

MANIFESTACIONES DEL DUELO

- "Sentimientos: Tristeza, Soledad, Añoranza, Ira, Culpabilidad, Autorreproche.
- Sensaciones Físicas: Estómago vacío, tirantez en tórax o garganta, hipersensibilidad a los ruidos, sentido de despersonalización, sensación de ahogo, boca seca.
- Cogniciones o pensamientos: Incredulidad, confusión, preocupación, presencia del fallecido, alucinaciones visuales y auditivas.
- Comportamiento o conductas: Sueños con el fallecido, trastornos del apetito por defecto o por exceso, conducta no meditadas dañinas para la persona (conducción temeraria), desinterés por actividades sociales, suspiros, hiperactividad y llanto, frecuentar los mismos lugares del fallecido" (Cristianet, 1998, p.1).

TIPOS DE DUELO

De acuerdo con Pangrazzi (1993; citado en Espiau, 1997), existen diferentes tipos de duelo:

- Anticipatorio, en caso de muertes anunciadas.
- Retardado, en aquellas personas que "se controlan", "no tienen tiempo de ocuparse de sí mismas" o escapan al dolor y a la realidad de la muerte del ser querido mediante una "hiperactividad". Durante meses o incluso años, cualquier recuerdo o imagen, desencadenan al duelo no resuelto.
- Crónico, que arrastra el doliente durante años, absorbido por los recuerdos, incapaz de reincorporarse a la vida normal.
- Patológico, caracterizado por un agotamiento nervioso, síntomas hipocondríacos, identificación con el fallecido o dependencia de los fármacos o el alcohol. Requiere ayuda profesional.

LOS OBJETIVOS DEL DUELO

Wordon (1983; citado en Espiau, 1997; Cristiane, 1998). Establecen cuatro:

- Aceptar la realidad de la pérdida, que es el paso más difícil.
- Dar expresión a los sentimientos, identificarlos y comprenderlos, para así aceptarlos y encontrar cauces apropiados de canalización e integración.
- Adaptarse a la nueva existencia sin el ser querido.
- Invertir la energía emotiva en nuevas relaciones.

En general puede decirse que el duelo ha sido resuelto cuando el doliente ha cumplido los citados objetivos.

La duración del duelo es siempre variable y dependiente de factores particulares que influyen en la respuesta individual a la pérdida.

El tiempo es terapéutico porque da una perspectiva, ayuda a resituar los hechos, adaptarse al cambio y procesar sentimientos. Sin embargo, que "el tiempo todo lo cura", "solo se necesita tiempo", "con el tiempo el dolor es menos", sólo es cierto si se toma el duelo como un trabajo, se afronta la pérdida sin negarla inhibirla o posponerla y se atraviesa el dolor, sin evitarlo (Cristianet, 1998).

Es importante el conceder a la persona en duelo el tiempo suficiente para la superación del mismo. Algunas personas parecen superar la pérdida rápidamente, pero otras precisan de más tiempo. Así, no es conveniente exigir demasiado pronto de un amigo o familiar en duelo, ya que precisan de tiempo para superarlo de una forma adecuada que les evite problemas a futuro.

La intensidad y duración de las reacciones en el tiempo es quizá lo que distingue un duelo norma de otro anormal.

Cuanto más activo sea, menor será su duración y el riesgo de que resurja de modo distorsionado en el futuro: es la manera más "sana" de hacer un duelo.

"El duelo es tan natural como
llorar cuando te lastimas,
dormir cuando estas cansado,
comer cuando tienes hambre,
estornudar cuando te pica la nariz.
Es la manera en que la naturaleza
sana un corazón roto".

Doug Manning
"No me quites mi duelo".

Como hemos visto no existe una forma estándar de duelo. Además, las personas pertenecientes a diferentes culturas suelen afrontar la muerte de diferentes formas. La gente de distintos lugares del mundo ha desarrollado sus propias ceremonias y rituales para afrontar la muerte. En algunas comunidades la muerte es concebida únicamente como un paso más en el ciclo continuo de la vida, más que como un final absoluto. Aunque los sentimientos experimentados por las personas en duelo en las diferentes culturas pueden ser similares, sus formas de expresarle pueden ser muy diferentes.

Como se ha visto, las personas que padecen cáncer, tienen que ser tratadas desde el aspecto biológico y psicológico. El psicólogo de la salud es el que puede dar ese tratamiento, ya que cuenta con el conocimiento adecuado para trabajar con este tipo de pacientes y en los mismos espacios que se encuentran estos, es decir en Hospitales. Asimismo el objetivo de la presente investigación es: *conocer tanto en hospitales públicos y privados, si se encuentran psicólogos trabajando con pacientes de cáncer y saber que están realizando; con base a lo anterior elaborar una propuesta para los psicólogos que trabajen con este tipo de pacientes.*

CAPÍTULO IV MÉTODO

En este capítulo se presentará la metodología que se utilizó para la realización del presente trabajo, la cual incluye el tipo de investigación, los sujetos, el instrumento que se ocupó y el procedimiento.

Se investigó si existían psicólogos que laboraran en hospitales públicos y privados con pacientes de cáncer. Cabe aclarar, que en las estancias donde no hubo psicólogos; el instrumento se aplicó al personal que estuviera a cargo de estos pacientes.

Para la presente investigación se realizó un estudio exploratorio, el cual tiene como objetivo "examinar un tema o problema de investigación poco estudiado o que no ha sido abordado antes. Es decir, cuando la revisión de la literatura reveló que únicamente hay guías no investigadas e ideas vagamente relacionadas con el problema de estudio" (Hernández, Fernández y Baptista, 1991, p. 59).

Se escogió este tipo de estudio ya que la información que actualmente se tiene, sobre el tema ya señalado, es inexistente, sobre todo en México; recientemente se está iniciando esta área por lo que esta investigación da pauta para investigaciones futuras.

Para este trabajo, se realizó un cuestionario con preguntas abiertas, con la finalidad de que los entrevistados contestarán libremente (Walker, 1989). También porque no se tenía la suficiente información sobre las posibles respuestas de las personas y en ocasiones el personal de salud no cuenta con el tiempo suficiente para una entrevista, considerando este aspecto, se escogió esta técnica pensando que es un instrumento en el cual el investigador no tiene que estar presente, ya que la población a la que estaba dirigido sabía leer y escribir, con algunos psicólogos se optó por dejarles el cuestionario, el cual contestaron en un tiempo oportuno y que no interfirió con sus actividades en el hospital.

Por su parte Walker (1989), considera que el cuestionario puede considerarse como una entrevista formalizada y estilizada o una especie de sustituto de ésta. Una de las ventajas de esta técnica es en la administración, al presentar, al menos, potencialmente, un estímulo

idéntico a numerosos sujetos de forma simultánea, proporcionando al investigador la oportunidad de acumular datos con relativa facilidad.

Las desventajas que presenta este tipo de técnica es que el investigador no está presente al momento de que el sujeto lo conteste, ya que puede surgir alguna duda y no se encuentre nadie para aclararla, también la disponibilidad y habilidad del sujeto para responder en forma escrita el cuestionario, en ocasiones puede no responder con precisión a las preguntas, y sobre todo la dificultad para codificar, clasificar y preparar el análisis (Hernández y cols, 1991).

El análisis de resultados que se hizo fue de tipo descriptivo.

A continuación se presentarán los hospitales que contaban con el requisito de tener el área de oncología y a los cuáles se pudo tener acceso, por lo cual, la muestra seleccionada fue pequeña debido a los inconvenientes que hubo en algunos hospitales, por parte de su personal directivo y en otros por la poca cooperación que tenían los doctores para la aplicación del cuestionario:

Privados

- MIG. Este se encuentra en la Colonia Lindavista, Calle de Otavalo.
- Español. Se encuentra en la Colonia Polanco, Av. Ejercito Nacional.
- Médica Sur, ubicado en la Col. Tlalpan.

Públicos

- Instituto Nacional de Cancerología (INC). Ubicado en la Col. Tlalpan. Calle de San Fernando.
- Instituto Nacional de Pediatría (INP). Se encuentra en la Av. Insurgentes Sur.
- Secretaria de Salud, ubicado en Av. Montevideo. Col. Lindavista.

SUJETOS

Se entrevistaron a 7 Psicólogos (2 del INP; 3 INC, 1 Secretaria de Salud y 1 de Hospital MIG) 2 Psiquiatras (1 Hospital. Español y 1 de Hospital. Médica Sur) y 1 Enfermera (Hospital. Español).

Solamente se pudo aplicar el instrumento a estos sujetos porque son los que están a cargo de los pacientes con cáncer en esos hospitales, ubicados en las áreas de Salud mental, Cuidados Paliativos y Psicooncología, también porque eran los que tenían la disponibilidad para contestarlo. Cabe señalar que el requisito de la muestra era que estuvieran trabajando con pacientes de cáncer.

INSTRUMENTO

Se elaboró un cuestionario (Ver Anexo), el cual contiene 16 preguntas divididas en tres áreas:

- Psicología de la Salud. Abarca de la pregunta 1 hasta la 5.
- Psicología y Cáncer. Abarca de la pregunta 6 a la 10.
- Tratamientos Psicológicos a pacientes con cáncer. Abarca de la pregunta 11 a la 16.

La primera área del cuestionario fue para conocer si los psicólogos que trabajaban en los hospitales sabían del área de Psicología de la Salud y cual es el desarrollo del Psicólogo en este ámbito de la Salud, que son los hospitales.

La segunda área fue para conocer sí el psicólogo conocía las aportaciones de la Psicología como disciplina al área de Oncología, es decir, conocer cuáles son los apoyos que puede dar la Psicología a los pacientes, familiares y personal de salud a cargo de las personas con cáncer, en las diferentes etapas de la enfermedad. También para un mejor entendimiento de aquellos factores (psicológicos) que se interrelacionan con el cáncer.

La tercera área del cuestionario fue conocer lo que están realizando los Psicólogos, actualmente, en los hospitales con pacientes de cáncer, así como los beneficios, que ellos consideran, tiene una asesoría psicológica con este tipo de enfermos.

PROCEDIMIENTO

Se localizaron los hospitales que tenían el área de Oncología. Una vez que se ubicaron éstos, se procedió a hablar con los encargados de algunas áreas, como cuidados paliativos, salud mental y Psicooncología. Algunos de estos Psiquiatras nos dieron referencias de Psicólogos o Psiquiatras que estaban laborando en otros hospitales.

