



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

FACTORES PSICOSOCIALES QUE SE PUEDEN ASOCIAR CON LA PREDISPOSICION A ENFERMAR DE CANCER CERVICO UTERINO

0288750

T E S I N A

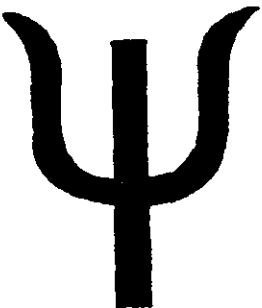
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A

LESLEY ERICA GUERRERO MEJIA

DIRECTOR DE TESINA: MAESTRO CELSO SERRA PADILLA





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis 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.

El Cáncer no es más que un reto más de nuestra evolución personal, una batalla a la que debemos enfrentarnos con todas las armas de las que podemos disponer.

Una situación en la que debemos emplear las mejores estrategias para hacer frente y vencer a la enfermedad y no, como desgraciadamente ocurre tantas veces, resignándose al diagnóstico y aceptando la derrota.

Emma Barthe

En mi camino existen personas a las que amo, otras a las que estimo y otras tantas a las que agradezco.

A todas y cada una de esas personas que existieron y que existen en este sinuosos camino, mi más cariñoso agradecimiento, en especial a mi familia, al Mtro. Celso Serra y a mi querida Prof. Aída María Rodríguez. (RIP)

Está tesina esta dedicada a cada una de estas personas.

Lesly E. Guerrero Mejía.

ÍNDICE

	Pag.
<i>INTRODUCCIÓN</i>	1-2
<i>CAPÍTULO I</i>	
Cáncer Cérvico Uterino	3-15
a) Factores Psicosociales y Cáncer	16-19
b) Estilo de Vida y Cáncer	20-23
c) Personalidad y Cáncer	24-31
d) Estrés, Eventos Estresantes y Cáncer	32-46
e) Apoyo social, Redes de Apoyo y Cáncer	47-64
<i>CONCLUSIONES</i>	65-70
<i>REFERENCIAS</i>	71-76

INTRODUCCIÓN.

El cáncer es una enfermedad caracterizada por el crecimiento anormal y diseminado de células que al desarrollarse en forma incontrolada, avanzan entre los tejidos normales y los destruyen, alterando así el funcionamiento del organismo.

El cáncer cérvico uterino constituyó la primera causa de muerte por cáncer en la mujer a partir de los 25 años, y ocupó el tercer lugar como causa de mortalidad general en 1995.(Secretaría de Salud, 1996)

Algunos estudios epidemiológicos han revelado que los cánceres están asociados a factores sociales, ambientales y psicológicos. La epidemiología conductual está interesada en las características sociales, personales y conductuales que se asocian con un riesgo alto o bajo de tener Cáncer Cérvico Uterino (CaCu) y sus consecuencias en la población femenina. (Montaño, 1979).

Se ha considerado que los factores psicológicos, emocionales y motivacionales, producto de la historia individual y familiar de cada persona en un contexto cultural, socioeconómico y político, influyen tanto en el proceso de enfermar como en la prevención y mantenimiento de un nivel óptimo de salud. (Bishop, 1994)

También se ha identificado un perfil de personalidad altamente vulnerable a este tipo de enfermedad grave (Cáncer Cérvico Uterino) el cual presenta rasgos significativos tales como hostilidad, pérdida del control emocional, depresión, hipocondría, paranoia, represión de los sentimientos, conformismo e inhibición. Este perfil interacciona con el sistema inmunológico y neuroendócrino pudiendo hacer al sujeto más endeble y vulnerable ante la enfermedad oncológica.

En México se han encontrado pocas investigaciones que relacionen cáncer cérvico uterino y factores psicosociales, por este motivo y la importancia epidemiológica de ésta enfermedad se realiza esta tesina. En ésta se analizan y describen diferentes perspectivas teóricas que fundamentan el papel del estrés, estilo de vida, tipo de personalidad, soporte social y redes de apoyo en el desarrollo del padecimiento, y por lo tanto pueden ser considerados *factores de riesgo*, así como también deben ser considerados dentro de las *estrategias* que el psicólogo clínico utilice en la promoción de la salud.

CÁNCER CÉRVICO UTERINO

Bajo la denominación de cáncer se engloban una gran variedad de padecimientos que se caracterizan por la proliferación celular incontrolada.

Se han descrito más de cien formas distintas de cáncer de acuerdo con el órgano o tejido en el que se originan y el tipo de células a partir del cual se forma. Las más frecuentes son los llamados carcinomas, que constituyen cerca del 90% de los cánceres,

éstos se generan en los epitelios o capas celulares que recubren la superficie de nuestro cuerpo. Por lo general son tumores que ocurren en edad avanzada y cuya frecuencia puede incrementarse. Entre los más comunes están los que afectan al pulmón, al intestino grueso, a las mamas y al cuello uterino. Otro tipo son los llamados sarcomas, éstos son los más raros y se originan en las estructuras de soporte como el tejido fibroso y los vasos sanguíneos.

Los tumores cancerosos constituyen agrupaciones de células que adquieren un comportamiento anormal de la capacidad de dividirse y dejan de respetar las reglas del organismo, las cuales imponen a las células normales de cada tejido un crecimiento restringido para que se logre un desarrollo armonioso del cuerpo humano.

Como ya se mencionó uno de los cánceres más comunes es el del cuello del útero el cual es la primera causa de muerte en la mujer mexicana (IMSS,1998). El cuello uterino es la abertura del útero, el cual es el órgano hueco, en forma de pera, donde se desarrolla el feto.

El cáncer cérvico-uterino es el resultado de un proceso dinámico que se inicia, probablemente a partir de una infección viral (Papiloma Humano), aunado a factores de

riesgo pasando por una etapa preinvasora, este proceso es asintomático y de evolución muy lenta, puede ser diagnosticado y tratado oportunamente (Secretaría de Salud, 1996).

El cáncer del cuello uterino tiene una evolución bien identificada, con la presencia de lesiones precursoras denominadas “displasias” (Anomalía de desarrollo con pérdida de la estructura del epitelio y alteraciones en la morfología de sus componentes celulares) clasificadas en leves, moderadas y severas según la gravedad de las alteraciones, estudios previos han demostrado que el tiempo transcurrido entre una displasia leve hasta el cáncer invasor puede ser de 10 a 20 años, lo cual permite a través de la detección temprana interrumpir el curso de la enfermedad (Secretaría de Salud, 1996)

El cáncer cervico uterino tiene diferentes etapas de la enfermedad, las cuales se explican a continuación.

Etapa 0 o carcinoma in situ

El carcinoma in situ es un cáncer muy temprano. Las células anormales se encuentran solo en la primera capa de células que recubren el cuello uterino y no invaden los tejidos más profundos del mismo.

Etapa I

El cáncer afecta el cuello uterino, pero no se ha diseminado a los alrededores.

Etapa IA:

Una cantidad muy pequeña de cáncer que solo es visible a través del microscopio se encuentra en el tejido más profundo del cuello uterino.

Etapa IB:

Una cantidad mayor de cáncer se encuentra en el tejido del cuello uterino.

Etapa II

El cáncer se ha diseminado a áreas cercanas, pero aún se encuentra en el área pélvica.

Etapa IIA:

El cáncer se ha diseminado fuera del cuello uterino a los dos tercios superiores de la vagina.

Etapa IIB:

El cáncer se ha diseminado al tejido alrededor del cuello uterino.

Etapa III

El cáncer se ha diseminado a toda el área pélvica. Las células cancerosas pueden haberse diseminado a la parte inferior de la vagina. Las células también pueden haberse diseminado para bloquear los tubos que conectan los riñones a la vejiga (los ureteres).

Etapa IV

El cáncer se ha diseminado a otras partes del cuerpo.

Etapa IV A:

El cáncer se ha diseminado a la vejiga o al recto (órganos cerca del cuello uterino)

Etapa IV B:

El cáncer se ha diseminado a órganos distales como los pulmones.

Es importante hacer notar que no todas las displasias evolucionan al cáncer, se estima que el 35% regresan espontáneamente, 20% se mantienen en forma estacionaria y el 45% progresan al cáncer (Idem).

Se ha visto que la edad promedio en que se detectan las displasias es la siguiente: la leve entre 25 y 30 años, moderada entre 30 y 35 años y la severa entre 35 y 45 años. En relación a la detección de positivos, el cáncer "in situ" (lesiones precursoras que señalan la presencia de células de aspecto claramente normal, con diferente grado de alteración en las capas de tejido del cuello uterino) es más frecuente entre los 35 y 45 años, el microinvasor (las células cancerosas afectan capas de tejido más profundas del cuello uterino o se han diseminado a otras áreas del útero) de los 45 a 50 y el invasor de 50 en adelante.

Con respecto a los síntomas y signos presentes en la enfermedad, en los casos de displasia y cánceres iniciales (in situ y microinvasor) suelen no dar sintomatología, la única forma de ser diagnosticados es mediante el estudio citológico; los síntomas frecuentes pero no específicos son la presencia de leucorrea, flujo sanguinolento, dolor (Idem).

Cuando el cáncer se encuentra en etapa invasora la manifestación más común es el sangrado, dolor y a la exploración la presencia de tumoración deformado del cuello uterino.

Se han identificado en las mujeres con cáncer cérvico uterino algunos factores de riesgo, Kalh-Martin (1990, en Salinas 2000) define el factor de riesgo como algún elemento de naturaleza física, química, orgánica, psicológica o social, en el genotipo o en el fenotipo, o alguna enfermedad anterior al efecto que se está estudiando, que por la variabilidad de su presencia o ausencia, está relacionado con la enfermedad investigada, o puede ser la causa contribuyente a su aparición en determinadas personas, en un lugar preciso y en un tiempo dado. Entre ellos podemos mencionar:

- Presencia del virus del papiloma humano (VPH), del cual se han identificado más de 70 tipos de este virus, de los cuales solamente 20 afectan el tejido de los genitales. Este virus se adquiere por transmisión sexual (IMSS, 1998) y es al que puede considerarse el más importante
- El inicio temprano de relaciones sexuales (antes de los 18 años) ya que los órganos genitales de la mujer no han madurado fisiológicamente.
- La multiplicidad de compañeros sexuales tanto en el hombre como en la mujer, ya que a mayor número de parejas sexuales se incrementa el riesgo de transmisión del VPH.
- Infecciones recurrentes cérvico vaginales, y traumas cérvico vaginales que son lesiones en el cuello del útero las cuales contribuyen a la presencia de infecciones.

- La multiparidad la cual se asocia con los traumas obstétricos los cuales son originados durante la atención al parto o del aborto. Esto se relaciona con mujeres que tienen su parto antes de los 20 años o que han tenido más de tres partos o abortos aumenta el riesgo de padecer cáncer, ya que en mayor número de estos, más es susceptible la matriz a la infección por VPH.
- El tabaquismo, se ha encontrado en las secreciones vaginales de las mujeres que fuman un alto contenido de nicotina, situación que demostró que favorece el proceso de formación de cáncer en cuello del útero, esto se explica por los elementos nocivos que contiene el tabaco los cuales alteran el sistema de defensas de las personas fumadoras.
- Deficiencia de folatos y vitamina A, C y E
- Antecedentes familiares de la misma enfermedad.
- Nunca haberse practicado el estudio citológico, lo cual está asociado a personas con bajo nivel de escolaridad, residente de áreas rurales o suburbanas, con pobre o nulo conocimiento acerca de la prueba de Papanicolau, como medio de detección oportuna, el no haber recibido explicación de los pasos a seguir en la toma de la citología cervical, la inaccesibilidad de las unidades de atención a la salud y el machismo de la pareja que prohíbe a la mujer practicarse el estudio. (IMSS, 1998)
- Mujer entre la edad de 25 a 64 años de edad.

En la actualidad el cáncer cérvico uterino es un problema de salud pública de gran trascendencia social: en el mundo, ocupa por su incidencia y mortalidad el segundo lugar como neoplasia maligna, con casi 500,000 casos diagnosticados cada año. (IMSS, 1998)

En México la Secretaría de Salud como cabeza del sector y otras instituciones como el IMMS, el ISSSTE, elaboraron en 1996 un documento denominado Programa de Prevención y Control del Cáncer Cérvico Uterino donde reportan estadísticas de 1995, acerca de la morbilidad y la mortalidad de este padecimiento, las cuales son las siguientes:

En México el Instituto Nacional de Cancerología reportó haber detectado entre 1983 y 1984; 32,612 casos nuevos de cáncer, 20,089 en mujeres, de los cuales 6966 eran casos de cáncer cérvico uterino, por lo que el Instituto lo reportó como el de mayor incidencia. Para 1986 en el D.F. se estableció una incidencia por esta enfermedad del 65%.

Al analizar los datos registrados de cáncer cérvico uterino en la República Mexicana, en el periodo de 1993-1998, se observó que a pesar de que los casos disminuyeron para 1994, esta cifra se incrementa en 1998, al reportarse un total de 5928 casos (SSA,1998), esto lo podemos observar en el cuadro 1. En este mismo cuadro también observamos que las edades en donde las cifras son más altas son de los 25 a los 64 años, recordando que es la edad productiva de una mujer en todos los aspectos.

Cuadro 1

Distribución de los casos nuevos de cáncer cérvico uterino por grupos de edad

Estados Unidos Mexicanos 1993-1998.

	Años						
Periodo de edad	1993	1994	1995	1996	1997	1998	TOTAL
1-4	44	44	0	0	0	0	88
5-14	131	83	30	30	27	0	301
15-24	375	268	149	212	200	226	1430
25-44	2365	1911	1979	2195	2215	2439	13104
45-64	2329	1843	2529	2421	2095	2297	13514
65 y mas	888	780	1034	936	904	922	5464
Total	6248	5005	5759	5833	5483	5928	TOTAL 54256

Fuente. Secretaría de Salud. Morbilidad de 1993-1998.

Como se puede observar el mayor número de casos de cáncer cérvico uterino se presenta en el período de 45-64 años y después en el de 24 a 44 años.

Los datos más recientes son los que La Dirección General de Epidemiología reporta semanalmente, en donde se constata que hasta el mes de septiembre de 1999, se habían acumulado un total de 3748 nuevos casos (SSA,1999).

Mortalidad

Algunos autores como Robles, White y Peruga (1996, en Salinas 2000) recabaron información de 24 países de América, respecto a las tasas de mortalidad por cáncer del útero ajustadas por edad, durante el periodo de 1960-1993. En este estudio México se reporta con una tasa de mortalidad por cáncer del cuello de útero de 14.5 por 100,000 mujeres, cifra más alta para la región de las Américas, comparada con Canadá, donde se detectan 1.4 defunciones por 100 000 mujeres, este dato es producto de la implementación de un programa de tamizaje citológico del cáncer uterino, que ha dado sus frutos en un lapso de 30 años, ya que este país presentaba tasas de mortalidad por este mal semejante a las de varios países latinoamericanos en los años sesenta.

En datos reportados en México se encontró que en el año de 1975 la tasa de mortalidad por cáncer cérvico uterino era de 17.1 por 100, 000 mujeres en mayores de 25 años, en 1990 alcanzó una tasa de 24.9, convirtiéndose así en la primera causa de muerte dentro de los tumores malignos y en 1995 ocupó el tercer lugar como causa de mortalidad general. (SSA 1994 en Salinas U. 2000).

En el siguiente cuadro (2) se observa a través de los diferentes años la tendencia de los tumores malignos a ocupar los primeros lugares en la tabla de mortalidad en México, lo mismo ocurre con el cáncer de cérvix, al ascender del tercer lugar en 1988 al segundo lugar en el año de 1989 (SSA, 1991,1992,1992,1994). Así se destaca que la tasa de mortalidad por este mal fue de 4.8 en 1987, misma cifra registrada en el año de 1997, lo que indica que no se han presentado cambios.

Cuadro 2

Tasa de mortalidad de acuerdo con el lugar que ocupan los tumores malignos y el
cáncer cérvico uterino

Año	Lugar que ocupa el tumor maligno	TASA*	Lugar del cáncer de cérvix	TASA*
1987	3°	46.1	3°	4.8
1988	3°	47.6	3°	4.9
1989	2°	48.2	2°	5.0
1990	2°	50.7	2°3°	5.2
1991	2°	49.1	3°	4.9
1992	2°	50.4	3°	5.0
1993	2°	50.8	3°	4.9
1994	2°	51.6	3°	4.8
1995	2°	52.6	3°	4.8
1996	2°	53.6	3°	4.9
1997	2°	54.1	3°	4.8

*Tasa por 100,000 habitantes.

Fuente: Secretaría de Salud. Mortalidad 1987-1997.

Como se observa las tasas de mortalidad son alarmantes y lo que se puede considerar más alarmante es que la edad donde se registran más defunciones es en la edad productiva (25-45), lo cual trae múltiples consecuencias tanto a nivel individual, familiar,

social e incluso laboral. Sin embargo, éstas cifras podrían disminuir si las mujeres se practicasen la detección oportuna, la cual se lleva a cabo por medio de la citología cervical o prueba de Papanicolaou, que constituye el método más eficaz para su detección, en ella se pueden observar alteraciones en las células del cuello del útero que posteriormente pueden convertirse en cáncer.

La detección es una prueba sencilla, toma sólo unos minutos, se practica con material esterilizado o desechable y es realizado por personal que en su mayoría son mujeres y están altamente capacitadas para su realización.

El examen consiste en colocar a la paciente en una mesa de exploración en posición ginecológica e introducir un espejo vaginal que permita descubrir el cuello de la matriz; este momento puede ser probablemente en el que cause alguna molestia a la mujer, el resto del procedimiento prácticamente no ocasiona ninguna. Posteriormente se obtiene una pequeña muestra de células del cuello uterino, realizando un raspado con una espátula y un cepillo pequeño, este tejido se coloca y extiende en una laminilla de vidrio, que se envía al laboratorio para examinarse en el microscopio y comprobar si su estado es normal o sufre alguna alteración.

La citología cervical se debe practicar a las mujeres, preferentemente, a partir de los 25 años de edad y después que hayan iniciado vida sexual, idealmente se debe practicar un nuevo examen al año del primer examen normal, y si se obtiene un segundo resultado negativo el estudio se debe practicar en forma periódica cada tres años hasta la edad de 64 años.

En mujeres mayores de 64 años que cuenten con dos resultados negativos en los últimos cinco años ya no está indicado continuar los estudios. Tampoco está indicado realizar la

citología en las mujeres a las que se les ha extirpado quirúrgicamente la matriz por complicaciones del embarazo, parto, cesárea o puerperio, etc.

Los resultados de la citología cervical son comunicados treinta días después por el médico de consulta familiar, los cuales pueden ser los siguientes:

-Negativo a cáncer. Las células del cuello del útero no muestran ninguna alteración, por lo tanto el cérvix está sano.

-Negativo a cáncer con proceso inflamatorio. Las células del cérvix presentan alteraciones inflamatorias. Este reporte es frecuente en las mujeres con actividad sexual y puede deberse a algún tipo de infección cérvicovaginal.

-Displasia leve, displasia moderada o displasia grave. Son lesiones precursoras que señalan la presencia de células de aspecto claramente normal, con diferente grado de alteración en las capas de tejido del cuello uterino.

-Cáncer "in situ". Es también una lesión precursora en la que existen células anormales en las capas superficiales de células que recubren el cérvix.

-Cáncer microinvasor o invasor. Las células cancerosas afectan capas de tejido más profundas del cuello uterino o se han diseminado a otras áreas del útero.

Ante los diversos resultados mencionados el médico dará algunas recomendaciones tales como:

-La aplicación y toma de medicamentos tanto en ella como en su pareja en el horario señalado.

-Abstenerse de tener relaciones sexuales durante el tratamiento.

-Acudir a las citas que se le programen.

-Repetir la citología cervical dos meses después de resuelto el problema de infección.

En cuanto a las mujeres que se les detecte presencia de displasia o cáncer es necesario orientarlas en cuanto al manejo de la enfermedad y explicarles la necesidad de realizar otros estudios más especializados que permitan confirmar el diagnóstico entre ellos la colposcopia que es un estudio muy especializado del cuello del útero y la vagina, que se realiza por medio de un microscopio o lupa que amplifica las imágenes y permite observar con detalle las características del cérvix. El estudio es rápido, requiere de 5 a 10 minutos para realizarse, no es doloroso y de gran precisión para descubrir lesiones pequeñas, su localización y extensión exacta, lo que permite tomar pequeñas muestras del tejido lesionado (biopsia) para que otro especialista (patólogo) lo examine en el laboratorio y confirme el diagnóstico.

Cuando se ha confirmado la presencia de una displasia o cáncer "in situ", la medicina cuenta con diferentes tratamientos, que aplicados oportunamente son muy efectivos y pueden ofrecer la curación en su totalidad y evitar que estas lesiones progresen a un cáncer invasor.

Algunos de los tratamientos disponibles son los siguientes:

*La criocirugía, que consiste en destruir las células alteradas o malignas a través de "congelar" el cuello de la matriz.

*La biopsia de cono, que es una pequeña y sencilla cirugía en la que se extrae un fragmento de tejido alrededor de la abertura del cuello del útero, el cual posteriormente se analiza en el microscopio. Al ir cicatrizando el cérvix, el nuevo tejido suele ser normal.

*La electrocirugía, que es un procedimiento similar a la biopsia de cono en el que se remueve la parte afectada del cuello del útero mediante una corriente eléctrica que pasa por un aro de alambre delgado que sirve como cuchilla.

Existen otros tratamientos que se emplean cuando el cáncer cérvico uterino se encuentra en etapas más avanzadas, los cuales son:

*La histerectomía, que es una operación en la que se extrae el útero o matriz, dependiendo de la profundidad de la invasión de las células del tumor en el tejido normal, la extracción del útero puede ser a través de la vagina o mediante un corte (incisión) en el abdomen. En algunos casos está indicado extraer además los ovarios y las trompas de falopio, en los casos más avanzados incluso se extrae parte de la vagina y los ganglios linfáticos del área. Si el cáncer se ha diseminado fuera del útero, puede ser necesario extraer parte del colon, recto o vejiga, dependiendo el lugar al que se haya diseminado el tumor.

*La radioterapia, que consiste en el uso de rayos X de alta energía para eliminar células malignas (cancerosas) y reducir el tamaño del tumor. La radioterapia puede emplearse sola o además de la cirugía.

*La quimioterapia, que consiste en el uso de medicamentos para eliminar las células cancerosas. La quimioterapia puede tomarse en forma oral o se puede depositar en el cuerpo por medio de una aguja insertada en la vena. La quimioterapia se considera un tratamiento sistémico, ya que el medicamento es introducido al torrente sanguíneo, viaja a través del cuerpo y puede eliminar células cancerosas fuera del cuello uterino.

Por lo anteriormente expuesto podemos llegar a la conclusión de que el cáncer es un problema de salud pública a nivel nacional, ya que las estadísticas demuestran que es elevado el número de casos de CaCu en las mujeres, sin embargo es una enfermedad que se puede prevenir y predecir a tiempo si se toman en consideración los factores de riesgo descritos, lamentablemente las mujeres no acuden a realizarse la prueba del Papanicolau por diversas causas.

FACTORES PSICOSOCIALES Y CÁNCER

En décadas anteriores se concebía a la enfermedad únicamente en términos biológico, pero en la actualidad este tipo de paradigmas han tenido que incluir las condiciones como el modo de vida, la dieta deficiente, la falta de ejercicio, el abuso de sustancias, el momento histórico-social en el que se vive. A partir de lo anterior la salud es concebida como un problema psicosocial, además de biomédico.

El interés por el estudio de los factores psicosociales relacionados al cáncer ha crecido de manera notable. La idea de que estos factores junto con los biológicos, originan, permiten identificar a las personas propensas al cáncer, y afectan, asimismo los pronósticos del cáncer son ampliamente sostenidos por un gran número de investigaciones. A mediados de este siglo muchos investigadores hicieron estudios para examinar las correlaciones de observaciones realizadas por los médicos acerca de sus pacientes de cáncer y posiblemente para descubrir otros rasgos psicosociales. (Fox en Holland, 1998)

La siguiente lista resume los factores psicosociales asociados con pacientes de cáncer que se han encontrado a partir de investigaciones.

Lista de selección de variables psicosociales que ha sido asociada con la presencia del cáncer y su pronóstico.