Posteriormente, una vez confirmada la cita, se habló con algunos de estos profesionistas que estaban a cargo de los pacientes, se les dio el cuestionario para que lo contestaran; algunos realizaron comentarios extras a las preguntas del instrumento.

Cabe aclarar que algunos Psicólogos no tuvieron tiempo en ese momento para contestar el instrumento, por lo tanto se le dejo y después se recogió.

Por otra parte, se presentó la oportunidad de ir a "Casa de la amistad" en la cual asisten niños con cáncer. Se entrevisto a la Psicóloga Milagros Vargas, la cual atiende a estos niños y sus familiares. A continuación se presentará la información que se obtuvo:

VISITA A CASA DE LA AMISTAD

Se realizó una visita a "Casa de la Amistad", ésta es el primer proyecto de la Fundación Protectora de Niños con Cáncer, I.A.P. Esta Institución abre sus puertas el 15 de agosto de 1991 con el objetivo de ofrecer una ayuda integral a niños menores de 18 años que padecen cáncer, sus esfuerzos son en aquellos enfermos de escasos recursos económicos que proceden del interior de la República.

Casa de la Amistad, brinda tanto al niño como al adulto que lo acompaña:

- Alojamiento en una habitación doble con baño privado.

- Alimentación balanceada y nutritiva.
- Terapia psicológica y ocupacional.
- Asistencia educativa.
- Actividades recreativas.
- Transportación diaria a los centros de salud.
- Viáticos a su lugar de origen.

Considerando la carencia de recursos económicos de un gran número de pacientes y el alto costo de tratamiento que ellos requieren, la Fundación Protectora de Niños con Cáncer, I.A.P. inició en Abril de 1992 un segundo proyecto: *El banco de Medicamentos,* el cual consiste en dar al paciente el medicamento y aplicárselo.

A través de donativos de laboratorios empresas privadas y generosos benefactores, el Banco de Medicamentos garantiza al paciente que el tratamiento prescrito le será administrado en forma completa e interrumpida.

Como la investigación se enfoca al aspecto psicológico, se le realizó una pequeña entrevista a la Psicóloga que labora en dicho lugar.

Comentó que tiene 1 año con 2 meses trabajando de tiempo completo, ya que anteriormente estaba como voluntaria, realizando su servicio social. El departamento en el que se encuentra es el de apoyo emocional. Labora con un equipo multidisciplinario que son: trabajadores sociales, un médico asesor, enfermeras y un grupo de señoras tanatólogas.

Los pacientes, con un diagnóstico confirmado de cáncer, que llegan a la Fundación, son niños con familias de escasos recursos económicos, los cuales son transferidos de los Hospitales: Sector Salud, General de México, Infantil, Instituto Nacional de Pediatría y del Instituto Nacional de Cancerología. En éstos les hacen un estudio socioeconómico que es aplicado por las trabajadoras sociales y así determinan su estatus socioeconómico.

La Psicóloga refirió que las terapias que da son de apoyo y terapia breve, desde un enfoque gestáltico y humanístico, las cuales se enfocan a que ellos puedan expresar su necesidad, así como ayudarlos a descubrir sus pensamientos, sentimientos, emociones,

etcétera. Las técnicas que utiliza son: darse cuenta, libertad de decisión, responsabilidad, relajación, silla vacía, imágenes, entre otras. No tiene ningún programa establecido para dar terapia, ella observa, según sea el caso, que estrategias, tipo de terapia, o técnicas utilizar, es decir, conforme vaya surgiendo la historia, ella va retomando ciertos aspectos a considerar para decidir el tipo de terapia. La Psicóloga Vargas, considera que las asesorías psicológicas son necesarias para que los niños y sobretodo padres, se enfrenten a las "perdidas", es decir, por el diagnóstico y el proceso de la enfermedad, se presentan perdidas de salud, de la vida, de la familia, del cabello, de amigos, etcétera. También por el impacto emocional que tienen los padres al conocer el diagnóstico de sus hijos, por lo que ellos no saben cómo informar al niño de su enfermedad y cómo se va a sentir durante la misma.

También considera que este tipo de terapias les ha ayudado a los pacientes porque mejoran en sus relaciones interpersonales, mantienen más confianza hacia ellos mismos y al personal del lugar, asimismo sienten la confianza para expresar sus sentimientos y hablar sobre otros temas.

Las terapias son en forma individual y esporádicamente familiar; en el caso de esta última, como la institución acepta solamente un acompañante, no se considera como terapia familiar porque no están los demás integrantes de la misma, pero si el problema involucra a la familia, se le pide a los integrantes que acudan a la asesoría para poder tener mejores resultados en la terapia. El tiempo que ella dedica a la terapia familiar es de una hora y media, y en terapia individual son cincuenta minutos. Las terapias son una vez cada quince días o cada semana, según sea el caso.

El espacio con el que ella cuenta para dar la terapia es de un cuarto con un sillón, un escritorio, una vitrina con juguetes, a lado hay otro cuarto con sillas y más juguetes. Pero hay ocasiones en que los pacientes no pueden ir a ese espacio, debido a que se encuentran débiles por el tratamiento que les aplicaron, entonces ella va a su cuarto.

Los niños siempre tienen que ir con un acompañante y la estancia varía según sea la gravedad de la enfermedad.

CAPÍTULO V RESULTADOS

A continuación se darán los resultados de la información que se obtuvo, de acuerdo a las áreas en que está dividido el cuestionario.

Para la primera área llamada Psicología de la Salud, los psicólogos del Instituto Nacional de Cancerología (INC) y del Instituto Nacional de Pediatría (INP), tienen la función de esclarecer la información proporcionada por el médico a los pacientes, así como dar terapia de apoyo a éstos últimos, la cual está enfocada a diferentes aspectos que se consideran en la enfermedad, como son: niveles de ansiedad, control de síntomas, desarrollo de estrategias de afrontamiento y cualquier problema que le aqueje al paciente. También conformar parte del equipo inter y multidisciplinario.

Las aportaciones que los *psicólogos* del INC e INP dan al área médica son muchas, sobre todo que brinda atención al paciente con el objetivo de que tenga una mejor calidad de vida, también la creación de programas de *intervención y prevención* en el campo de la salud. Un Psicólogo que esta estudiando su Diplomado en Psicología de la Salud, comentó que como todo profesional, aporta conocimiento sobre los aspectos psicológicos que intervienen en el desarrollo de la enfermedad y como investigador aporta los resultados obtenidos de sus investigaciones sobre el área de interés. Esto es de gran importancia, ya que en el sector salud es muy variable, es decir, así como surgen nuevas enfermedades, surgen nuevas causas, síntomas, tratamientos, consecuencias y nuevos aspectos a considerar en un tratamiento psicológico a partir de todo lo anterior, por lo mismo es importante realizar *investigaciones* que aporten datos para ayudar o facilitar el entendimiento de dichos factores involucrados en la enfermedad y así dar una buena atención al paciente.

En general, los beneficios que aportan al ámbito hospitalario y que los psicólogos consideran importantes son: la atención inmediata al paciente, apoyo al equipo médico, aportación de datos con las investigaciones que se realicen, así como la formación de equipos inter y multidisciplinarios, también tener un lugar en el área de la salud, es decir, que el equipo médico considere al psicólogo como parte del mismo.

Por otra parte los *psiquiatras* del Hospital Médica Sur y del Hospital Español, mencionan que el psicólogo debe dar una evaluación, diagnóstico y tratamiento, con un abordaje integral del paciente. Sin embargo, ellos siguen considerando la evaluación en términos de disfunción mental, lo cual se retoma desde el enfoque de "enfermedades psicosomáticas", realizando así una evaluación individual. También comentan que el psicólogo debe integrarse al equipo médico y conformar así un equipo multidisciplinario, pero sería importante conocer la percepción que tienen ellos de los psicólogos de la salud, ya que siguen considerando que cualquier psicólogo clínico puede laborar en el equipo médico.

Con respecto a lo anterior, se cree que son otros los condiciones o factores que se tienen que considerar en una evaluación y no sólo en términos de disfunción. Si se quiere tener un esquema integral del paciente deben retomarse las áreas como la: familiar, social, laboral y cultural. Los psiquiatras consideran que una enfermedad es una disfunción del organismo y por ende el tratamiento debe ser a nivel individual, sin embargo, ellos creen que debe realizarse una evaluación integral del paciente. Sería importante conocer qué es integral para ellos.

En lo que respecta al punto de que cualquier psicólogo clínico puede laborar con el equipo médico, o que simplemente pueda realizar una evaluación, diagnóstico y tratamiento a pacientes con X enfermedad, es desfavorable para la Institución. Consideramos que no tienen el conocimiento apropiado para poder desempeñarse en el área de la salud; sin embargo, pueden realizar los puntos antes mencionados. Sería importante investigar si los psiquiatras conocen el área de Psicología de la Salud, tal vez no conocen todo lo que un Psicólogo de la Salud puede realizar al participar en un equipo inter y multidisciplinario de este sector.

No obstante, la Psiquiatra del Hospital Español considera al psicólogo poco preparado para laborar en el ámbito hospitalario, ya que debe tener "conocimientos de semiología, psicopatología y fisiología", también deben "mejorar su entrenamiento clínico y analítico". Por su parte, la Psicóloga del Hospital Médica Sur, mencionó que las aportaciones que puede hacer el psicólogo, en un hospital, es "ayudar a los médicos a resolver las situaciones emocionales", las cuales pueden afectar el proceso y tratamiento de la enfermedad en los pacientes; además de dar apoyo a sus familiares.

Lo anterior confirma que el médico tiene poco conocimiento sobre aquellos factores psicológicos que intervienen en la enfermedad del paciente, los cuales son importantes, ya que de ahí se puede definir el buen desarrollo y resultado del tratamiento, y por ende la posibilidad de la recuperación, de no ser así, por lo menos, que los pacientes tengan la adherencia terapéutica que buscan los doctores para obtener los resultados satisfactorios de su trabajo.

Realmente creen importante el trabajo del psicólogo, pero se ha visto que sólo en términos de una evaluación y tratamiento a los pacientes, pero no toman en cuenta que la labor del psicólogo de la salud va más allá, de lo antes mencionado.

Por otra parte la *enfermera* del Hospital Español considera al psicólogo como alguien que ayuda a orientar al paciente y sus familiares en su estado emocional. Esto apoya la idea de que el psicólogo sólo trabaja con los pacientes y sus familiares; y no con el personal de la salud que esté a cargo de estos pacientes, lo cual confirma que no existe un equipo multidisciplinario como tal, cada profesionista trabaja individualmente y no en conjunto para tener un panorama integral de los elementos que intervienen en la enfermedad del cáncer. Ella menciona que la intervención psicológica si es necesaria porque el beneficio para el paciente y sus familiares es en el aspecto emocional.

Existen ciertos obstáculos para que estos profesionistas se desarrollen en el ámbito hospitalario, consideran en términos generales, que les hace falta más preparación sobre todo en el aspecto clínico, el conocimiento de un hospital, del personal médico y del paciente. Los prejuicios que se tienen sobre el psicólogo, como el "curalocos", son elementos que interviene en el escaso desarrollo del psicólogo de la salud en los hospitales, este prejuicio se debe en gran parte por la desinformación que sigue existiendo acerca del área de Psicología de la Salud, los conocimientos que puede aportar el psicólogo de la salud hacia este sector son muchos. También se sigue creyendo que el psicólogo sigue siendo clínico, que solamente puede atender a personas con problemas psicosomáticos, pero en este caso el psicólogo de la salud tiene una especialidad, la cual le respalda para intervenir en otras áreas, como la salud. Además los médicos siguen creyendo que no tiene el suficiente conocimiento para abordar a un paciente con X enfermedad, esto es causa de la desinformación que existe sobre la labor del psicólogo en este ámbito.

Otro aspecto a considerar sería qué tanto hace el psicólogo por tener un lugar en el equipo de salud o informar al médico, a la enfermera, a la trabajadora social, al paciente y familiares, de lo que realiza como psicólogo de la salud; hasta los mismos psicólogos desconocen que el laborar en un hospital rebasa la tarea cotidiana de recibir al paciente y platicar con él; el cual fue el caso de la Psicóloga que labora en el Hospital MIG.

Por su parte, las psiquiatras coinciden con la falta de entrenamiento clínico que tienen los psicólogos, el desconocimiento de algunas materias como: semiología, psicopatología y fisiología, la insuficiente o más bien la falta de una formación médica. Este último punto debería considerarse en las Universidades, ya que no se contemplan estos aspectos para la formación de un psicólogo de la salud; es cierto que hace falta preparación pero también hacen falta instituciones que apoyen a las Universidades para que los alumnos puedan realizar su servicio o prácticas y el poco apoyo que existe de otros profesionistas (personal médico). Consideramos que este punto, tiene otros elementos que se involucran en el desarrollo del psicólogo en los hospitales.

Otra área a considerar en el cuestionario es la relación que existe entre la ***psicología y cáncer***, ya que como disciplina aporta sus conocimientos con técnicas, teorías e investigaciones al área de oncología (cáncer), tomando en cuenta que esta enfermedad tiene elementos importantes, los cuales se deben contemplar en el análisis para elaborar los programas de intervención. Es necesario señalar que desde que se recibe el diagnóstico comienza el estado de crisis en el paciente, por lo mismo, es de suma importancia comprender los estados, fases y síntomas que tiene el paciente con cáncer, para así poder dar un tratamiento adecuado.

En general, los *psicólogos* consideran que la aportación que hace la psicología es en términos de dar asesoramiento a pacientes para: esclarecer la información, disminuir los niveles de ansiedad y de dolor, manejo de problemas, adherencia terapéutica, programas de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, tratamiento de duelo en pacientes y familiares. Todas estas son técnicas que algunas teorías de la psicología maneja y las cuales son útiles para el tratamiento de pacientes con cáncer.

Independientemente de la teoría que se maneje, los puntos anteriores son los que "deben" contemplarse para el tratamiento de la persona enferma, claro, cada caso es diferente; ya que se toma en cuenta la fase de la enfermedad y la historia familiar. Sin embargo, son las técnicas que más utilizan para un tratamiento con este tipo de pacientes. Cabe mencionar, que la mayoría de los psicólogos entrevistados parten de la teoría cognitivo conductual, ya que ésta ofrece técnicas adecuadas para el tratamiento de los diferentes padecimientos de estos pacientes; sobre todo por el corto tiempo en que se realizan las terapias; otras teorías, como el psicoanálisis, se requiere más tiempo para poder analizar la problemática del mismo y, en ocasiones, la propia enfermedad no lo permite.

El Psicólogo realiza: intervención en crisis, terapia individual y familiar, para grupos de padres (en el caso de los niños con cáncer), evaluaciones neuropsicológicas y aplican programas conductuales.

En cambio los *Psiquiatras* mencionan que les ayudan a asimilar su patología, hablar de los aspectos que le aquejan. Ellos realizan un análisis de toda la problemática, la cual termina hasta la última fase de la enfermedad. Además, mencionan que en el tratamiento se hace una evaluación del problema psicológico y del problema base. El apoyo psicoterapeutico sirve para la elaboración de duelo y mecanismos de afrontamiento positivos; la Psiquiatra comenta: "como terapeuta es difícil y muy desgastante, ya que en ocasiones es breve pero muy intenso". Es importante señalar y considerarse en el análisis; a veces el paciente tiene una forma muy particular de expresar sus emociones acerca de su situación, lo cual es un factor que repercute en el proceso de la terapia. En todo proceso terapéutico, se debe tomar en cuenta, el estado del paciente, la etapa de la enfermedad y el lugar en que se va a dar la terapia (cuarto del hospital o cubículo), porque de todo ello depende el buen desarrollo de la psicoterapia.

Según los Psiquiatras y Psicólogos, los beneficios que el paciente obtiene de estas terapias son: la aceptación de su enfermedad y su adaptación a ella, contribuir a una buena calidad de vida, que puedan resolver conflictos individuales y familiares, la disminución del miedo, ansiedad, depresión y que tengan una adherencia terapéutica. Si el paciente obtiene estos beneficios, se puede lograr la confianza ante el personal que le está atendiendo y que tenga una esperanza ante todo lo que ve perdido. También podría decirse que algunos de

los beneficios que se obtienen son la información, conocimiento y aceptación de su situación que tiene el paciente, asimismo el papel que tienen sus familiares hacia él y hacia ellos mismos como sistema.

Por otra parte, la psiquiatra del Hospital Español, considera que se tiene que educar al paciente, es de alguna manera quitar los mitos acerca de la enfermedad, conocer lo que, uno como paciente, puede realizar y asimismo conocer los derechos que como tal se tienen.

La Psiquiatra del Hospital Médica Sur comenta que las psicoterapias se deben realizar en el hospital (cubículo), si el paciente no puede salir del cuarto del hospital o de su casa, se deben realizar en donde se encuentre él. Cuando éstas se dan en la casa, es un punto a favor, es decir, se puede conocer mejor el ambiente familiar y económico, lo cual podría ayudar a tener un informe más completo de la historia clínica del paciente.

Los objetivos de las intervenciones psicológicas, generalmente son hacia una mayor calidad de vida y bienestar del paciente, adaptación adecuada en momentos de crisis, una mayor adaptación a su estado de enfermedad, el manejo de emociones, desarrollo de habilidades sociales y que haya una mayor adherencia terapéutica.

En términos generales y de acuerdo a la información obtenida, todo lo anterior es para que el paciente aprenda a vivir con la enfermedad y los tratamientos médicos, así como las secuelas de éstos; la *Psicóloga de Casa de la Amistad*, también menciona que un objetivo es que pueda lograr el paciente una readaptación al medio social, laboral y familiar, ya que con las características de la enfermedad y de los tratamientos médicos, los pacientes tienden a aislarse, muchas veces se debe a aquellas ideas erróneas, otras son por el aspecto físico, la fatiga que tienen para trasladarse a algunos lugares o simplemente por estar en el hospital, el cual tiene sólo ciertas horas de visita, las cuales hacen que se restringe la entrada a familiares y amigos con los que el paciente quisiera estar. También otro factor es que en determinadas etapas de la enfermedad, el paciente está casi todo el tiempo en el hospital, lo cual lo aísla de su medio. Estos son algunos ejemplos del por qué se busca la readaptación al medio familiar, social, laboral del paciente.

Cómo la familia es un sistema de apoyo para cada uno de los integrantes de ella, los psicólogos y psiquiatras si consideran a ésta para el tratamiento psicológico de los pacientes; el diagnóstico no sólo afecta al paciente sino también a su familia, ya que afecta la dinámica familiar y surgen otros problemas que perjudican el estado anímico del paciente, el cual necesita tener y sentir ese apoyo familiar ya que muchas veces el paciente, en algunas ocasiones, debido al estado en el que se encuentra, no puede tomar ciertas decisiones que son fundamentales para el tratamiento de su enfermedad.

Las técnicas que utilizan los psicólogos y psiquiatras son:

- Psicoterapia de intervención en crisis.
- Terapias de apoyo.
- Terapias breves.
- Apoyo tanatológico.
- Reestructuración cognitiva.
- Técnicas de relajación.
- Terapia racional emotiva.
- Sistémica.
- Farmacológica (Psiquiatras).

Por último consideran los Psicólogos que el trato a estos paciente debe ser como cualquier persona, es decir, un trato humano más que técnico; de respeto, sinceridad, honestidad. La Psiquiatra del Hospital Médica Sur mencionó que como profesional, se deben considerar algunos aspectos básicos de la relación médico-paciente.

Por otra parte, no existe mucha diferencia entre psiquiatras y psicólogos en el aspecto de los tratamientos que dan a estos pacientes, aunque, por la formación profesional que tienen los psiquiatras, utilizan otros términos como patología, sintomatología, etcétera. Las teorías que utilizan y sus técnicas son muy similares, sin embargo, ellos consideran que el psicólogo está un poco limitado por la falta de conocimiento de algunas materias que son importantes para dar tratamiento a estos pacientes.

Los psiquiatras a diferencia de los psicólogos, utilizan medicamentos los cuales son proporcionados al paciente en casos de depresión, para aminorar el dolor, etcétera. Esta es una gran diferencia entre estos profesionistas, cabe señalar que un psicólogo mencionó que "siempre detrás del psicólogo se encuentra el psiquiatra", es decir, que el psiquiatra va a estar asesorando el trabajo del psicólogo.

En lo que respecta a los *psicólogos*, la mayoría sabe lo que tiene que realizar con los pacientes y sus familiares, y conoce su función como psicólogo dentro del hospital, pero aún así su labor a veces se ve aminorada por los médicos y enfermeras. Sería importante saber que tanto realizan ellos de lo que respondieron en el cuestionario, es decir, mencionan que las funciones del psicólogo son el realizar investigación, dar capacitación al personal médico, enfermeras, trabajadores sociales en aquellos factores psicológicos que intervienen en el desarrollo de la enfermedad, dar información para prevenir la enfermedad y así poder mantener la salud y calidad de vida de la población. Qué puntos de los ya mencionados realizan ellos en su trabajo. Creemos que todavía hay un poco de lejanía en lo que se dice y se hace.