*Estrés

*Ocurrencia de situaciones, consideradas estresantes, por ejemplo desastres, divorcio pérdida de trabajo, enfermedad de un familia o la muerte; también la percepción de que tales sucesos fueron estresantes.

*Aflicción.

*Psicosis, de forma especial esquizofrenia.

*Carácter depresivo.

*Represión de las emociones, de manera especial el enojo.

*Desesperanza e impotencia

*Depresión.

*Conflictos emocionales interminables y críticos.

*Negación

*Fuerte represión.

*Ansiedad desmedida, tensión y hostilidad.

*Ansiedad desmedida.

*Baja expresión de emociones en los Niños.

*Rigidez

* Baja expresión de emociones

* Fuerte desequilibrio del S.N

* Sumisión

* Poca necesidad de ajuste a la vida después de una cirugía de cáncer.

Fuente: Holland (1989) Handbook of Psychooncology.

La epidemiología conductual está interesada en las características sociales, personales y conductuales, que se asocian con un riesgo alto o bajo de tener cáncer cérvico uterino y sus consecuencias en la población femenina (Montaño, 1979).

Se ha considerado que los factores psicológicos, cognitivos, emocionales y motivacionales, influyen tanto en el proceso de enfermar como en la prevención y mantenimiento de un nivel óptimo de salud.

En términos de iniciación de la enfermedad, los factores conductuales están implicados en la exposición de la gente a los carcinógenos, tales como el tabaco y los carcinógenos asociados a la ocupación. Las variables psicosociales también pueden afectar indirectamente la iniciación del cáncer a través de factores tales como consumir una dieta grasosa, la falta de ejercicio, la exposición al estrés (Levy, 1983 en Taylor, 1995). Los factores psicosociales también pueden estar envueltos en la progresión del cáncer después de que éste ya inició.

Los factores conductuales también están involucrados indirectamente en la progresión del cáncer, a través de variables como la falla a la adherencia terapéutica, a una dieta baja en grasa, la no adherencia con el tratamiento y la negativa para usar los métodos de detección temprana. (Taylor, 1995)

El demostrarse un vínculo entre algún factor psicológico y el cáncer no necesariamente significa una relación de causa y efecto.

Investigadores tales como: LeShan y Wortihingon (1956), Schamlale e Iker (1971), Solomon (1977), Fox (1978), Sklar y Anisman (1981), Levy (1983), Bayes (1986) entre otros –también han considerado que hay factores psicológicos y sociales que influyen en el proceso de enfermar, sus investigaciones han determinado que en mujeres se encuentran presentes factores psicosociales como son::

- ❖ El estrés y eventos estresantes
- ❖ El soporte Social y redes de apoyo social
- ❖ Personalidad tipo C
- ❖ La depresión
- ❖ El estilo de vida

En los siguientes apartados se abordarán cada uno de estos factores psicosociales y su relación con el cáncer, tratando de dar evidencias en específico con el cáncer cérvico uterino.

ESTILO DE VIDA Y CÁNCER.

El medio social y cultural en que transcurre la vida de cada uno de nosotros tiene hondos efectos en nuestras condiciones de salud y de enfermedad (Wood, 1982). Desde la Segunda Guerra Mundial empezó a hacerse patente que el origen y la progresión de males crónicos tales como las cardiopatías y el cáncer dependen, por lo menos en parte, de toda una serie de lo que podrían denominarse "factores socioculturales". Esto ha tomado tiempo en concluirse, ya que los factores que intervienen son con frecuencia difíciles de medir y aun hoy son objeto de controversia. Wood (1982) hace referencia que en la revista *Social Science and Medicine* se ha planteado que el contexto social y el estilo de vida tienen una enorme importancia como factores determinantes de la susceptibilidad a enfermedades crónicas.

El estilo de vida se ha definido como " el conjunto de pautas y hábitos comportamentales cotidianos de unas personas" (Henderson, Hall y Lipton en Marín, 1995) o, de una forma más simple, como la "forma de vivir". Las pautas de comportamiento pueden definirse a su vez, como formas recurrentes de comportamiento, que se ejecutan de forma estructurada, y que se pueden entender como "hábito" cuando constituyen el modo habitual de responder a diferentes situaciones. (Marín, 1995)

La forma de vivir, el estilo de vida tiene una relación directa con muchos aspectos de la salud. Comportamientos como fumar cigarrillos, consumir alcohol en exceso, comer en exceso o consumir dietas inadecuadas, hacer poco ejercicio físico, y conducir en forma imprudente, están estrechamente relacionados con las tres causas de muerte más importantes: corazón, cáncer y accidentes.

En la medida en que el conjunto de pautas y hábitos comportamentales cotidianos de la persona tiene o puede tener, efectos importantes en su salud, y dado que cada día aumenta la prevalencia del conjunto de enfermedades relacionadas con malos hábitos comportamentales, el análisis de los estilos de vida tienen un interés creciente para las ciencias sociomédicas, en general y para la psicología de la salud en particular.

La relación del estilo de vida con la salud se ha estudiado crecientemente desde la mitad del siglo pasado, y particularmente en las últimas décadas. El explícito concepto de estilo de vida en los primeros estudios, se ligaba a la idea de que correspondía a un comportamiento voluntario individual. Sin embargo, en general no se prestaba mucha atención a la posibilidad de alterar los sistemas sociales en los que la persona participa, aunque siempre se mencione el contexto sociocultural como marco de adquisición de los hábitos de salud.

Las pruebas abrumadoras en que se basa lo anteriormente dicho son las siguientes:

El Dr. J. P. Henry fisiólogo de la Universidad de California del Sur (Wood, 1982) explicó que los trastornos orgánicos que conducen finalmente a un estado de enfermedad crónica se deben a desequilibrios de la actividad nerviosa u hormonal. En una palabra, se trata de trastornos "neuroendócrinos". Este doctor no tiene duda alguna sobre la forma en que esos trastornos se derivan de cambios en nuestro medio: "la emoción es la fuerza impulsora esencial en una cadena de sucesos que llevan desde la interacción psicosocial a cambios fisiológicos que esas emociones acarrearán es lo que finalmente se traduce en enfermedad crónica". (Henry en Wood, 1982).

Según las circunstancias, los seres humanos pueden mostrar dos tipos muy diferentes de respuestas emocionales. La primera es la reacción de lucha o de huida, que se produce cuando hay que afrontar directamente una situación difícil, o por el contrario escapar de ella. Cuando se da la primera reacción de lucha existen cambios fisiológicos como aceleración del pulso y un

aumento de la presión sanguínea, también un aumento en el nivel de las catecolaminas circundantes, al igual que la adrenalina y noradrenalina. En contraste con esta respuesta activa, a veces se siente que las circunstancias que nos rodean superan nuestras fuerzas. No hay nada que se pueda hacer frente a un trastorno masivo de nuestra vida como, por ejemplo, la muerte del cónyuge, sintiendo depresión, abatimiento etc., La glándula adrenal también es activada en esos momentos de desamparo. No obstante, en tales casos lo que responde es la corteza adrenal, que segrega grandes cantidades de corticosteroides, particularmente cortisol.(Wood 1982).

Sin duda, las emociones humanas son mucho más complejas que lo que podría hacer pensar solamente en estas dos dimensiones descritas. Aun así, éstas han ayudado a la comprensión de las patologías de las enfermedades crónicas.

Se ha investigado como los factores culturales pueden jugar un rol crítico ya que son una influencia del modo de vida y de creencias. Meissner (1974) realizó diferentes trabajos para entender la relación entre los procesos familiares y laborales que producen tensión y la aparición de desórdenes psicosomáticos y de enfermedades crónicas como el cáncer. Otras investigaciones realizadas por Grorik (1972), Wahl y Golden (1976) observaron la evidencia significativa de la influencia de los factores dinámicos entre los procesos familiares y laborales y lo que llaman la psicogénesis de conductas emocionales mal adaptadas. Evidenciaron que las dinámicas de las estructuras familiares y sus interacciones tienen un impacto no sólo en los ajustes psicológicos de cada uno de los miembros de dicha familia, sino también de los patrones de salud física y enfermedad .

Los investigadores británicos T. Cox y C. Mackay, (Wood,1995) han argumentado que algunas formas de cáncer por lo menos tienen ciertos factores precipitantes que pueden

identificarse y que pueden localizarse en el medio social de la paciente. El primero es la pérdida, o la falta de intimidad, de una persona importante para el afectado, en particular el padre o la madre, en una fase temprana de la vida de éste. El segundo es una incapacidad para expresar las emociones, especialmente la hostilidad, que también se remonta a la primera época de crianza de la víctima, cuando aprendió a suprimir esos sentimientos, precisamente quizá porque temía perder el amor o la aprobación de las personas que para él o ella eran importantes.

En los siguientes capítulos se abordarán más detalladamente estos aspectos psicosociales.

PERSONALIDAD Y CÁNCER.

Breve conceptualización de Personalidad.

El campo de la psicología, es el estudio de la personalidad. Las investigaciones realizadas son abundantes, todas ellas con el interés de estudiar la personalidad y poder entender al ser humano, tanto en lo individual como a un nivel social.

No existe una definición única de personalidad, debido a que muchos teóricos han propuesto enfoques diferentes. No obstante, integrando diversas teorías se puede tener la idea de que la personalidad es el patrón organizado y distintivo del comportamiento que caracteriza la adaptación individual a determinado ambiente y dura toda la vida. (Darley, Glucksberg y Kinchla, 1990)

En la psicología existen muchos enfoques teóricos, cada uno de estos ha definido a la personalidad de diferente forma:

- ◆ Las primeras ideas sobre la personalidad intentaron explicar el comportamiento de una persona en función de rasgos innatos.
- ◆ Otra teorización es el modelo biológico de la personalidad, supuestamente la dotación genética y las características biológicas determinan la personalidad.
- ◆ El modelo psicoanalítico de la personalidad supone que lo que de entrada nos motiva son pulsiones e instintos sobre los cuales se tiene poco control, estas motivaciones se encuentran sobre todo en el inconsciente. La personalidad está formada por tres

instancias, o sistemas, el ello, el yo y el superyo. El comportamiento de una persona es producto de la interacción y con frecuencia los conflictos, entre estos tres sistemas.

- ◆ Para los teóricos humanistas-existenciales, la personalidad se concentra en un todo, esto es una idea en oposición a los comportamientos independientes que constituyen la personalidad.
- ◆ Los teóricos del aprendizaje, subrayan que la personalidad es un conjunto de patrones que aprendemos para dar respuesta a estímulos específicos, según como esas respuestas hayan sido reforzadas.
- ◆ Los modelos cognoscitivos consideran que la personalidad es el resultado de la organización cognoscitiva única que una persona tiene del mundo, esto es, las acciones de una persona fluyen de su perspectiva. La teoría del constructo personal se concentra en el sentido que dan las personas a sus experiencias

En los últimos tiempos se ha teorizado acerca de cómo influye la personalidad en enfermar. Se habla acerca de un perfil o un patrón de conducta con características muy específicas, por ejemplo, el tipo de personalidad "A" de Friedman y Rosenman, caracterizada por "ambición intensa, una acción competitiva en un sentido de urgencia de tiempo"; esta personalidad se ligó con un riesgo incrementado de la enfermedad de la arteria coronaria. Se han realizados investigaciones con la finalidad de encontrar un patrón establecido de personalidad que pueda estar correlacionado con enfermar de diferentes cánceres.

La personalidad propensa al cáncer ha sido una noción muy popular desde Galeno e Hipócrates. La patología de la personalidad del cáncer se refiere a un tipo de personalidad

específica. Como lo sugiere Drever (1989) estas tipologías a menudo son estereotipos que incluyen las características más extremas y elementos de comportamiento y por supuesto, éstos no, por definición representan a la persona normal o promedio. En este respecto los tipos de personalidad a menudo son ilustrativos en un extremo, y se limita la extrapolación cuando utilizamos tales descripciones para intentar explicar el comportamiento: los tipos de personalidad no son necesariamente características exclusivas.

Muchos modelos de personalidad también son descripciones de temperamento, por ejemplo, procesos constitucionales que determinan el comportamiento. Nosotros tendemos a pensar en el temperamento que está fuertemente determinado por factores genéticos.