Por otra parte existe la diferencia entre hospitales públicos y privados, en el sentido de que en estos últimos, al menos a los que se pudo tener acceso, existen psiquiatras para atender a pacientes con cáncer en el aspecto psicológico, pero, en términos generales, no se encontraron psicólogos laborando en ellos; solamente se pudo encontrar una psicóloga que labora en el Hospital Médica Sur y otra en el Hospital MIG; la primera no se pudo localizar, pero en la platica que se tuvo con la psiquiatra de dicho lugar, comentó que la psicóloga trabaja de la misma forma que ella, es decir, atiende a los pacientes y sus familiares, da sus tratamientos con varias técnicas cognitivo conductuales, pero si los pacientes requieren de algún fármaco, los atiende la psiquiatra. La otra psicóloga del hospital MIG sólo atiende a pacientes por consulta externa, es decir, su consultorio se encuentra dentro del hospital, ella no atiende a ningún paciente del hospital, a menos que el Doctor considere que el paciente tenga alguna enfermedad psicosomática, entonces lo manda con ella. Comenta que no atiende a ningún paciente con alguna enfermedad, de hecho no sabe lo que realiza un Psicólogo de la Salud y no conoce del área en Psicología de la Salud. También refirió que su formación solamente es clínica, tiene 15 años en esta especialidad.

En los hospitales Públicos, como el Instituto Nacional de Pediatría y el Instituto Nacional de Cancerología, tienen psicólogos que laboran en ésta área de oncología y algunos cuentan con la maestría en Psicología de la Salud y Diplomados en el área. Por lo que ellos comentan "es difícil poder entrar a un hospital como Psicólogo de la Salud", ya que como especialidad tiene poco en México y consideran que existe poca información, por parte del personal médico y pacientes de lo que puede realizar un psicólogo ahí.

Se observó como en los hospitales privados sigue existiendo esa barrera para que el psicólogo pueda desarrollarse en este ambiente, las causas son muchas: el ego del médico, poca información que existe por parte de éstos, la inexistencia de los espacios y la poca práctica que se tiene en estas áreas, los mitos que siguen obstaculizando el desarrollo del área de Psicología de la Salud, etcétera.

Es importante mencionar que los Psicólogos que se encontraron en estos hospitales (INC e INP) son estudiantes de la Maestría o del Diplomado en "Cuidados Paliativos" y están cubriendo un requisito meramente académico, es decir, están realizando su servicio social; no tienen muchos años de experiencia, además no realizan programas de prevención o publican algún artículo, solamente dan tratamiento a los pacientes del hospital y por lo tanto no laboran con un contrato en la Institución.

Sin embargo, existen 2 Psicooncólogos que tienen la especialidad de "Psicooncología" (uno en el INC y otro en el INP) y tienen 15 y 9 años de experiencia, los estudiantes arriba mencionados están en un rango de año y medio a tres años. Con estos datos se puede observar lo poco que tiene la Maestría en Psicología de la Salud y aun más en Psicooncología.

CAPÍTULO VI DISCUSIÓN

Como la salud es un tema que nos interesa a todos, no nada más al área de medicina, la psicología ha tratado de entrar en las ciencias de la salud para colaborar con las demandas que exige la sociedad, en este caso conocer qué aspectos están relacionados para mantener la salud y poder aminorar los efectos de aquellas enfermedades que pueden ser mortales.

Existen ciertos factores que determinan o se relacionan con el cuidado de la salud, los cuales permiten el acceso del psicólogo a este sector, ya que con su conocimiento y habilidad puede realizar un análisis integral para que el paciente tenga una mejor calidad de vida. De acuerdo con Taylor (1990), algunos de estos factores son:

- *El fracaso del modelo biomédico para explicar la salud y la enfermedad*, en este punto se ha visto que algunas enfermedades conllevan elementos de aspecto psicológico y que deben ser tratados por un psicólogo o psiquiatra, el médico no puede resolver y explicar estos aspectos desde el enfoque biomédico.

Además porque el ser humano está conformado desde una perspectiva sociocultural; en ocasiones las enfermedades se relacionan con el significado que tiene esa enfermedad en X cultura. Como el ser humano es social muchas de las actitudes, conceptos y creencias están vinculadas con el ambiente social en el que se encuentre el paciente.

- *El creciente interés por la calidad de vida y la prevención de las enfermedades.* Se ha dicho anteriormente que uno de los objetivos que tienen los psicólogos es mantener la calidad de vida del paciente; pero la pregunta es: qué es para ellos una mejor calidad de vida, desde su perspectiva, es decir, como profesional y desde la teoría "lo que debe ser" como concepto, o realmente consideran el punto de vista del paciente "lo que él cree que debe ser" su calidad de vida. Aquí se tiene que realizar un análisis integral desde el aspecto individual, familiar, social y cultural.

La prevención de las enfermedades es una manera de poder informar y educar a la gente, consideramos que los psicólogos entrevistados solamente trabajan cuando ya se hace presente la enfermedad, es decir, a nivel terciario, esto se debe a que trabajan en

hospitales que dan atención a personas con enfermedades ya existentes. Así mismo, no se realiza este punto (prevención), el cual es muy importante, porque muchas enfermedades comienzan por la desinformación que existe, claro también intervienen otros factores como el estilo de vida, pero pensamos que se puede realizar mucho educando a la gente con programas de prevención, los cuales cabría preguntarse sí los psicólogos que están en los hospitales tienen el apoyo de la Institución y del Sector Salud, para realizar dichos programas.

Por otra parte, en general, el campo de la salud comprende muchas áreas las cuales se ocupan de: a) La promoción y mantenimiento de la salud, b) Prevención y tratamiento de la enfermedad, y c) Factores asociados con el desarrollo de la enfermedad. En México, respecto al segundo punto, muchas veces se logra por medio de informar a la población a través de los anuncios en la televisión, folletos que dan en algunas instituciones o clínicas de salud, revistas, etcétera. En lo que respecta al tratamiento de la enfermedad, éste si se da porque cuando existen ciertos dolores o síntomas, se acude al doctor, ya que la sociedad mexicana es antidolor, se toman muchas cosas (hierbas, fármacos) para combatirlo, pero no se ataca el problema de raíz y cuando se tiene ya la enfermedad, se requiere de un tratamiento, el cual, en ocasiones no puede realizarse por los altos costos que tienen los medicamentos, la hospitalización (si se requiere), honorarios del Doctor, etcétera. De ahí la importancia de prevenir, así se reducirían muchos gastos para la población y para el sector salud. Del tercer punto, se conoce muy poco. Realmente se sabe de aquellos elementos que intervienen en una enfermedad a nivel biológico y fisiológico; pero qué pasa con aquellos que son de índole psicológicos y socioculturales. Los cuales no son considerados por la población en general.

El Psicólogo se enfoca a la evaluación, tratamiento e investigación, por lo que se pudo observar, no laboran en el área de la prevención de la salud; no se ha sabido, ni hubo comentarios sobre la realización de talleres, platicas con el objetivo de informar a la gente o de implementar los programas.

Hace falta información hacia el personal de la salud y población en general, de lo que puede realizar un psicólogo de la salud, ya que ese desconocimiento se corrobora a través de que son pocos los psicólogos que laboran en este sector.

Existen muchos factores que intervienen para que el psicólogo pueda ser parte del equipo médico, el principal es que el personal de la salud valore su aportación como profesional de la salud, la insuficiente práctica que se tiene en este ámbito, el desconocimiento de algunas materias como fisiología, psicopatología y las pocas plazas que existen en las instituciones, por mencionar algunos de los tantos que existen para que el psicólogo de la salud no pueda desarrollarse en el área hospitalaria.

Por otra parte se busca esa información del equipo de salud para dar una mejor atención al paciente, hablando en términos de "calidad de servicio", pero realmente no existe ese equipo multidisciplinario que se dice, debería existir, se observó que cada cual realiza su trabajo de manera individual; la causa es en parte, ese ego que como profesional de la salud se tiene, pensando que con nuestro tratamiento el paciente va a mejorar. En realidad son muchos los elementos desde el área individual, biológica, familiar, social, cultural, que se tienen que considerar para un buen tratamiento y desarrollo del mismo.

De acuerdo con Taylor (1986; citado en Latorre, 1994), Psicología de la Salud es el campo que intenta comprender la influencia de variables psicológicas sobre el estado de salud, el proceso por el que se llega a éste y las respuestas de una persona cuándo está enferma.

Por otro lado, los Psicólogos que tienen solamente una formación clínica pueden dar terapia para problemas de tipo emocional y social, ya que estando enfermo o inválido, produce una serie de sentimientos displacenteros; el psicólogo puede ayudar a aminorarlos o a esclarecer aquellas dudas que tiene respecto a su sentir, relacionado con la enfermedad.

En cambio, el psicólogo de la salud tiene una formación donde se estudian o analizan aquellos aspectos que están involucrados en la prevención, mantenimiento, tratamiento e investigación sobre la salud, no solamente aspectos emocionales.

El psicólogo en el sector salud, ha tenido poco desarrollo, pero éste ha sido positivo. Anteriormente el psicólogo en esta área, específicamente en los hospitales, su función era aplicar pruebas psicométricas para detectar un mal funcionamiento mental, es decir trastornos psicosomáticos, pero se ha visto que puede ir más allá de una simple prueba, tiene elementos con que apoyar a este sector, para dar una mejor atención al paciente.

En lo que respecta a los tratamientos psicológicos a pacientes con cáncer, todos los entrevistados coinciden que deben considerarse aquellos elementos que ayuden o perjudiquen el proceso del desarrollo terapéutico; estos pueden ser desde las áreas: individual, familiar, social, laboral y cultural.

Las metas a considerar, en el tratamiento psicológico son, entre otras, que el paciente acepte su situación, así como su enfermedad, pueda disminuir la ansiedad y se logre una adherencia terapéutica, todo con la finalidad de que aclarar las dudas o descargar aquellos sentimientos displacenteros que tiene al saber que su diagnóstico es de cáncer; para nadie es fácil aceptar una enfermedad de esta naturaleza. Es importante retomar a la familia, ya que funge un papel de apoyo para el paciente y se debe considerar en el tratamiento, ya que todos los miembros de la familia se ven afectados de una u otra forma.