En los años 60s y 70s se desarrollaron muchas investigaciones entre ellas las realizadas por Eysenck (1965). Este investigador demostró la existencia de una correlación bastante alta entre neuroticismo/emotividad y la inmunidad ante el cáncer. Este tipo de investigación abrió paso para seguir realizando estudios tendientes hacia encontrar un tipo de personalidad asociado con la gente que enferma de cáncer.

Entre ellos se encontraron los realizados por Rísquez (1978, en Florez 1994) por medio de sus observaciones personales reportaron rasgos de la personalidad del futuro enfermo canceroso: vocación de servicio exagerada, la dignidad de aceptar el sufrimiento, la capacidad de ocultarlo y la necesidad de mantener siempre una atmósfera de cariño, alejada de sus posibilidades, entre otras, son algunas de las características encontradas por este investigador.

Otras investigaciones han descritos más características de la personalidad propensa al cáncer. La persona propensa al cáncer es descrita como inhibida, sobresocializada, conformista, compulsiva y depresiva. Se dice que tiene particular dificultad para expresar tensión, enojo o ansiedad, en su lugar se presenta a sí mismo agradable, calmado, complaciente y pasivo (Bahnsen, 1981; Renneker, 1981, en Taylor, 1996). Bahnsen, (1981) propuso que los pacientes cancerosos usan particulares mecanismos de defensa, tales como la negación y la represión, por lo que expresan sus emociones anormalmente (Greer y Morris, 1975; Scherg, 1987, en Idem). También ha sido caracterizada enfrentando al estrés con depresión y desesperanza, silenciando las emociones negativas, y alto potencial para la desesperanza aprendida (Temoshok, 1987, Idem).

Todas estas características mencionadas, han establecido un perfil de personalidad al que Temoshok y cols (1987, en Florez, 1994) han propuesto un patrón de personalidad identificado como tipo C; este tipo de perfil aparece como un antecedente del cáncer, más que una reacción al diagnóstico. La gente del tipo C se convierte en un sujeto no agradable, ya que siempre está ansioso de complacer y antepone las necesidades de otros antes que las suyas. (Barracholug J. 1999)

Florez (1994) ha compuesto un cuadro en donde se sintetizan las características más sobresalientes de la personalidad tipo C.

PERSONALIDAD TIPO C

- ◆ Dificultad para expresar emociones o sentirlas.
- ◆ Baja autoestima.
- ◆ Convencionalismo.
- ◆ Simpatía.
- ◆ Desamparo y desesperanza.
- ◆ Perfeccionismo
- ◆ Falta de asertividad.
- ◆ Laboriosidad.

Las investigaciones antes mencionadas abrieron caminos para otras investigaciones, como las de Renneker y Cuter (1952), Florez (1994) donde se intentó asociar cánceres específicos a estructuras particulares de la personalidad. Por ejemplo, el cáncer de mama era atribuido a los conflictos alrededor de la maternidad y femineidad y a las tendencias masoquistas involucradas en la incapacidad de expresar emociones negativas y hostilidad no resuelta hacia la madre (Renneker y Cuter, 1952).

Florez (1994) propuso que las mujeres con cáncer de mama tenían características generales como las que se describieron arriba, pero también muy específicas, tales como:

- ◆ Reacciones emocionales pobres.
- ◆ Maternidad inhibida.

- ◆ Inhibidas.
- ◆ Agresividad reprimida y rechazada.
- ◆ Conformista.
- ◆ Personalidad depresiva y compulsiva.
- ◆ Estructura de carácter masoquista.
- ◆ Incapacidad para descargar ira y hostilidad.
- ◆ Sexualidad inhibida.

En mujeres con cáncer cérvico uterino no se han investigado características tan específicas como las mencionadas. Aunque se puede pensar que han de presentar muchas características generales de las personas que desarrollan cáncer.

Diversos investigadores han tratado de evidenciar la razón por la que las personas desarrollan una personalidad tipo C, tal es el caso de Banson y Banson en 1979, mediante sus estudios realizados a pacientes con cáncer encontraron que los pacientes que desarrollan dicha enfermedad, presentan necesidades de dependencia hacia sus padres, no resueltas en la niñez. El resultado de reprimir éstas necesidades, les genera severos conflictos, similares a los que vivieron con sus padres y que los pacientes tienden a generalizar con figuras sustitutas (por ejemplo en las mujeres en sus relaciones maritales, que tienden a ser tensas, desarmónicas y con desajustes de tipos sexual).

También encontraron estos mismos investigadores que la influencia negativa de la madre, en los casos de privación afectiva, rechazo, hostilidad, aversión, etc, está estrechamente relacionada con la personalidad del canceroso.

Se han realizado estudios entre ellos los de Thomas y Duszynski (1984, en García,1988) sobre la interacción familiar de los pacientes con cáncer, encontrándose que

existen una serie de problemas emocionales no resueltos con las madres. También se encontraron que las actitudes familiares negativas o desfavorables se presentaban más frecuentemente en el grupo de pacientes con problemas mentales, con un tumor maligno o con ataque coronario.

Muchos de los estudios antes mencionados sobre los rasgos de la personalidad propensa al cáncer han sufrido de problemas metodológicos que hacen imposible determinar si los pacientes de cáncer desarrollan el cáncer porque tienen estos factores de personalidad particulares o si estos factores de personalidad se desarrollaron como consecuencia del cáncer (Scherg, 1987).

Sin embargo, estudios longitudinales sobre el rol de predisposición individuales evitan algunos de estos problemas metodológicos. Usando puntuajes del inventario Multifásico de la personalidad de Minnesota (MMPI) que habían sido colectados algunos años antes, Dattore, Shontz, y Coyne (1980) compararon los perfiles de pacientes que subsecuentemente desarrollaron cáncer con los perfiles de aquellos que no. Los resultados indicaron que el grupo de cancerosos era significativamente diferente al grupo de no cancerosos; ellos mostraron una mayor tendencia a reprimir sus emociones y reportar menos depresión. Sin embargo, otra investigación ha encontrado una asociación positiva entre la depresión y el cáncer, aunque pequeña e inconsistente (Dattore et al., 1980; Persky, Kempthorne-Rawson, y Shekelle, 1987; Shekelle et al., 1981; Fox, 1988). Aunque es inconsistente, una teoría puede ser que la deficiencia inmunológica asociada con la depresión permite que un cáncer latente se expanda más rápido.

Todavía, un tercer grupo de estudios longitudinales no han identificado factores psicosociales predictores del cáncer (Helsing, Szklo, 1982, Joffres, Reed y Nomura, 1985;

Keene, 1980; Thomas, 1976). Así, la relación de los rasgos de personalidad y el cáncer medidos por los mejores estudios longitudinales accesibles a la fecha no ha arrojado datos concluyentes.

Aunque los resultados aun son inconclusos otros estudios han intentado dar evidencia utilizando métodos basados en entrevista para explorar la personalidad, el humor y la historia de su vida de los pacientes de cáncer, comparándolos con gente saludable.

(Barracholug J. 1999)

ESTRÉS, EVENTOS ESTRESANTES Y CÁNCER.

¿Qué es el estrés?

Para abordar esta primera parte de estrés y cáncer es importante hacer una breve historia del concepto de estrés. El término estrés es anterior a su uso sistemático o científico. Fue utilizado en el siglo XIV para expresar dureza, tensión, adversidad o aflicción (Lumsden, 1981, en Carbellido 1992). A finales del siglo XVIII se utilizó la palabra en el contexto de la física, aunque este uso no se sistematizó hasta principios del siglo XIX. Se definió la palabra "load" (peso) como una fuerza externa; "estrés" hace referencia a la fuerza generada en el interior del cuerpo como consecuencia de la acción de una fuerza externa (load), que tiende a distenderlo, esto es el "strain" que era la deformación o distensión sufrida por el objeto.

Los conceptos de estrés y strain persistieron y en la medicina del siglo XIX fueron concebidos como antecedentes de la pérdida de la salud (Lazarus y Folkman, 1986). Algunos años después, Walter Cannon (1932) quién imprimió vitalidad a las investigaciones del momento sobre psicología de la emoción, consideró el estrés como una perturbación de la homeostasis ante situaciones de frío, falta de oxígeno, descenso de la glucemia, etc.

Lazarus refiere que en 1963, Hans Selye utilizó el término estrés en un sentido técnico muy especial, definiendo con él un conjunto coordinado de reacciones fisiológicas ante cualquier forma de estímulo nocivo (incluidas las amenazas psicológicas), reacción que él llamo Síndrome General de Adaptación.

Hacia los años 70s Lazarus, Folkman y Cols. definieron “el estrés psicológico es una relación particular entre el individuo y el entorno, que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar”.

Esquematisando y resumiendo globalmente qué es el estrés se podría ver desde tres perspectivas diferentes:

1 En términos de eventos particulares en el ambiente. El estrés como un estímulo que provoca sentimientos de tensión o enojo. El estrés es visto como una característica de los estímulos ambientales.

2. El estrés también ha sido definido en términos de las reacciones que la gente tiene en situaciones de tensión, esta definición de respuesta del estrés se enfoca en los efectos fisiológicos y psicológicos de las personas en eventos particulares.

3. Y otra es que concluye que ni una definición basada en el estímulo, ni una definición basada en la respuesta son adecuadas. Más bien, el estrés es mejor entendido como un proceso que incorpora ambos, los eventos experimentados y las respuestas fisiológicas y psicológicas a esos eventos. En esta visión el determinante crítico del estrés es cómo la persona percibe y responde a diferentes eventos. Lo que es importante no es el evento en sí mismo, sino cómo es interpretado (Coyen, Holroyd, 1982; Lazarus y Folkman,1984) Esta aproximación al estrés introduce una dimensión psicológica individual que falta en las otras definiciones. En particular, el estrés es entendido como una transacción entre la persona y el ambiente en la que la persona evalúa las situaciones junto con los recursos disponibles para enfrentarse con esas situaciones.

El estrés y la mujer.

Después de revisar brevemente qué es el estrés, ahora se hablará acerca de cómo vive y experimenta la mujer el estrés, con la finalidad de posteriormente entender porqué el estrés puede ser un factor para el desencadenamiento del cáncer en mujeres.

En un principio se pensó que el estrés solamente lo experimentaban los hombres, sin embargo no hay que olvidar que las mujeres viven en el mismo mundo que los hombres. También ellas han de soportar las tensiones laborales, las preocupaciones por los hijos, el porvenir etc. Las mujeres experimentan diferentes eventos que son causantes de estrés. Debido a este estrés, las mujeres están deprimidas, insomnes, retraídas, irritables, infantiles, atemorizadas, ansiosas, abatidas y trastornadas (Witkin-L, 1985). Pudiendo intervenir el estrés, en la pérdida del interés por las relaciones sexuales, por sus amistades, por una alimentación sana etc.

Los estresores a los que están expuestas las mujeres son de diferentes índole como físicos, psíquicos y sociales. El estrés al que está expuesta la propia mujer puede derivarse tanto de:

- ♦ De su propia fisiología; desarrollo de los senos, menstruación, embarazo, parto, menopausia etc.
- ♦ Derivado de los cambios de vida; el matrimonio, la maternidad, un divorcio, el envejecimiento, la viudez, el abandono de los hijos.
- ♦ Derivado del estrés psíquico que a menudo siente la mujer soltera, el que también experimenta el ama de casa con la presión del hogar al igual que la mujer que trabaja fuera de casa con la presión del mismo trabajo.

- ◆ Derivado del estrés de las crisis vitales, tales como la atención a los padres enfermos o moribundos, el cuidado de un hijo enfermo, etc.

Este tipo de estrés en ocasiones es de larga duración, lo cual propicia que la mujer tenga una aceptación del mismo y lo considere como parte de su vida cotidiana, por lo que tenderá a desarrollar estrategias para afrontarlo, tales estrategias pueden por ejemplo ser la tendencia a reaccionar menos agresivamente ante las situaciones. Este tipo de afrontamiento de estrés puede tener desventajas tales como: mostrar todos los síntomas habituales del estrés, que pueden ir desde úlceras, dolores de cabeza, fatiga crónica, hipertensión, trastornos alimenticios, infertilidad, tensión premenstrual, neurosis de ansiedad o hasta el desarrollo de cáncer (Witkin-L, 1985).