La realidad del paciente se ve afectada por los significados implícitos que él une a la enfermedad: dolor, desfiguración, hospitalización, dudas, incapacidad, pérdida del atractivo o de la función sexual y posiblemente la muerte, así su construcción de la realidad es un aspecto a considerar en un tratamiento, ya que ésta debe ser reestructurada, no sólo una vez, sino continuamente. De ahí la importancia de un seguimiento del paciente en todo el desarrollo de su enfermedad.

Los Psicólogos de la salud si consideran estos elementos que son fundamentales para determinar que tipo de técnicas van a utilizar, la mayoría coincide desde el enfoque cognitivo conductual, ya que han sido benéficas y también por el corto tiempo en que son vistos los resultados. Considerando el desarrollo de la enfermedad y las consecuencias del tratamiento médico, son más prácticas este tipo de técnicas.

Si un paciente necesita tratamiento psicológico, quién lo decide es el médico primario, pero cabría preguntarse, si realmente tiene las herramientas necesarias para poder detectar qué paciente necesita este tipo de terapias, o si el paciente sabe que existe este tipo de apoyo, conoce su finalidad y proceso del mismo. Sería importante explorar qué tan informado está el paciente sobre la existencia de una terapia y los beneficios que puede tener al recibir una terapia de apoyo psicológico.

Por otra parte, en los hospitales públicos hay más psicólogos laborando que en los privados, tal vez sea por el desconocimiento que se tiene sobre el área de psicología de la salud. Existen psiquiatras que trabajan con pacientes de cáncer, los cuales reconocen que los psicólogos no están preparados para trabajar en los hospitales por la poca práctica, la falta de conocimiento sobre la aplicación de los fármacos y el desconocimiento de algunas materias, las cuales creen fundamentales. Consideran que la función del psicólogo es solamente dar terapia, desconocen las otras funciones que puede realizar como dar capacitación al personal médico, realización de programas de prevención, etcétera.

Con lo que se ha investigado se puede concluir que el psicólogo si es importante en el sector salud, es decir, tiene una función que realizar con los pacientes y equipo médico; cuenta con herramientas y conocimientos que ayudan al personal de la salud a prevenir, tratar, rehabilitar a pacientes, también en investigar aspectos psicológicos que intervienen en las enfermedades y capacitar al personal de salud en aquellos factores involucrados, como el trato, emociones, características de la personalidad del paciente, etcétera, en una enfermedad específica, claro no sustituye al médico, pero si puede ser una pieza que puede complementar el grupo multidisciplinario.

En el caso del cáncer, sí existe ese tratamiento terapéutico que beneficia al paciente, familiares y apoya al tratamiento médico, los beneficios se ven en diferentes áreas. Pero cabe recalcar, que se tiene desconocimiento de la función del Psicólogo de la Salud, el cual consideramos debe ser valorado para trabajar con ese equipo (salud), así como en los mismos espacios de ellos, es decir, en los hospitales. Es importante mencionar que son pocos los psicólogos que están en el área de Oncología, en comparación con el índice de personas con cáncer; es por ello que se debe dar más facilidad para que este profesional pueda desarrollarse en el ámbito hospitalario y en esta área. Como ya se ha visto, son muchos los beneficios que puede dar, pero sobre todo, que se considere uno más de ese equipo multidisciplinario que "debe existir", con la finalidad de dar una atención con mayor calidad a la población. Una de las principales metas del sector salud es que la población tenga una mejor calidad de vida, por la cual se debe hacer un esfuerzo por integrar un equipo de salud multidisciplinario en donde por supuesto esté presente el psicólogo.

CAPÍTULO VII PROPUESTA

Con base a lo ya investigado, se realizó una propuesta de trabajo para hospitales y psicólogos que laboren con pacientes de cáncer.

El objetivo de la propuesta es: sugerir algunos factores que influyan positivamente en el tratamiento psicológico de estos pacientes, así como reconsiderar la importancia del buen desarrollo terapéutico de los mismos.

PROPUESTA INSTITUCIONAL

- **Equipo multidisciplinario.**

Este equipo lo deben conformar: Doctores, Enfermeras, Trabajadores Sociales, Psiquiatras y Psicólogos. Todos ellos deben laborar conjuntamente con el objetivo de dar un servicio con mayor calidad.

Un equipo multidisciplinario lo conforman diferentes profesionales con una especialidad, inmersa dentro del área, en este caso es de la salud; cada uno va a dar su diagnostico del paciente y su tratamiento, pero es importante que cada profesionista valore el grado de la enfermedad, con la finalidad de entender los factores involucrados en ese proceso de deterioro de la salud, los cuales pueden estar fuera de su campo profesional y canalizarlo al apropiado, es decir, un médico no puede abarcar todos los aspectos fisiológicos del paciente, por ello existen las especialidades como, el pediatra, ortopedista, cardiólogo, etcétera. Además, cabe mencionar que el ser humano está conformado dentro de tres campos: social, psicológico y biológico; se retoma desde un modelo biopsicosocial. Lo que realiza un equipo multidisciplinario es conocer y atender los diferentes aspectos involucrados en la enfermedad, esto es con la finalidad de poder integrar la información y dar un mejor tratamiento en conjunto con los otros profesionales.

- **Asistencia Familiar.**

La familia pueda ayudar al paciente en las situaciones más difíciles de la enfermedad, es importante que ella esté presente en todo momento con él paciente, es decir, que los familiares asistan, junto con su (s) familiar (es), a las consultas que tengan con el psicólogo de la salud. Lo anterior es con el objetivo de que ellos estén informados sobre el proceso de la enfermedad y ayuden a su familiar en todo lo que necesite, así como apoyarlo: emocional, física y moralmente durante la enfermedad.

Por otra parte, los familiares son los que al final de cuentas toman todas las decisiones, con respecto a los tratamientos de su pariente enfermo, es por eso que deben estar conscientes de todo lo que el paciente va a pasar en todo el proceso terapéutico médico y psicológico.

Además los integrantes de la familia cambian sus hábitos y rutinas, ya que tienen que acompañar a su familiar, estar en el hospital, en ocasiones, salir de su comunidad, etcétera. Por ello es que los familiares también deben tener sesiones psicológicas para saber afrontar todos estos cambios.

- **Seguimiento individual.**

El psicólogo debe estar atento a todos aquellos elementos que ayuden o perjudiquen el proceso terapéutico durante la enfermedad, desde que se da el diagnóstico hasta la muerte o recuperación del paciente. Debe ser un tratamiento que sea continuo porque cada etapa de la enfermedad va presentando diferentes síntomas, tratamientos y padecimientos en el paciente, por tal motivo se debe realizar un seguimiento de esa persona con cáncer para poder prevenir o tratar lo más rápido posible la presencia de una recaída.

- **Etapa final.**

Algunos pacientes, en esta etapa, se preparan para despedirse, comienzan a hacer tramites legales, expresiones de afecto a sus familiares, la forma en cómo quiere ser

sepultado, el lugar, etcétera. De alguna manera están aceptando su muerte. En cambio, otros niegan totalmente esta posibilidad de morir.

En estos dos casos, el psicólogo de la salud, debe hablar con el paciente sobre sus deseos, angustias y dudas acerca de la muerte. Al igual que con los familiares se debe hablar para que acepten la partida de su ser querido, así como proponerles un seguimiento de tratamiento para aquellas personas que no puedan superar el duelo.

- **Tratamiento general.**

El psicólogo puede realizar programas de prevención, intervención, a través de folletos, conferencias, proyecciones de vídeos, platicas; con el objetivo de que la población conozca aquellos elementos que le ayuden a prevenir, sobrellevar y entender la enfermedad del cáncer.

La gente que está esperando en la sala, la trabajadora social, se encargará de informarles sobre las actividades antes mencionadas, las cuales se realizarán en algún salón de la misma institución, ahí estarán todas aquellas personas que les interese el tema.

Así la gente que está esperando aprovechará el tiempo informándose sobre aquellos elementos o factores que puedan ayudarle en la lucha contra el cáncer.

- **Capacitación y tratamiento al personal médico que labore con enfermos terminales.**

Este punto sería como una sugerencia para que la Institución tome interés sobre sus empleados. El objetivo es que el personal médico tenga un espacio en el cual pueda hablar de sus dudas, angustias y emociones generadas en su trabajo con pacientes de cáncer.

Por un lado sería dar capacitación a Doctores, Enfermeras, etcétera, acerca de los puntos que se deben considerar, en el trato a este tipo de pacientes, es decir, que ellos conozcan la manera de dirigirse al paciente sin el temor de que éste pueda sentirse agredido, ignorado, incapacitado, etcétera.

Por otro lado, sería importante considerar el aspecto cognoscitivo, emocional y perceptivo que tienen los profesionales antes mencionados, con respecto a sus sentimientos en relación con la enfermedad del cáncer, es decir, organizar juntas o reuniones, donde el personal médico pueda exponer sus sentimientos en un caso particular o en general, al tratar a pacientes con cáncer.

Como sabemos, el trabajar con enfermos terminales, provoca una serie de emociones en el personal médico que los atiende, por todo esto es la importancia de crear este tipo de espacios donde el psicólogo de la salud, apoye a este personal en el área emocional.

PROPUESTA DE ATENCIÓN INDIVIDUAL

- **Recepción del paciente y sus familiares.**

Aquí en este punto, al paciente y sus familiares, se les explicará el por qué es importante una reunión con el psicólogo de la salud. Este les aclarará las confusiones que tengan en el proceso de la enfermedad así como de su tratamiento médico, además, sus dudas con respecto a sus sentimientos, emociones e ideas, sus derechos como paciente, sus angustias, serán aclaradas por el Psicólogo.

En términos generales les aclarará todas las dudas que tengan los pacientes y familiares, así como también les explicará su forma de trabajo y el objetivo del mismo.

- **Intervención con el equipo multidisciplinario.**

Conformar un equipo multidisciplinario con el objetivo de informar sobre la situación o estado de salud del paciente. Los integrantes del equipo tienen que ser todos aquellas personas que estén a cargo de ese paciente, en particular.

La ventaja de conformar este equipo es para tener la información completa sobre el estado de salud del paciente y así poder realizar una estrategia de trabajo para este último.

Es muy importante trabajar en equipo, ya que con el esfuerzo de todos, el paciente pueda tener su tratamiento con buenos resultados y sobre todo lograr que continúe con el mismo.

- Tratamiento al paciente.