Las mujeres por naturaleza están expuestas a cuatro complejos procesos fisiológicos como son la menstruación, el embarazo, el parto y la menopausia, los que pueden causar estrés. Cada uno de estos procesos van desde transformaciones fisiológicas hasta desarrollar conductas socialmente aceptadas. Como podemos observar las mujeres tienen muchas épocas de cambios corporales, psíquicos y sociales, por lo que constantemente se ven expuestas a diversos estresores.

Estrés y Cáncer, una visión psicológica y social

Como ya se mencionó el estrés es la respuesta a influencias ambientales las cuales tienden a desequilibrar a un organismo que no está preparado física y psicológicamente ante estas influencias ambientales. Un estresante es un estímulo que induce una respuesta fisiológica anormal. En el caso de sistemas biológicos, el estresante no necesariamente es un evento externo al sistema, sino que puede originarse a partir del mismo organismo y de la información almacenada por éste. Esta definición de estrés

implica que cualquier enfermedad es un evento estresante. La enfermedad, es un estado particular del organismo como respuesta a las demandas internas y ambientales.

En el cáncer esto es particularmente cierto, y el estrés ocurre a varios niveles (Classen y col. 1994 en Taylor, 1996). Los estudios de los efectos del estrés sobre el cáncer en los seres humanos recibieron ímpetu a partir de las primeras exploraciones en relación con la influencia de las pérdidas psicosociales sobre el cáncer (LeShan y Worthington, 1956). LeShan (1959) llegó a la conclusión de que la pérdida de una relación emocional mayor, antes de la aparición de los primeros síntomas de cáncer, es un evento de los más consistentemente señalados, como contribuyente psicológico, al riesgo del cáncer.

Rísquez (1978, citado en Florez 1994) ha reportado que en los cancerosos que ha observado, siempre se produce una pérdida brusca de un familiar o de un ser querido. Estas pérdidas no son necesariamente muertes, aunque la muerte de la pareja o de un hijo sí se relacionan con mucha frecuencia con la aparición del cáncer.

Por otra parte Muslin y col. (1966, en Cooper, 1986), llevaron a cabo una investigación en 165 mujeres, que estaban a punto de que se les hiciera una biopsia de mama. Dichas mujeres fueron entrevistadas y se les sometió a un cuestionario de acontecimientos de la vida, antes del diagnóstico, obteniendo al final 37 pares de sujetos, unos con malignidades y otros con tumores benignos. Observaron que los pacientes diagnosticados de cáncer presentaban una pérdida permanente de un pariente de primer grado, u otra persona, que el paciente específicamente señaló como emocionalmente importante, no así en el grupo con tumores benignos.

Un estudio notable realizado por Goodkin (en Carbellido, 1992) y sus colegas quienes examinaron el papel del estrés y el estilo de cómo enfrentarlo en la neoplasia cervical. Goodkin solamente encontró una correlación muy débil entre el estrés y el aumento de un carcinoma, pero la inclusión de medidas de cómo enfrentar hizo una gran diferencia: en mujeres con estilos de enfrentamiento pesimista y desesperanza hubo una fuerte correlación entre los sucesos estresantes y el aumento de la enfermedad en el carcinoma.

Se ha enfatizado el proceso de cómo resolver el problema, más que a la exposición a los estresores per se, como el verdadero factor de riesgo para el cáncer, ha empezado a ser apreciado en la investigación en los seres humanos. Se tuvo en cuenta la importancia de los modelos de reacción humana, por parte de LeShan y Worthington (1956), quienes señalaron que los enfermos de cáncer tenían dificultad para expresar sus sentimientos hostiles.

Schmale e Iker en 1966, demostraron un sentimiento general aumentado de desesperanza en mujeres en las que se confirmó posteriormente que padecían malignidades, frente a aquellas que mostraron cambios benignos en el tejido, después de la biopsia del cérvix.

Algunos datos de distintas investigaciones sugieren, que la desesperanza y/o una incapacidad para expresar las emociones efectivamente, son una característica de los enfermos de cáncer y pueden ser precursores del cáncer. Ambos estados emocionales pueden ser interpretados como rendición o como reacción inefectiva a los estresores vitales. También pueden ser vistos como reflejo de un estilo pobre para resolver los problemas, y podrían apoyar también las proposiciones de Sklar y Anisman (1979), que es el modo como

se enfrenta con el estrés y no la exposición a los factores estresantes solamente, lo que afecta al crecimiento del tumor.

Acerca de esto, se ha especulado en el tipo de afrontamiento y las repercusiones en la salud el hecho de que el estrés, la emoción y el afrontamiento sean factores causales en una enfermedad es sólo una suposición, aunque por lo general, muy aceptada. El concepto de afrontamiento se ha desarrollado para explicar los esfuerzos que la gente realiza para controlar la fuente del estrés y/o minimizar sus efectos. (Lazarus y Folkman, 1986)

Muchos estudios han tratado de investigar cuales son las formas de afrontar los acontecimientos de la vida diaria y cómo estos repercuten en la salud. Los estudios realizados hasta el momento solamente se basan en inferencias, tal es el estudio realizado por Kobasa y cols. (1981, en Lazarus y Folkman, 1996) donde identificaban el afrontamiento como mediador de la relación entre variables antecedentes y salud. Estos investigadores trabajaron sobre la construcción de la personalidad dura o resistente, como un moderador de los efectos del estrés de la vida sobre la enfermedad. El diseño básico de este estudio consistió en comparar dos grupos: uno de sujetos enfermos con un alto grado de estrés, evaluado por la lista de acontecimientos vitales de Holmes y Rahe, y otro de sujetos sanos que también presentaban un alto grado de estrés. La resistencia se midió a través de varios tests. Los resultados concluyeron que las personas que se caracterizaban por ser resistentes, tenían una menor predisposición a desarrollar enfermedades bajo circunstancias de estrés.

Otros estudios han sido más minuciosos examinando la relación entre afrontamiento y salud, por ejemplo el realizado por Aldrich y Mendkoff (1963, Idem) sugirieron de manera contundente que la forma en que las personas de edad avanzada afrontan la experiencia de pasar de una situación a otra influye en el grado de mortalidad. Aquellas personas que

responden de forma filosófica son las que presentan una tasa de mortalidad más baja, seguidas muy de cerca por las que responden con ira y mal humor, los ancianos que presentaron un alto grado de mortalidad, fueron los que reaccionaron con sentimientos de negación y depresión.

Una explicación dada por Lazarus y Folkman (1986) ante la pregunta ¿cuáles son los mecanismos por los que el afrontamiento puede afectar de forma adversa la salud del organismo? Es la siguiente: Primero, el afrontamiento puede influir en la frecuencia, intensidad, duración y forma de las reacciones neuroquímicas al estrés 1)dejando de prevenir o aminorar las condiciones ambientales nocivas o perjudiciales, 2) dejando de regular la perturbación emocional que aparece frente a los daños o amenazas incontrolables, y 3) expresando una serie de valores, un estilo de vida y/o un estilo de afrontamiento que es en sí mismo perjudicial. Segundo, el afrontamiento puede afectar la salud en forma negativa, aumentando el riesgo de mortalidad y morbilidad cuando incluye el uso excesivo de sustancias nocivas como son el alcohol, las drogas y el tabaco ("tratando de disminuir el estrés"), o promueven que el individuo realice actividades que significan un riesgo importante para su vida. Tercero, las formas de afrontamiento dirigido a la emoción pueden dañar la salud al impedir conductas adaptativas relacionadas con la salud/enfermedad, esto es cuando una persona tiende a estar negando o evitando la situación, en lugar de solucionarla

Se ha reconocido que el estrés representa un aspecto inevitable de la vida y que lo que marca las diferencias en el funcionamiento social entre individuos es la forma en que cada uno lo afronta. Las investigaciones antes mencionadas, revelan que realmente el tipo da afrontamiento y el tipo de emociones pueden ser efectos mediadores para las enfermedades.

Estrés y cáncer, una visión psicofisiológica y psiconeuroinmunológica.

Los Psicofisiólogos han realizado una serie de estudios con la finalidad de demostrar que existe una relación entre los factores psicológicos, entre ellos el estrés y la fisiología, en el desarrollo del cáncer.

Pero también la psiconeuroinmunología, ha trabajado sobre las evidencias de los factores psicosociales y el sistema inmunitario en el modelo de cáncer. Se realizará una breve descripción de estos temas.

En 1981 los epidemiólogos Doll y Peto escribieron: “Es posible que los factores psicológicos puedan tener algún efecto (sobre la producción del cáncer), por ejemplo, modulando las secreciones hormonales, pero nosotros no disponemos de una buena evidencia de que así lo hacen, ni de que ellos afecten a la incidencia de cáncer de ningún otro modo, excepto en que pueden llevar a los individuos a fumar, beber, comer con exceso, o disfrutar de algún otro hábito perjudicial” (Cox, en Cooper 1986)

Se ha reconocido que es difícil suministrar evidencias directas en apoyo de la hipótesis de que el estrés y sus correlatos en la conducta, y en lo endócrino, contribuyen a la iniciación o promoción del crecimiento del tumor. El tipo de procesos implicados entre el sistema endócrino y el estrés ha sido difícil de comprobar, sin embargo los correlatos de la conducta frente al estrés, han sido investigados y han arrojado datos epidemiológicos de gran relevancia, por ejemplo Doll y Peto (1981, en Cox,1985) han señalado las relaciones existentes entre el hábito de fumar, el beber, el tipo de dieta y el estilo de vida, por una parte, y ciertos tipos de cáncer por otra.

Se ha comprobado que las pautas de la conducta reproductiva y sexual, pueden tener cierta relación con la probabilidad de que se presenten ciertos cánceres en las mujeres (Cox, 1985).

Así, con relación a lo anteriormente dicho, hay alguna evidencia epidemiológica indirecta, a favor de una asociación entre el estrés y el cáncer, esquematizándola de la siguiente forma:

Estrés----Conducta de cómo-----Exposición a los Carcinógenos----Producción de cánceres
resolver los problemas

Las investigaciones que se han realizado para comprobar esta hipótesis han esquematizado de la siguiente forma las evidencias.

- a) la relación entre las experiencias estresantes, y los cambios de conducta y endócrinos;
- b) el papel de los factores de la conducta, como determinantes de la exposición a carcinógenos potenciales;
- c) la reacción al diagnóstico de cáncer, y la supervivencia del mismo;
- d) los efectos de las hormonas relacionadas con el estrés, sobre la actividad del sistema inmuológico
- e) el papel del sistema inmunológico en la producción del cáncer; y
- f) la relación entre el estado clínico, y la actividad de los sistemas inmunológicos y endócrinos.

Las evidencias anteriores han hablado acerca del papel que juega el sistema inmunológico en la producción del cáncer, en este momento se revisará el trabajo realizado por la psiconeuroinmunología, tratando esta de dar evidencias entre los factores psicosociales y el desarrollo del cáncer.

¿Qué es la psiconeuroinmunología? La Psiconeuroinmunología (PNI) es la ciencia interdisciplinaria que estudia las interacciones y comunicación bidireccional entre el comportamiento, el SNC, el sistema endócrino y el sistema inmunológico. Sus postulados se basan en: 1) Evidencias directas que apoyan la interacción ente el sistema nervioso y el sistema inmune. Estas interacciones son de tipo anatómico y fisiológico e indican una relación directa entre estos dos sistemas, y 2) Evidencias indirectas que demuestran que durante disturbios psicológicos, el sistema inmune se puede alterar, lo que puede influir en la resistencia de las enfermedades y el curso de las mismas, sobre todo en aquellas que tienen que ver con el sistema inmunológico. (Castés y Pocino, 1999).

Los aspectos clínicos de la PNI van desde el entendimiento de los mecanismos biológicos bajo la influencia de factores psicosociales, hasta los aspectos biorregulatorios que incluyen la red compleja de interacciones generadas por los sistemas neuroendócrino e inmunológico en el mantenimiento de la salud y en la lucha contra las enfermedades. (Solomon, 1993 en Idem)

Las evidencias que la psiconeuroinmuloología ha dado acerca de la relación entre factores psicosociales y sistema inmunológico son las siguientes:

- Los factores psicológicos afectan algunas actividades del sistema inmune, lo cual lleva a inferir que las influencias psicológicas en el sistema inmune, pueden mediar la influencia de factores psicológicos en la progresión del cáncer.