En este punto, el psicólogo de la salud deberá realizar una evaluación, donde pueda observar aquellas características de las siguientes áreas: cognitiva, emocional, familiar, social y fisiológica del paciente que ayuden u obstaculicen al tratamiento del paciente.

Una vez hecha la evaluación se continuará con el diagnóstico. Aquí es importante trabajar con el equipo multidisciplinario, ya que todos deben de dar su diagnóstico para poder elaborar una estrategia de trabajo o un tratamiento, para ese paciente en particular. En este punto consideramos que el trabajo en equipo puede aportar información valiosa sobre la situación del paciente, la cual será analizada conjuntamente, con el objetivo de conocer qué tratamiento médico va a llevar el paciente y así conocer las consecuencias que puede presentar.

Todas esas características que presente el enfermo de cáncer, son las que se tienen que considerar para un tratamiento psicológico, del cual se puedan obtener buenos resultados.

¿Por qué es importante conocer el estado fisiológico del paciente? Es el que va a determinar los medicamentos o el tratamiento médico que proporcione el oncólogo y por los cuales presenta diferentes molestias o padecimientos. Muchos de estos fármacos causan nauseas, mareos, debilidad, falta de apetito, etcétera, por tal motivo hace que el paciente tenga diferentes emociones, sentimientos y percepciones sobre su estado de salud.

Durante el tratamiento se deben obtener los resultados del mismo, ya que es importante conocer los beneficios que se han tenido con este tratamiento. También se debe realizar un seguimiento del estado de salud del paciente; esto es con el objetivo de dar continuidad a aquellos resultados positivos y observar cualquier desajuste o recaída que pueda presentarse.

Para el tratamiento psicológico, es importante considerar la situación cognitiva, emocional, familiar, laboral, social, fisiológica, así como la etapa de la enfermedad en la que se encuentre el paciente. Todo es con la finalidad de elaborar un tratamiento adecuado para cada enfermo.

Independientemente de la teoría que maneje el psicólogo de la salud, se deben realizar los pasos antes dichos, ya que todos están correlacionados, es decir, cada etapa del tratamiento es importante porque a través de un buen diagnóstico se dará el tratamiento apropiado para esa persona, la relación entre ellos es muy estrecha, así mismo, cuando existe alguna recaída, se tendrá que valorar parte del diagnóstico dado, identificar aquellos elementos que no funcionaron y con base a ello, aplicar un tratamiento más eficaz, de esta manera consideramos importante que estos pasos, en la atención de un paciente enfermo de cáncer, tienen relación entre sí y un orden.

CAPÍTULO VIII CONCLUSIONES

El psicólogo de la salud tiene un importante papel dentro de este sector. Como se ha podido observar en este trabajo, es inexistente el equipo multidisciplinario en los hospitales, a los que se pudo tener acceso, lo cual repercute en la calidad de la atención a los pacientes.

Para el Psicólogo es importante incorporarse al equipo inter y multidisciplinario, ya que en el área de la salud espera que su labor sea reconocida por los integrantes de la misma área y porque la conformación de este equipo, tan necesario, es uno de los objetivos a cumplir en el ámbito de la salud con la finalidad de proporcionar una mejor atención al paciente, en términos de calidad de servicio.

Se está logrando dar ese gran paso para que el Psicólogo se incorpore al grupo medico y labore junto con los Doctores, Enfermeras, Trabajadores sociales, etcétera; sin embargo, se requieren más esfuerzos para que el psicólogo sea parte del equipo de salud, así mismo es necesario integrar ese equipo multidisciplinario en los hospitales e Instituciones de salud, en donde esté presente el psicólogo, con el objetivo de brindar una mejor atención.

Para llegar a estas metas se necesita la cooperación de estas tres áreas: **Sector salud**, personal medico y psicólogo de la salud. El primero se refiere a las Instituciones que permitan ese espacio para que colabore el psicólogo, es decir, que existan plazas en este tipo de organizaciones para que trabaje este profesionista, con la finalidad de conformar un equipo multidisciplinario, el cual se encargue de conocer, integrar y analizar aquellos elementos que intervienen en el buen desarrollo terapéutico de aquellos pacientes que ingresen a un hospital con alguna enfermedad. **El personal medico** es necesario considerarlo, ya que es parte del equipo de salud y como tal debe permitir y apoyar al psicólogo a integrarse y desarrollarse en este ámbito; así mismo reconocer la importancia de la relación existente del aspecto psicológico y fisiológico de una persona enferma, esto le permitirá conocer el avance o retroceso que el paciente presente en el tratamiento medico. **El psicólogo de la salud** se ve comprometido a mostrar resultados satisfactorios de su trabajo para que permita dar a conocer al enfermo, personal medico y organizaciones de la salud, la importancia de su labor en sus diferentes facetas: promotor, investigador y terapeuta. Cabe señalar que el psicólogo debe tener conocimientos suficientes, los cuales

deben ser adquiridos en su formación académica, para elaborar programas de prevención e intervención y no se le etiquete meramente como "aplicador e interpretador de pruebas".

Por otra parte, los tratamientos psicológicos que se dan a los pacientes con cáncer, en los hospitales visitados para esta investigación, parten de la teoría cognitivo-conductual y han dado buenos resultados para los enfermos, de acuerdo los comentarios proporcionados por las personas que están a cargo de este tipo de pacientes, así como de diferentes investigaciones llevadas a cabo en el área de Psicooncología.

Como se ha visto en este trabajo, el cáncer desencadena una serie de sentimientos en las personas que lo padecen, así como a sus familiares; todos ellos requieren de un apoyo psicológico, el cual puede variar, de acuerdo a las características que presente el paciente: etapa de la enfermedad, tratamiento médico, edad del paciente, características de su personalidad, situación económica, rol que desempeña dentro de la familia y de la sociedad, etcétera.

Sin embargo consideramos que la teoría cognitivo-conductual (que como vimos, es la más utilizada por los profesionistas entrevistados) no es la única que puede tratar a pacientes con cáncer. Creemos que todas las teorías y sus técnicas pueden ser de gran utilidad siempre y cuando el Psicólogo las aplique de manera adecuada. En la visita que se pudo realizar a "Casa de la Amistad", la Psicóloga que labora en dicho lugar, comentó que utiliza la teoría gestalt y la humanista, las cuales le han sido de mucha utilidad ya que observa resultados positivos en sus pacientes. Asimismo se considera que una persona con esta enfermedad, necesita apoyo afectivo, moral y todas las muestras de cariño que puedan proporcionarle sus familiares, y en ocasiones, también del personal que está a cargo de él. Por tal motivo, creemos que existen otras teorías las cuales pueden ayudar al paciente, pero debemos reiterar que va a depender de las demandas de este mismo y las características que presente durante el proceso de la enfermedad.

Por otra parte, el Psicólogo de la Salud debe tener una formación integral para desarrollarse lo mejor posible en el área médica, es decir, en su formación profesional debe conocer todas las teorías y técnicas que existen en la Psicología, las cuales puedan ayudar a tratar aquellos elementos inmersos en el proceso de salud-enfermedad, como estilos de vida,

emociones, alimentación, etcétera, ya que todas ellas le proporcionan al psicólogo herramientas para tratar los procesos psicológicos que están provocando un desequilibrio causado por una enfermedad; es por ello que en su formación profesional debe adquirir los conocimientos de las diferentes metodológicas y técnicas analíticas, las cuales le permitan dar un diagnóstico y tratamiento eficaz y así obtener resultados óptimos.

Además, consideramos que en el área de Psicología de la Salud en México, existen pocos trabajos de investigación, por lo cual proponemos que aquellos psicólogos que logren estar en el área médica, realicen programas o trabajos donde se pueda tener un seguimiento de las situaciones que tiene el país en el aspecto de Salud.

Consideramos necesario hacer énfasis en la realización de diversas investigaciones que aporten nuevos conocimientos al área de Psicología de la Salud con la población mexicana, por ello, creemos necesario mencionar aquellos obstáculos metodológicos que se presentaron en la elaboración de dicha investigación, los cuales puedan ser contemplados en futuras investigaciones para un mayor conocimiento de la Psicología con relación a la Salud.

La poca información que existe en México de Psicología de la Salud, no permite obtener datos completos de las funciones que el psicólogo tiene en las Instituciones de Salud, así como conocer las investigaciones que han realizado en dicho campo con la población mexicana; todo lo anterior confirma que en México hace falta difundir dicha área y ampliar el campo laboral para que el psicólogo de salud se desarrolle.

Para la presente investigación, la información que se obtuvo era de otros países, por ejemplo de Estados Unidos, Cuba, Colombia, etcétera; los cuales están más avanzados en el conocimiento de la Psicología en relación con la salud y reconocen el trabajo que realiza el psicólogo de la salud con pacientes de cáncer; esta enfermedad es crónico-degenerativa y como tal, las personas que lo padecen, presentan diferentes problemas de tipo social, familiar, emocional, laboral, etcétera, causados por el proceso de la misma enfermedad y del tratamiento médico. Actualmente es un tema de interés para las psicólogos, debido a que ocupa los primeros lugares como causa de mortalidad en varios países.

Se sugiere establecer vínculos con la gente que está inmersa en Psicología de la Salud, para que se integre un equipo junto con los demás profesionistas relacionados al campo de la salud, de tal manera que se conforme un grupo multidisciplinario y se discutan los avances en relación con el conocimiento de los elementos involucrados en el proceso de la enfermedad de cáncer en México, así mismo, realizar congresos con los temas de interés correlacionados al cáncer y permitir el acceso a los psicólogos para desarrollarse profesionalmente en el campo de la salud.

Actualmente, es necesario conocer y comprender la interrelación que existe entre el campo social, biológico y psicológico de cada persona enferma de cáncer, ya que estos elementos permitirán al profesional de la salud implementar programas de prevención, dar una mejor atención y tratamiento al paciente, esto es con la finalidad de enriquecer su calidad de vida.

En los hospitales, el problema que se presentó fue contactar al personal que se encuentra a cargo de las personas enfermas de cáncer, es decir, los médicos, enfermeras, etcétera, ya que la mayoría no permitió el acceso a la información que ellos podrían proporcionar para la investigación o simplemente no les interesaba conocer de qué se trataba y por tal motivo no se logró aplicarles el cuestionario, hubiera sido enriquecedor para el presente trabajo conocer su opinión acerca de la participación del psicólogo de la salud en una instancia hospitalaria, atendiendo a los pacientes con cáncer, así como las funciones que él cree puede desempeñar este profesionista y qué beneficios se obtendría al conformar un equipo multidisciplinario. Todo lo anterior puede servir para futuras investigaciones en México.