-Estados afectivos y cáncer: La asociación de estados afectivos, particularmente la depresión, con la aparición del cáncer ha sido un área importante de investigación. El trabajo más citado por muchos años como apoyo de la asociación entre síntomas depresivos y aumento de riesgo de cáncer, es un estudio epidemiológico de 2020 hombres de la Western Electric, el cual reportó que síntomas depresivos, medidos mediante la prueba de MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) se asociaba con un doble riesgo de morir de cáncer 17 años después (Shekelle y col. 1981 en). Este hecho persistía en el seguimiento realizado a los 20 años (Persky y col. 1987 en). Sin embargo, algunos trabajos más recientes no reportan resultados similares (Hahn Y Petitti, 1988; Kaplan & Reynolds, 1988).

Las evidencias antes mencionadas pueden estar aunadas a que en la antigüedad el propio Galeno creía que un estado melancólico aumentaba la propensión al cáncer (Hueper, 1942, en Cooper, 1984). Pero en algunos estudios los análisis estadísticos eran dudosos, la estructura de las entrevistas hechas a los pacientes no estaba bien especificada y las muestras control eran a menudo inadecuadas. Por lo tanto, cuando se hizo una valoración controlada y objetiva de la depresión en los enfermos de cáncer, no se encontró un aumento de la depresión entre ellos (Leiber y Col. 1976; Plumb y Holland, 1977, en Cooper, 1984).

Uno de los errores más comunes de los primeros estudios de la depresión en los pacientes de cáncer consistía en documentar las depresiones en aquellos enfermos para los que se había necesitado atención psiquiátrica. Tales pacientes constituyen una muestra sesgada, y no debería ser considerados como representativas de los enfermos de cáncer en su totalidad. Un estudio (Derogatis y col. 1983) valoró 215 pacientes escogidos al azar, recientemente admitidos en el hospital, con un protocolo común. Los diagnósticos

psiquiátricos fueron hechos de acuerdo con el criterio DSM -III. La prevalencia de depresión significativa fue de un seis por ciento, una tasa no muy diferente de la observada en cualquier muestra al azar de pacientes con trastornos médicos. Este hallazgo apoya el argumento de que, mientras que algunos enfermos de cáncer están significativamente deprimidos, la idea muy difundida de que los enfermos de cáncer están por lo general deprimidos, no está necesariamente apoyada como lo demuestran estas evidencias.

Hay estudios que unen las depresiones pre-mórbidas con un aumento del riesgo de la mortalidad en el cáncer. Shekell y col en 1981 informan sobre un aumento del doble en el riesgo de morir de cáncer en un grupo de hombres que dieron altas cifras en la escala de depresión (D), del MMPI. Posteriormente se estudiaron estos datos y se observó que dichas altas marcas no estaban dentro de lo que se considera la gama patológica para la depresión (Bieliauskas y Garron, 1982, en Cooper, 1984). Esto sugirió que, por lo menos en los pacientes cancerosos, sería mejor considerar a la depresión como una variable continua, más que una condición patológica dicotómica presente/ausente.

Parece posible que un estado parecido a la depresión, un estado probablemente de "aflicción" leve, es el factor de riesgo activo.

Depresión crónica: aunque existe una gran variabilidad en los datos, los pacientes deprimidos generalmente presentan una respuesta inmunológica más pobre que los pacientes no deprimidos. Por ejemplo, algunos datos sugieren que pacientes deprimidos tienen menores porcentajes de linfocitos T ayudadores (Denney y col., 1988; Krueger y col., 1984 en Castés y Canelones 1999), disminución de los linfocitos T totales y supresores (Denney y col., 1988) y una respuesta deficiente de las células T en respuesta a

mutógenos (Kronful & House, 1984, Schleifer y col., 1984), que sus contrapartes apareados no deprimidos.

Duelo: Los datos de laboratorio demuestran además que el duelo se asocia con una disminución de algunos componentes de la respuesta inmune (Schleifer y col. 1983 en Idem). También se ha demostrado que viudos (as) o personas que viven solas y con escasas redes sociales generalmente tienen mayor morbilidad y mortalidad que las personas casados (as) o que viven con algún familiar, y experimentan una mayor incidencia de mortalidad por cáncer que la población general. (Blomm y col. 1978 en Castés y Canelones 1999).

Divorcio: Kiegot-Glaser y col 1987 (Idem) estudiaron las posibles alteraciones inmunológicas asociadas con divorcio y separación. En 16 mujeres separadas/divorciadas por un año o menos tenían una respuesta inmunológica significativamente deprimida comparada con 16 mujeres apareadas que estaban casadas. En otro estudio similar, encontraron que 32 hombres divorciados o separados reportaban un aumento significativo de enfermedades recientes comparado con hombres casados, que se asociaban con sentimientos de malestar y soledad. Su respuesta inmunológica también se encontraba significativamente disminuida.

Estrés Crónico: Para explorar la posible relación entre estrés crónico y cáncer, Kiegot -Glaser y col (1985) evaluaron la respuesta inmunológica de 28 pacientes no psicóticos, no -medicamentados y con diagnóstico de depresión. Los pacientes fueron divididos en dos grupos con alto y bajo malestar. Los linfocitos fueron expuestos a radiaciones X para dañar el ADN celular y así inducir mecanismos de reparación del ADN.

Los linfocitos obtenidos de los pacientes más estresados tenían una reparación del ADN significativamente más disminuida que los linfocitos de pacientes con nivel menor de estrés. Este hecho es sumamente importante ya que la deficiencia en la reparación del ADN se asocia con una incidencia incrementada de cáncer: la mayoría de los carcinógenos inducen cáncer justamente dañando el ADN de las células, es decir produciendo células mutantes (Stlow, 1978 en Idem)

Desesperanza: Se ha hipotetizado que las experiencias de desesperanza, puede contribuir al desarrollo del cáncer. Los individuos altos en desesperanza son definidos como poseedores de una larga historia de poca actividad, devoción a causas con poca o nula sensación de éxito o placer, bajo sentido de responsabilidad por el logro, y alta susceptibilidad a fallar. Un sentimiento de desesperanza es expresado a través de sentimientos de estar arruinado o acabado, experimentado en conexión con una pérdida por la cual la persona asume responsabilidad personal, tal como la muerte del cónyuge (Schamale y Iker, 1971). Las investigaciones sugieren que los individuos que llenan este perfil de desesperanza son más susceptibles al cáncer. En un estudio de pacientes esperando biopsias para cáncer cervical (Schamale y Iker, 1981), aquellas con altos grados de desesperanza fueron más propensas a tener un diagnóstico de malignidad que aquellas bajas en desesperanza.

Para resumir, entonces, un sustancial cuerpo de investigación sugiere asociaciones entre el estrés, el afrontamiento y el cáncer. Individuos que se enfrentan con el estrés siendo tolerantes, agradables y reprimiendo las emociones negativas pueden estar más propensos a desarrollar malignidad. Lo maligno puede ser más fácil de desarrollarse en individuos que sienten indefensión, desesperanza o están fuera de control.

APOYO SOCIAL, REDES DE APOYO Y CÁNCER

Evidencias entre apoyo social, redes de apoyo y cáncer.

La falta o pérdida de soporte social ha sido también propuesto como afectación en el inicio y curso del cáncer (Sklar y Anisman, 1981, en Taylor, 1996). El apoyo social puede definirse como la percepción de que uno es querido, estimado o está estrechamente relacionado con otras personas. (Reis, 1984 en Alvaro, Rorregrosa, Garrido, 1992).

La ausencia de lazos familiares cercanos en la infancia parece predecir el cáncer mejor que otras enfermedades crónicas tales como la hipertensión o la enfermedad coronaria del corazón (Grazzi y Molinari, 1986, Schaffer, Duszynski y Thomas, 1982, en Taylor, 1996). La ausencia de una red de apoyo social actual se ha asociado tanto a una mayor incidencia de cáncer (Thomas y Duszynski, 1947, en Taylor, 1996) como a un más rápido curso de la enfermedad (Reynolds y Kaplan, 1986; Wordeb y Weisman, 1975, en Taylor, 1996). Un estudio de largo plazo de los factores relacionados a la incidencia del cáncer, su mortalidad, y su progresión en el condado Alameda, California, encontró que las mujeres que eran socialmente aisladas estaban en un riesgo significativamente elevado de morir de cáncer de todos los sitios (G.A. Kaplan y Reynolds, 1988, en Idem). Sin embargo, otros estudios no han encontrado relación entre los problemas de soporte social y el cáncer. Kene, 1980 (en Taylor, 1996) por ejemplo, no encontró un riesgo incrementado de cáncer entre los prisioneros de guerra, un grupo expuesto a estrés y usualmente aislado socialmente por largos periodos.

Tampoco parece haber una mayor tasa de muerte de cáncer entre los viudos la que podría ser esperada si la ausencia o pérdida del soporte social estuviera relacionada con el cáncer (Fox, 1988, en Taylor,1996). Consecuentemente la evidencia que relaciona el cáncer con la falta de soporte social permanece no confirmada. Sin embargo lo que se explicará a continuación puede sustentar cómo se relaciona el apoyo social, las redes de apoyo con las enfermedades, entre ellas la del cáncer en mujeres.

Evidencias más sustentables.

Definición de apoyo social

El apoyo social se puede definir como la "percepción de que uno es querido, estimado o está estrechamente relacionado con otras personas" (Reis, 1984, en Argyle 1996). También se puede definir en términos objetivos, considerando, por ejemplo, la situación marital y la pertenencia a algún grupo social. Se ha descubierto que el apoyo social (AS) que proporcionan las relaciones íntimas tiene efectos amortiguadores, o lo que es lo mismo, que actúa sobre todo en situaciones de estrés, mientras que el AS que depende de las redes de contactos amistosos cuenta con un efecto directo, es decir, que tiene consecuencias favorables, se esté o no sometido a situaciones estresantes (Cohen y Wills, 1985).

Algunas investigaciones han concentrado en los efectos de las relaciones de amistad, en los que se ha encontrado que las redes de amistad y de vecindad producen efectos directos (no amortiguadores) sobre el bienestar. Entre estos estudios encontramos el de Lin (1979, en Michael Argyle 1996) realizado en una comunidad chinoamericana de Washington, donde se encontró que los beneficios derivados del apoyo social de amigos y

vecinos eran en este caso de la misma magnitud que los proporcionados por las relaciones maritales y superaban a los efectos adversos del estrés.

Aparte de la relación amistosa, también existe las relaciones familiares e íntimas, las cuales tienen un efecto positivo en la salud.

Cuando alguien establece una relación íntima lo importante de ésta es la calidad de las relaciones con los cónyuges, el grado de intimidad alcanzado y del hecho de que proporcionen o no un compañero con quien pueda hablarse de uno mismo y de los problemas propios. Tal es el caso cuando alguien se encuentra en situaciones muy tensas, contar con el apoyo derivado de unas relaciones íntimas protege contra la aparición de síntomas depresivos, cabe recordar que un factor que puede estar enlazado con la aparición del cáncer cérvico uterino es la depresión en mujeres. Es aquí donde encontramos una explicación acerca de porqué las mujeres se deprimen, lamentablemente se ha encontrado que las mujeres son las que proporcionan más apoyo social dentro de una relación íntima.

En las relaciones tanto las amistosas como íntimas Argyle y Furnham (1983) identificaron tres factores asociados a la satisfacción personal que proporcionan las relaciones sociales: la ayuda instrumental, el apoyo emocional y los intereses y actividades compartidos. Enseguida definiremos cada uno de ellos:

1. Apoyo instrumental y material. Las tensiones pueden reducirse si se recibe ayuda para solucionar los problemas, ya sea informativa, doméstica o financiera.

1. Apoyo emocional. El deterioro emocional puede aliviarse hablando con un amigo comprensivo, un confidente tolerante puede ayudar a ganar autoestima y a superar la depresión y la ansiedad.

2. Integración social: Tomar parte en actividades recreativas de carácter compartido y cooperativo, o ser aceptado en un grupo social, elimina la soledad, provoca sentimientos de bienestar y fortalece los vínculos sociales.

Ahora se tendría que preguntar ¿Por qué los efectos amortiguadores del AS dependen básicamente de relaciones de amistad e íntimas?. Esto sucede cuando las personas se enfrentan con problemas graves, ya sean causados por una enfermedad, o por dificultades económicas o legales, necesitan un apoyo social estable que sólo los familiares suelen estar dispuestos a prestar. Las personas con graves problemas emocionales regularmente tenderán a recurrir a parientes cercanos, a los que les une una relación de confianza. Una explicación alternativa de la importancia de las relaciones íntimas es que la innata y temprana dependencia de los niños con respecto al amor y a la protección de sus madres crean una necesidad básica de sentirse querido. En ambos casos, el apoyo viene dado por una relación estrecha, que en caso de romperse provoca graves desequilibrios. Esto se puede comparar con la idea de que la ausencia de lazos familiares cercanos en la infancia parece predecir el cáncer mejor que otras enfermedades crónicas tales como la hipertensión o la enfermedad coronaria del corazón (Grazzi y Molinari, 1986, Schäffer, Duszyński y Thomas, 1982, en Taylor, 1996).

El apoyo social basado en la familia tiene una influencia mayor que el apoyo de las amistades, con esto se quiere decir que la vida familiar al basarse en la cooperación y en el apoyo mutuo, repercute positivamente sobre el comportamiento específico relacionado con la salud: dietas más saludables, menor abuso de drogas y alcohol y una atención más cuidadosa a los regímenes de prescripción médica contribuyen a mejorar la salud física de las personas que viven en familia en comparación con las que viven solas. Es cierto; la vida

familiar puede influir en el bienestar tanto emocional como de la salud física, sin embargo, la convivencia familiar no siempre resulta fácil, ya que la necesidad de coincidir en opiniones y coordinar las conductas puede ser una fuente de conflictos.

Barrón (1992) coincide en que el apoyo social tiene efectos beneficiosos sobre la salud y el bienestar, los mecanismos específicos que dan cuenta de esta relación aún no han sido demostrados. Se han supuesto dos formas fundamentales de actuación o dos tipos de efectos:

1. Efectos directos: El apoyo social tiene un efecto directo sobre el bienestar, independientemente del nivel de estrés.
2. Efectos indirectos: El apoyo social funciona como un moderador de otras fuerzas que influyen en el bienestar, como por ejemplo los acontecimientos vitales estresantes. Esto es lo que se conoce con el nombre de efecto amortiguador del apoyo social.

Cabe recordar al estrés como precursor de enfermedades, tales como el cáncer cérvico uterino, por lo tanto la segunda hipótesis sustentaría la conexión que puede existir entre el estrés, el apoyo social y el enfermarse de cáncer cérvico uterino.

La primera hipótesis, argumenta que el apoyo social fomenta la salud y el bienestar independientemente del nivel de estrés. Según esto, a mayor nivel de apoyo social menor malestar psicológico, y a menor grado de apoyo social mayor incidencia de trastornos o enfermedades, independientemente de los acontecimientos vitales estresantes. Esto no quiere decir que en presencia de estresores sociales deje de actuar, sino que el apoyo social ejerce una influencia independiente.

Distintos investigadores han teorizado para explicar lo anterior, entre ellos se encuentra el propuesto por Gottlieb (1983, en Barron, 1992) el cual propone que las personas con poco apoyo social tienen mayor riesgo de experimentar estresores ambientales

que aquellos que están socialmente integrados o tienen acceso a apoyo en caso de necesitarlo. De hecho, la ausencia de apoyo social en sí misma es un estresor.

Cohen (1985) explica que los efectos beneficiosos pueden deberse a la percepción de las personas de que obtendrían ayuda en caso de experimentar acontecimientos vitales estresantes. La percepción de ayuda potencial provoca un aumento general del estado de ánimo positivo, de la autoestima, de la estabilidad de la propia situación vital, sensación de control sobre el ambiente, reconocimiento de la valoración personal etc. Estos estados psicológicos influyen en la susceptibilidad a la enfermedad física bien por sus efectos en el sistema neuroendócrino o inmunológico o bien por provocar cambios en conductas que promueven la salud (por ejemplo, dejar de fumar, hacer ejercicio físico, etc.)

La segunda hipótesis arriba mencionada puede explicarse por una cadena entre el estrés y el apoyo social como moderador en una patología, propuesta por Cohen, Mckay, Ashby y Syme (en Barrón 1992)

Cadena Estrés-Psicopatología

Eventos Vitales Estresantes	proceso de evaluación	eventos evaluados como Estresantes	respuesta psicológica o adaptación conductual	enfermedad o conducta de enferme- dad.
	apoyo social		apoyo social	

Podemos ver en el gráfico anterior, que para cumplir ese papel protector el apoyo social puede intervenir en dos puntos que en seguida se explican de la cadena causal que relaciona estrés con psicopatología:

1. Entre los acontecimientos vitales estresantes y la reacción de estrés, atenuando o previniendo la respuesta de evaluación del estrés. Los recursos aportados por otras personas pueden redefinir la percepción de amenaza y la propia capacidad de afrontamiento, ya sea por comparación social encubierta o por discusión abierta sobre el significado del evento.
2. El apoyo social también puede intervenir entre la experiencia de estrés y el comienzo del resultado patológico al reducir o eliminar la reacción de estrés, o por influencia directa en las conductas de enfermedad o procesos fisiológicos.

Ahora bien, muchas investigaciones han estudiado los atributos de personalidad que confieren resistencia ante el estrés o lo que es lo mismo sobre la cualidad contraria a la vulnerabilidad, han revelado que esta resistencia depende en parte de la posibilidad de tener acceso a determinadas fuentes de apoyo social. Sarason y Sarason (1985, en Argyle 1992) observaron que las personas que se atribuían a si mismas un nivel bajo de apoyo social también tenían puntuaciones mayores en hostilidad y neuroticismo y puntuaciones menos en extroversión. Cabe recordar que las mujeres con cáncer de algún tipo (cervico uterino o de mama) tienen este tipo de personalidad, donde presentan hostilidad, neuroticismo y poca extroversión (ver el capítulo de personalidad y cáncer).

El apoyo social también se debe correlacionar con las habilidades sociales que cada individuo posee, por lo tanto, algunas investigaciones han puesto de manifiesto que las personas con escasos contactos sociales cuentan con unas habilidades sociales poco desarrolladas y se caracterizan por ser timidas y escasamente autoafirmativas, por sufrir de ansiedad social y por tener una baja autoestima, actitudes negativas y desconfiadas hacia las relaciones sociales y un sentimiento de alienación (Jones, 1985, en Argyle, 1992).

También el apoyo social puede ser estudiado a partir de las diferencias asociadas al género.

La evidencia obtenida a partir de diversos estudios parece indicar que el apoyo social beneficia en mayor medida a las mujeres que a los hombres. Así, por ejemplo, por lo que se refiere a la salud, en un metaanálisis realizado, se observó que la correlación entre la salud y el apoyo social era .20 en el caso de las mujeres y de sólo .08 en el de los hombres (Schwarzer y Leppin 1989, en Argyle, 1992) Esto se puede explicar ya que el estilo social femenino es diferente del masculino, las mujeres favorecen la intimidad y el apoyo mutuo, son más afectuosas y confiadas, emiten más señales no verbales positivas, son menos autoafirmativas, más gratificadoras y más dadas a cooperar que los hombres. Es por todo esto que las mujeres no reciben tanto apoyo social de su pareja, puesto que el hombre siempre espera que el apoyo social esté dado por la mujer, olvidando la reciprocidad. Si esto lo analizamos desde el punto de vista de la salud, la mujer es la que se encarga de la salud de toda la familia, olvidando muchas veces su propia salud. Lamentablemente los hombres no se preocupan por la salud de su compañera, por lo tanto la mujer no tiene alguien que la apoye en el mantenimiento de su propio bienestar.

Estas especulaciones acerca del apoyo social pueden demostrar, que es de suma importancia contar con éste ya que se ha demostrado que el apoyo social tiene una correlación alta con enfermar, además podemos también en este momento concluir que el apoyo social tiene efectos positivos en cuanto al nivel de estrés que cada persona experimente y que puede ayudar a que éste sea menos perjudicial para la salud de esta forma disminuyendo el riesgo de enfermar.

¿Qué se entiende por redes de apoyo?

Gregory Bateson (Sluzki 1996) propuso que las fronteras del individuo no están limitadas por su piel sino que incluyen a toda aquello con lo que el sujeto interactúa- familia, entorno físico, etc.- se puede agregar que las fronteras del sistema significativo del individuo no se limita a la familia nuclear o extensa, sino que incluyen a todo el conjunto de vínculos interpersonales del sujeto: familia, amigos, relaciones de trabajo, de estudio, de inserción comunitaria y de prácticas sociales.

Por lo tanto todos los individuos existen dentro de una red social tal como la propia sociedad, esto lleva a conceptualizar al individuo en una red macro, sin embargo dentro de esta red macro existen subredes, las cuales constituyen el entorno más próximo tal como la familia, los amigos etc.

Los contextos culturales y subculturales, los contextos históricos, políticos, económicos, religiosos, de circunstancias medioambientales, de existencia o carencia de servicios públicos, de idiosincrasias de una región o un país o un hemisferio, sostiene y forman parte del universo relacional del individuo. En un nivel más microscópico, a su vez, la red social personal puede ser definida como la suma de todas las relaciones que un

individuo percibe como significativas o define como diferenciadas de la masa anónima de la sociedad. Esta red corresponde al nicho interpersonal de la persona, y contribuye substancialmente a su propio reconocimiento como individuo y a su imagen de sí. Constituye una de las claves centrales de la experiencia individual de identidad, bienestar, competencia y protagonismo o autoría, incluyendo los hábitos de cuidado de la salud y la capacidad de adaptación en una crisis (Sluzki 1979, Steinmetz, 1988)

La red social personal puede ser registrada en forma de mapa mínimo que incluye a todos los individuos con los que interactúa una persona. El mapa puede ser sistematizado en cuatro cuadrantes:

- Familia
- Amistades
- Relaciones laborales o escolares (compañeros de trabajo o estudios) y
- Relaciones comunitarias, de servicio (por ejemplo, servicios de salud) o de crédito.

Sobre estos cuadrantes se inscriben tres áreas.

- Un círculo interior de relaciones íntimas (tales como familiares directos con contacto cotidiano, y amigos cercanos)
- Un círculo intermedio de relaciones personales con menor grado de compromiso (tales como relaciones sociales o profesionales con contacto personal pero sin intimidad, "amistades sociales" y familiares intermedios) y
- Un círculo externo de conocidos y relaciones ocasionales (tales como conocidos de escuela o trabajo, buenos vecinos, familiares lejanos, o cofeligreses).

La red puede ser evaluada en términos de sus características estructurales (propiedades de la red en su conjunto), de las funciones de los vínculos (tipo prevalente de

intercambio interpersonal característico de vínculos específicos y de la suma o combinación del conjunto de vínculos) y de los atributos de cada vínculo (propiedades específicas de cada relación). Las características estructurales de la red son las siguientes:

- **Tamaño**, es decir, número de personas en la red. Hay indicaciones de que las redes de tamaño mediano son más efectivas que las pequeñas o las muy numerosas.
- **Densidad**, es decir, conexión entre miembros independientemente del informante (amigos míos que son amigos entre sí, parientes cercanos que son a su vez íntimos entre sí etc.); un nivel de densidad medio favorece la máxima efectividad del grupo al permitir cotejamiento de impresiones; una red con nivel de densidad muy alto favorece la conformidad en sus miembros
- **Composición o distribución**, esto quiere decir, qué proporción del total de miembros de la red está localizada en cada cuadrante y cada círculo, las redes muy localizadas son menos flexibles y efectivas, y generan menos opciones que las redes de distribución más amplia, esto se aplica tanto a la distribución en cuadrantes como en círculos, así, hay gente cuya red significativa se centra en la familia.
- **Dispersión**, la distancia geográfica entre los miembros, lo que obviamente, afecta la facilidad de acceso al y del informante, y por lo tanto afecta tanto la sensibilidad de la red a las variaciones del individuo como la eficacia y velocidad de respuesta a las situaciones de crisis.
- **Homogeneidad o heterogeneidad demográfica y sociocultural**, esto se refiere, a la edad , el sexo , la cultura y el nivel socioeconómico, las ventajas e inconvenientes en términos de identidad, reconocimiento de señales de estrés, activación y utilización.