Otro aspecto importante a considerar, es que los psicólogos que se entrevistaron no eran personas que laboraran en los hospitales, a excepción de dos que tenían la especialidad en Psicooncología y que sí trabajaban en los hospitales, los demás, estaban cubriendo un servicio social o asignaturas de la maestría, pero no con una plaza de trabajo; con esto nos damos cuenta que son pocos los psicólogos que laboran en dichas Instituciones considerando que el índice de enfermos con cáncer se incrementa día con día. Algunos de los entrevistados mencionaron que todavía

no se tiene el espacio para desarrollarse profesionalmente en dicho campo, debido a que los médicos no consideran importante el trabajo que ellos desempeña con los pacientes, es por ello que se ve limitado para laborar en las instancias de salud.

Por otra parte, las autoridades sanitarias desconocen las funciones de un Psicólogo de la salud, por tal motivo existen pocas plazas para que labore este profesionista, por ello consideramos necesario que la secretaria de salud y las instituciones hospitalarias, así como el personal médico, permitan el acceso para que laboren los psicólogos, así como implementar programas, a través de los cuales se puedan realizar trabajos conjuntamente con otros profesionales de la salud y de esta manera conformar los equipos multidisciplinarios.

Cuando acudimos a solicitar la información del personal que trabaja con este tipo de pacientes en los diferentes hospitales, no existía alguna área específica o personas que atendieran dicha solicitud para realizar nuestra investigación, algunas personas se mostraron renuentes a dar información y otras no conocían quién podría ayudarnos, por tal motivo, se resalta la importancia de promover el desarrollo de un modulo o un área encargada de proporcionar la información correspondiente, con la finalidad de promover el interés y apoyo para continuar con investigaciones relacionadas con el aspecto psicológico y el cáncer.

Es necesario que al psicólogo se le de la oportunidad de estar en el área de la salud, cuenta con los conocimientos necesarios para abordar dichos problemas que presente el enfermo y sus familiares, ya que se ha visto que no tiene participación en esta área; observamos que esos lugares lo ocupan tanatólogos, trabajadores sociales, psiquiatras y grupos de "autoayuda" que atienden a este tipo de personas con diferentes enfermedades; en este caso de cáncer. Pero solamente se dedican a tratar y sobrellevar la enfermedad, debido a que los hospitales en los que laboran, son de atención a tercer nivel, es decir, atender a la gente con la enfermedad ya existente; pero cabría preguntarse si a nivel del sector salud, existen psicólogos que laboren en aquellas instancias de salud en el primer nivel y ellos conjuntamente con los demás profesionales de la salud elaboren aquellos programas preventivos para la población en la que se encuentre.

Sin embargo existe otra interrogante, ¿la institución hospitalaria permitirá a sus trabajadores que realicen actividades de contenido preventivo? o en su caso ¿existirá algún grupo dentro del hospital que se encargue de estas funciones y si existe ese grupo, habrá un psicólogo de la salud que colabore conjuntamente con ellos en la realización de dichos programas? Son aspectos que deberían profundizarse en otras investigaciones relacionadas al área de Psicología de la Salud.

Por ello consideramos necesaria la participación del Psicólogo de la salud, el cual tiene las herramientas adecuadas y el conocimiento de la interrelación entre el aspecto psicológico, biológico y social del paciente; las causas son multifactoriales, las cuales producen el cáncer, hasta ahora no hay nada que defina la causa principal de dicha enfermedad, algunos de estos son los estilos de vida de la gente, maneras de afrontar los problemas, el manejo de sus emociones, sus hábitos de alimentación, la falta de ejercicio y la asistencia al médico, el tiempo de exposición al sol y los rayos X, etcétera; lo cual hace que la persona se enferme.

Actualmente la gente tiene conocimiento sobre aquellos aspectos que producen el cáncer, la información es proporcionada por diferentes medios de comunicación, como la TV, periódicos, revistas, radio, etcétera; no obstante, sigue existiendo gente que se enferma, una interrogante que nos surge es ¿qué hace la gente con toda esa información? ¿Cómo podemos traducirla en cambios? los cuales sean notorios para la disminución de las estadísticas de cáncer, por qué la gente si conoce aquellos elementos que pueden prevenirlo hace caso omiso y espera hasta que se manifieste la enfermedad para tomar consciencia sobre su salud, por lo que consideramos que la información es insuficiente para que se lleven a cabo las prácticas correspondientes para mejorar su estado de salud y así obtener una mejor calidad de vida. Estos aspectos son socioculturales, es decir, la gente tiene costumbres acordes a su cultura, las cuales son perjudiciales para la salud y finalizan en una enfermedad como el cáncer, pero es en este punto donde consideramos que el psicólogo de la salud puede contemplar estos factores sociales y culturales relacionándolos con las prácticas, creencias, prejuicios, hábitos que la gente tiene, los cuales se interrelacionan con el aspecto psicológico de las personas, por lo mismo es importante conocer estos elementos para la realización de programas que puedan prevenir aquellos factores poco saludables para la población mexicana.

Creemos que al realizar los programas de prevención, se contemplen los factores causantes de dicha enfermedad, con la finalidad de educar a la población e incrementar su calidad de vida; sin embargo, una vez que se tiene el cáncer, se debe tratar a nivel biológico, social y psicológico, porque el ser humano está compuesto por la interrelación que existe entre estos tres campos y se ven afectados por la perdida de salud.

Con todo lo que se mencionó, quedan cubiertos los objetivos específicos y el general de este trabajo: *Conocer en hospitales públicos y privados, si se encuentran psicólogos trabajando con pacientes de cáncer y saber que están realizando; con base a lo anterior elaborar una propuesta para los psicólogos que trabajen con este tipo de pacientes.*

Concluyendo así que el Psicólogo de la salud, en el área de oncología, sí forma parte del personal que labora en los hospitales, pero en una proporción mínima, es decir, no en todos las Instituciones privadas y públicas existe un psicólogo, sobre todo, si se toma como referencia que el cáncer es la segunda causa de muerte en México. Todo lo anterior apoya la idea de la poca información que se tiene de este profesional en los hospitales trabajando con pacientes de cáncer, lo cual corrobora que ese espacio laboral para la Psicología de la Salud no existe de manera formal en México, por parte de las Instituciones públicas y privadas.

CAPÍTULO IX BIBLIOGRAFÍA

Bakal, A. D. (1996*). Psicología y Salud.* Fac. de Psicología. Descleé de Brouwer.

Bammer, K. y Newberry, H. B. (1985). *El stress y el cáncer.* Barcelona, Herder. Cap. VIII.

Baum, A. y Krantz, S. D. (1997). *An introduction to Health Pshychology.* 3ª ed. New York, Mc Graw Hill.

Bayes, R. (1985). *Psicología oncológica.* Barcelona, Martínez Roca.

Becoña E. Vázquez, L. F. y Oblitas, L, A. (1995). "Antecedentes y desarrollo de la psicología de la salud". En: *Psicología contemporánea.* 2 (1). 4-15.

Becoña, E; Vázquez, L. F. y Oblitas, L, A. (1995). "Estado actual y perspectivas de la psicología de la salud". En: *Psicología contemporánea.* 2 (1). 100-111.

Belar D. C. (1997). "Clinical Health Psychology: A Speciality for the 21 st Century". En: Health Psychology. 16. No. 5. 411-416.

Benson, H. (1980). *La medicina de la conducta, un camino para mejorar su salud.* Barcelona, Grijalbo.

Buela-Casal, G; Sierra, J. C. y Carrobles, J. A. (1995). "Psicología clínica y de la salud en España: su estado actual". En: *Revista Latinoamericana de Psicología.* 27 (1). 25-40.

Classen, C; Koopman, Ch; Angell, K. y Spiegel, D. (1996). "Coping Styles Associated With Psychological Adjustment to Advanced Breast Cancer". En: *Health Psychology.* 15 (6). 434 - 437.

Cooper, C. L. (1986). *Estrés y cáncer.* México, Díaz de Santos. S.A.

Costa, M. y López, E. (1986). *Salud comunitaria.* México, Martínez Roca. Cap. 6.

Crespo, M. y Labrador, F. J. (1995). "Caracterización de los aspectos cognitivos en la respuesta de estrés". En: *Psicología Contemporánea.* 2 (1), 52-63.

Cristianet. (1998). "16. Duelo". (WWW document). URL. http://www.cristianet.com/foro_discusion/00000005.htm

Chesler, M. A. (1991). *Introduction to Psychosocial Issues.* Cancer Suplement. 71:10, 3245-3250.

De la Fuente, R. (1992) *Psicología médica.* México, Fondo de Cultura Económica.

De Vita, V. H. y Steven. (1988). *Cáncer.* México, Salvat. 2ª Ed. Tomo I yII.

Delgado, V. E. (1995). *Los perfiles cognitivos y las estrategias de afrontamiento de pacientes oncológicos: elementos para una consideración del tratamiento en pacientes.* Tesis de Licenciatura. Iztacala, UNAM.

Dotres, M. C. (1998). "Lo más importante es la voluntad política de mantener este sistema de salud". (www document) URL. http://www2.ceniai.inf.cu.

Espiau, J. R. (1997). Familia y Donación. Alicante. Extracto de la clase "El Duelo". Coordinadora Autonómica de Trasplantes de Navarro. Dto. De Salud. (WWW document). URL. http://donación.organos.ua.es/proceso/el_duelo3.htm

Fernández, A. F. (1989) *Psicología médica y social.* Barcelona, Salvat. Cap. 33.

Frederick. y Levenson, B. (1986). *Causas y prevención del cáncer.* Buenos Aires.

Freud, S. (1915). "*Duelo y Melancolia*" (1976). Ed. Amorrortu. T. XV.

Gariglio, P. y Rangel, L. M. (1992). "Virus y cáncer". En: *Salud Pública en México.* 34, 308-317.

Geocities, (1998). "Indice". (WWW document). URL. http://www.geocities.com/collegepark/lybrary/7893/indice.htm.

Glen, D. (1996, Octubre). Geocities. "La Pena y el Duelo". Traducido por María Tapie en (Diciembre, 1997). (WWW document). URL. http://www.geocities.com/heartland/bluffs/7102/pena-duelo.htm

Glieman, P. N. B. (1996). *Rol del psicólogo en la promoción de la salud pública.* Tesis de Licenciatura. Universidad Iberoamericana.

Golden, L. W; Gersh. D. W. y Robbins, M. D. (1992). *Psychological Treatment of Cancer Patients. A cognitive-behavioral Approach.* Boston, Allyn & Bacon.

Grau, J. A. (1998). "La psicología de la salud y las enfermedades crónicas: Un paradigma del trabajo futuro". En: Rodríguez, G. y Rojas, M. (coords.), *La psicología de la salud en América Latina.* México. Facultad de Psicología, UNAM-Miguel Angel Porrúa.

Gray, R. (1987). *Paciente terminal y la muerte.* México, Doyma.

Guido, W.G. (1995). *El amor, los celos, el celo. Psicoanálisis en pacientes con cáncer.* Buenos Aires, El ateneo.

Hall, S. C. (1992). *Compendio de Psicología Freudiana.* México, Paidos.

Hernández, S. R; Fernández, C.C. y Baptista, L.. P. (1991). *Metodología de la investigación.* México, Mc Graw Hill.

Hilgard, R. E. y Hilgard, R. J. (1990). *La hipnosis en el alivio del dolor.* México, Fondo de Cultura Económica.

INEGI (1996). Información Estadística de las principales causas de muerte. Sector Salud.

INEGI (1997). Información Estadística del Sector Salud.

Kazdin, A. E. (1983). *Historia de la Modificación de Conducta.* Bilbao: Desclée de Brouwer. Cap. 6.

Kazdin, A. E. (1984). *Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas.* México, Manual Moderno.

Knapp, E. y Delgado, E. (1990). "Psicología, cáncer y dolor". En: *Revista Cubana de Psicología.* 2 (2).

Labrador, F. Muñoz, M y Cruzado, J. (1990). "Medicina conductual". En: F. Fuentenebro y C. Vazquez (Eds.), *Psicología médica, psicopatología psiquiatría.* Madrid: Interamericana-McGraw-Hill.

Land, T. (a.k. a Beads) (1998, October 15). *Web Extension to American Psychological Association Style (WEAPAS)* (Rev. 1.6) (WWW document). URL. http://www.beadsland.com/weapas/

Latorre, P. J. M. y Beneit, M. P. J. (1994). *Psicología de la salud. Aportaciones para los profesionales de la salud.* Argentina, Lumen.

Letargo, L. P. (1984). *Antropología Médica.* México, Salvat.

Lipkin B, G. y Cohen, G. R. (1989). *Cuidados de enfermería en pacientes con conductas especiales.* España, Doyma.

Lipkin, B. G. y Cohen, G. R. (1980). *Atención emocional del paciente.* México, La prensa Médica. P.p. 227-284.

Lira, P. V. En: Uribe, E. M; Badillo, G. H. y Hurtado, M. R. (1988). *Medicina Interna.* Ed. Médica Panamericana. Vol. II.

Lowitz, B. B. y Cascíato, D. A. (1990). *Manual de oncología clínica.* Barcelona, Salvat. Cap. 5.

McCaul, D. K; Schroeder, M. D. y Reid, A. P. (1996). "Breast Cancer Worry and Screening: Some Prospective Data". En: *Health Psychology.* 15 (6). 430-433.

Melamed, G. B. (1989). *Health Intervention: Collaboration for Health and Science.*

Mira, J. J; Vitaller, J; Aranaz, J; Herrero, J. F. y Buil, J. A. (1992). "La satisfacción del paciente: concepto y aspectos metodológicos". En*: Revista de Psicología de la Salud.* 4 (1). 89-109.

National Cancer Institute (NCI) (1998, Diciembre). "Perdida, pena y pesar". (WWW document). URL. http://www.mqb.uni-bonn.de/cancernet/spanish/306750.html

National for Cancer Coalition Survivorship (NCCS) (1997). "Temas de Salud Pública. Aspectos Indispensables para el Cuidado de Calidad del Cáncer: Acceso, Defensa, Acción y Responsabilidad". (WWW document). URL. http://www.cansearch.org/spanish/policy/statements/imperatives/imperativessissues.htm

O.M.S. (1974). Constitución de la Organización Mundial de la Salud documentos básicos. 24° ed. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Oncolink. University of Pensylvanya Cancer Center. National Cancer Institute/PDQ (1998, Agosto). "Patient Information: Planificación del cuidado de transición - Updated". (WWW document). URL. http://cancer.med.upenm.edu/pdq_html/5/span/505471.html.

Oncolink. University of Pensylvanya Cancer Center. National Cancer Institute/PDQ (1998, Octubre)."Physician Statement: Fatiga - Updated". (WWW document). URL. http://www.oncolink.upenn.edu.pdq-html/3/span/304461.html

Oncolink. University of Pensylvanya Cancer Center. National Cancer Institute/PDQ (1996-97)."Physician Statement: Nutrición - Updated". (WWW document). URL. http://www.oncolink.upenn.edu.pdq-html/3/span/304461-2.html

Organización Panamericana de la Salud. (OPS). (1992). *Promoción de la salud y Equidad.* Declaración de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. Bogota.

Osorio, G. M. (1997). *Programa de afrontamiento para pacientes pediátricos con leucemia: la perspectiva de Psicología de la Salud.* Tesis, Maestría en Modificación de Conducta. ENEP. Iztacala, UNAM.

Pin, G. M. (1981). *El reino de las leyes. Orden Freudiano.* México, Siglo XXI.

Ramírez, G. E. M. M. (1996). *Psicología pediátrica.* Tesis de Maestría. ENEP. Iztacala. UNAM.

R. Canaria. (1998). "El Duelo". (WWW document). URL. http://www.scs.rcanaria.es/infosalud/adultos/duelo.htm.

Rodríguez, G. y Rojas, M. (1998). *La psicología de la salud en América Latina.* México, Facultad de Psicología, UNAM-Miguel Angel Porrúa.

Rodríguez-Marin, J. (1991). "Psicología de la salud: situación en la España actual". *Revista de Psicología de la salud.* 3. 55-91.

Safouan, M. (1988). *Angustia, Sintoma, Inhibición.* (Seminario) Argentina, Nueva Visión.

Santos, O. M. C. (1998). "Salud Pública. Promoción de la salud y educación para la salud". En: Rodríguez, G. y Rojas, M. (coords.), *La psicología de la salud en América Latina.* México. Facultad de Psicología, UNAM-Miguel Angel Porrúa.

Sarafino, E. (1994). Health Psychology: Biopsychosocial Interaction. New York, John Wily Sons.

Schwartzenberg-Pierre. L. y Viansson-Ponte. (1978). *Cambiar la muerte.* Barcelona, Gedisa.

Sierra, P; Soto, G; Alberti, M. F; Rodríguez, I; Rojas, F; Kouri, J. B; Herrera, L. Remedios, E; Del Valle, D; Facio, R. y Muñiz, Z. (1992). *La investigación en salud en América Latina.* Estudio de países seleccionados. Organización Panaméricana de la Salud.

Sosa, R. En: Uribe, E. M; Badillo, G. H. y Hurtado, M. R. (1988). *Medicina Interna.* Ed. Médica Panamericana. Vol. II.

Stanley, L. R. y Vinay, K. (1987). *Patología humana.* México, Interamericana, McGraw-Hill. (4ª. Ed). Parte I. Cap. 6.

Stolbach, L. L. y Constance, E. L. (1994). "Further comments on couseling people with cancer: Pursuing the perfect paradigm". En: *Advances. The Journal of maind-body health.*Vol. 10. No. 3.

Taylor, S. E. (1990). Contributions of Health Psychology. New York, Random House.

Tubiana, M. (1989). *El cáncer.* México, Fondo de Cultura Económica.

Velasco, C. Y. (1993). *Las funciones del psicólogo en una institución de salud.* Tesis de Licenciatura. Iztacala UNAM.

Vinaccia, S. (1989). "Psicología de la salud". En*: Revista Lationamericana de Psicología.* 2. P.p. 255-260.

Waldo, G. (1998). "Sobre la Angustia y lo Siniestro". (WWW document). URL. http://home.abaconet.com ar/abraxas/psico.htm

Walker, R. (1989). *Métodos de investigación para el profesorado.* Madrid, Morata.

Wellisch, K. D. (1986). "Aspectos psicológicos de la enfermedad maligna". En: Sarina, Gregory. Compiladora. *Manual de oncología clínica.* México Limusa.

Zas, R. B; Carbonell, M. M; Rial, B. N. y Grau, A. J. (1995). *"El tratamiento psicológico del dolor. Un programa para el desarrollo de habilidades para el trabajo multidisciplinario"* En: Revista Lationoamericana de Psicología. 27 (1) 9-24.

ANEXO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ENEP IZTACALA

El objetivo de la presente investigación es conocer los tratamientos psicológicos proporcionados a los pacientes con cáncer, así como los beneficios.

Se le presentarán una serie de preguntas a las cuales le pedimos responda con la mayor sinceridad posible. Los datos que usted nos proporcione serán totalmente confidenciales. ¡De antemano le damos las **gracias** por su colaboración!

Institución: _____ Profesión: _____

Área y/o especialidad en la que se desarrolla: _____

Tiempo de desarrollo en su área o especialidad: _____

Edad: _____ Sexo: _____

1.- ¿Qué función tiene el psicólogo en el área médica?

_____

_____

_____

2.- ¿Cuáles son las aportaciones que el psicólogo de la salud hace a este sector?

_____

_____

_____

3.- ¿Cuáles son los beneficios de que el psicólogo trabaje en un hospital?

_____

_____

_____

4.- ¿Qué formación cree usted, debe tener un psicólogo de la salud?

5.- ¿Cuáles son los obstáculos que usted considera existen para que un psicólogo se desarrolle en el ámbito hospitalario?

6.- ¿Qué aportaciones puede dar la Psicología al área de oncología?

7.- ¿Qué realiza un psicólogo con pacientes de cáncer?

8.- ¿Cómo cree que sea un tratamiento psicológico a pacientes con cáncer?

9.- ¿Cuáles son los beneficios de dar asesoría psicológica a los pacientes?

10.- ¿En donde considera que deban darse esas asesorías y por qué?

11.- ¿Qué tratamiento psicológico llevan actualmente los pacientes con cáncer?

12.- ¿Hacia qué áreas, metas u objetivos dirigen el tratamiento psicológico de estos pacientes?

13.- ¿Incluyen a la familia, Si No, por qué?

14.-¿Qué aspectos o factores a tratar, se consideran en una asesoría psicológica?

15.- ¿Qué técnicas psicológicas se utilizan para estos pacientes?

16.-¿Qué trato debe recibir un paciente con cáncer y por qué?