- Atributos de vínculos específicos, tales como intensidad o tropismo, es decir, compromiso y carga de la relación, durabilidad, historia en común.
- Funciones de la red: el tipo de prevalente de intercambio interpersonal entre los miembros de la red determina las llamadas funciones de la red, entre ellas se encuentran las siguientes:
 - Compañía social, es decir, la realización de actividades conjuntas o simplemente es estar juntos.
 - Apoyo emocional, esto se refiere a los intercambios que connotan una actitud emocional positiva, clima de comprensión, simpatía, empatía, estímulo y apoyo, es el poder contar con la resonancia emocional y la buena voluntad del otro, es el tipo de función característica de las amistades íntimas y las relaciones familiares cercanas con un nivel bajo de ambivalencia.
 - Guía cognitiva y consejos, son las interacciones destinadas a compartir información personal o social, aclarar expectativas, y proveer modelos de rol.
 - Regulación social, las interacciones que recuerdan y reafirman responsabilidades y roles.
 - Ayuda material y de servicios, se refiere a la colaboración específica sobre la base de conocimiento experto o ayuda física, incluyendo los servicios de salud. De hecho, los terapeutas y otros trabajadores de salud mental suelen constituir un componente importante de la red de muchos pacientes psiquiátricos crónicos. También los médicos suelen

proporcionar este tipo de ayuda a pacientes que tengan cáncer u otro tipo de enfermedades.

- Acceso a nuevos contactos, es decir, la apertura de puertas para conexión con personas y redes que hasta entonces no eran parte de la red social del individuo.
- Es importante señalar que es natural que las relaciones íntimas familiares y de amistad suelen cubrir simultáneamente un número importante de las funciones.

Hasta este momento podemos concluir que las diversas variables que se han revisado tanto en las redes sociales como en los vínculos, tienen consecuencias para la actividad conceptual y para la propia vida cotidiana. A continuación hablaremos de cómo la red social afecta la salud del individuo.

Existe amplia evidencia de que una red social personal estable, sensible, activa y confiable protege a la persona en contra de enfermedades, actúa como agente de ayuda y derivación, afecta la pertinencia y la rapidez de la utilización de servicios de salud, acelera los procesos de curación y aumenta la supervivencia, es decir, es salutogénica (Sluzki, 1996). También existe evidencia de que la presencia de enfermedad en una persona – especialmente una enfermedad de curso prolongado tal como el cáncer, esquizofrenia, Alzheimer, enfermedades neurológicas, etc.-deteriora la calidad de su interacción social y a la larga, reduce el tamaño (el número de habitantes) y la accesibilidad de su red social. Esta doble acción permite perfilar círculos virtuosos en los que la presencia de una red social substancial protege la salud del individuo y la salud del individuo mantiene a la red social, así como círculos viciosos en los que la presencia de una enfermedad crónica -o un déficit o

una dificultad crónica de cualquier tipo- en una persona afecta negativamente a la red social de esa persona (frecuentemente con mayor intensidad a la red que va más allá de la familia nuclear), lo que a su vez impactará negativamente en la salud del individuo o del grupo íntimo, esa que a su vez aumentará la retracción de la red, y así, en espiral de deterioro recíproco (Idem).

Diversos cuestionamientos surgen a partir de la hipótesis de cómo influyen las redes sociales en la calidad de la salud, entre ellos: ¿Se trata de que la falta de relaciones sociales crea las condiciones que favorecen la enfermedad o la muerte? ¿O es que la gente menos sana tiende a establecer menos redes sociales? ¿O es que existe un factor independiente que genera ambas? ¿cuáles son los mecanismos o procesos mediante los cuales la red afecta la salud y la salud afecta a la red? ¿Cómo y por qué una red insuficiente hace que aumente la probabilidad de que una persona se enferme, y cómo y por qué tiene lugar el deterioro de la red cuando se hace presente una enfermedad crónica?.

Hasta el día de hoy es difícil contestar estas preguntas y muchas de ellas han quedado sin respuesta, sin embargo dos líneas de investigación, los estudios epidemiológicos prospectivos y los estudios experimentales de laboratorio han tratado de responder a las anteriores preguntas. Entre de las investigaciones prospectivas, una de las investigaciones más influyentes ha sido la que se llevó a cabo en Alameda County, California, realizada por Berkman y Syme, (1979). Su punto de partida fue una muestra de 7000 adultos estudiada mediante cuestionarios exhaustivos que evaluaban variables demográficas, socioeconómicas, culturales, de salud, y de hábitos y costumbres, incluyendo participación en diversos tipos de relaciones sociales, a saber: matrimonio o vida en pareja, frecuencia de contactos con familiares y amigos, y participación en

organizaciones tanto informales –por ejemplo, clubs- como formales- por ejemplo, congregaciones religiosas. Nueve años después llevó a cabo un seguimiento en el que se indagó y localizó al 96% de quienes habían participado en la primera encuesta (lo que constituye una verdadera proeza). Esto permitió generar dos submuestras, aquellos que seguían vivos y aquellos que habían muerto. Evaluando las múltiples variables socioeconómicas, culturales, de salud, y de hábitos y costumbres entre estas dos submuestras, se observó que presentaban diferencias importantes en un conjunto de variables, incluyendo aquellas que medían relaciones sociales. Para estudiar el peso de las variables de red es decir, para evaluar cuán predictivos de sobrevida (o mortandad) son los datos sobre red social, la muestra original de los 7000 fue dividida de acuerdo con un índice que combinaban todas las variables acerca de relaciones sociales. Se generaron así dos submuestras, a saber, una con individuos con índice de relaciones sociales alto y otra con individuos con índice bajo. Por cierto, el conjunto de quienes fallecieron tenía una edad media mayor, una salud inicial peor, un nivel socioeconómico bajo, y comportamiento de mayor riesgo (tal como fumar) que la muestra de los sobrevivientes. Se procedió entonces a controlar, es decir, a neutralizar (mediante el procedimiento de matching) el efecto de esas otras variables en las dos submuestras (con índice de relaciones sociales elevado y bajo) y, para sorpresa aún de los investigadores mismos, la variable red social mostró una poderosa capacidad predictiva de sobrevida: la correlación entre red social y probabilidad de sobrevida se mantuvo con igual poder. Así, para neutralizar las variables edad y sexo se seleccionó una submuestra de los sobrevivientes que tenía exactamente la misma distribución de edad y sexo que la de los que habían muerto, y recién entonces se correlacionaron los índices de red social con sobrevida, cotejando entre las dos submuestras

controladas, es decir, esta vez con edad y distribución por sexo idénticas. Los efectos de red sobre supervivencia se mantuvieron.

Otras líneas de investigación han demostrado que la presencia empática de miembros de la misma especie reduce el impacto del estrés tanto natural como experimental. Entre los diversos estudios acerca de enfermedad crónica y apoyo interpersonal merece destacarse la investigación pionera de David Spiegel (1989, en Sluzki, 1996) basada en los efectos de grupos de terapia de apoyo y expresiva con pacientes con cáncer de seno metastizado (en México existen este tipo de grupo tal como es el grupo RETO, que apoyan a mujeres con cáncer de mama). Uno de los principios que guían esa actividad es el establecimiento de relaciones de apoyo recíproco entre los miembros del grupo para neutralizar el aislamiento social, que el diagnóstico genera en la red social habitual. Como resultado, el grupo terapéutico facilita la generación de una red primaria adicional en la que los problemas en común se transforman en puentes empáticos, normalizando la reacción emocional a la enfermedad y disminuyendo la perspectiva de una muerte prematura a través de la experiencia en común. Los participantes en esos grupos no sólo muestran niveles estadísticamente más bajos de ansiedad, de depresión y de dolor físico que la muestra control, sino también mayor sobrevida.

Sluzki (1996) habla acerca de cómo la red afecta la salud del individuo, cuestionando ¿mediante qué procesos o mecanismos tiene lugar esta correlación?. Lo que propone este autor es que la especificidad del mecanismo de asociación causal entre, por ejemplo, uso de tabaco y sobrevida, es directa e incontrovertible, en tanto el efecto carcinogénico y obstructivo (vía bronquitis crónica) del tabaco ha sido claramente demostrado. Por el contrario, los mecanismos mediante los cuales la red social activa y efectiva afecta positivamente la salud son menos transparentes. Con todo, Sluzki intenta

especificar algunos de los procesos mediante los cuales la presencia o ausencia de una red social activa y accesible afecta positiva o negativamente la salud de la persona.

- ◆ En un nivel atávico de base evolutiva, la reacción de alarma (es decir, la reacción psicofisiológica de alerta ante lo desconocido, riesgoso o nocivo, reacción cuya cronicidad ha sido asociada positivamente con enfermedad en múltiples estudios) se mitiga con la presencia de figuras familiares. Algunas investigaciones tanto en niños como en adultos han demostrado que la reactividad de los pacientes a las manipulaciones médicas –medido con electrocardiograma y otras variables fisiológicas– es mucho menor cuando el paciente está acompañado de presencias familiares que cuando está solo con el equipo médico.
- ◆ En un nivel existencial, en los seres humanos las relaciones sociales contribuyen a proveer sentido a la vida de sus miembros. Las relaciones sociales favorecen una organización de la identidad a través de los ojos (y las acciones) de los otros. De ésta deriva la experiencia de que “estamos ahí para alguien” o “sirviendo para algo”, lo que a su vez otorga sentido y estimula a mantener las prácticas de cuidados de salud, y en última instancia, a seguir viviendo. De manera nada deleznable, parte de ese sentido deriva de la experiencia de rol, que a su vez tiende a debilitarse en el curso de la enfermedad crónica.
- ◆ En un nivel de práctica social, la red provee una retroalimentación cotidiana acerca de las desviaciones de salud que favorece los comportamientos correctivos. Es decir, la red social actúa como monitor de la salud y activador de las consultas a expertos.

- ♦ La red social favorece muchas actividades personales que se asocian positivamente con sobriedad: rutina de dieta, de ejercicios, de sueño, de adhesión a régimen medicamentoso y, en general, cuidados de salud.

CONCLUSIONES.

El cáncer cérvico uterino es un problema de Salud Pública, esta enfermedad puede abordarse desde diferentes perspectivas tal como; médica, biológica y genética, sin embargo también puede vislumbrarse psicológicamente y social. Esto ha sido posible a partir de las investigaciones realizadas, en los años 60's, 70's, 80's y en la actualidad.

Dichas investigaciones reportadas en esta tesina han podido sustentar que existen factores psicológicos y sociales, los cuales pueden ser considerados **factores de riesgo** (sin dejarse de lado los factores de riesgo considerados por los médicos) ya que pueden predisponer a enfermar de Cáncer Cérvico Uterino, tales como los que describimos en los capítulos anteriores; la personalidad tipo "C", enfrentarse de una manera inadecuada a constantes situaciones estresantes, el estilo de vida en el cual están presentes diferentes hábitos (los de salud), la calidad y cantidad de relaciones que establecemos y la importancia en el mantenimiento de nuestra salud. Este tipo de factores psicosociales se han podido correlacionar con la incidencia del Cáncer Cérvico Uterino en diversas partes del mundo.

No solamente es importante describirlos y evidenciarlos, es de igual preponderancia trabajarlos en los escenarios oncológicos. Es por tal motivo que se propone lo siguiente:

¿Cuál es el nuevo reto de un psicólogo clínico en la oncología?.

El psicólogo en los hospitales de oncología o clínicas de displasia, tiene entre sus principales funciones la de apoyar a los pacientes en el momento en que se les informa el diagnóstico de la enfermedad. Su labor consiste en abarcar las dimensiones, psicológicas y sociales. A través de la psicoterapia ayuda al paciente a enfrentar al estrés producido por el

diagnóstico dado, también tendrá que ayudar a la familia a enfrentarse a esta situación, ayudará al mismo tiempo a trabajar los sentimientos causados por la noticia de tener cáncer.

Este trabajo es difícil pues el psicólogo se tiene que enfrentar a personas desconsoladas, enojadas, frustradas, teniendo que hacer frente a esta situación.

¿Por qué el reto del psicólogo en la oncología?. La propuesta aquí presentada es desde una visión de educación para la salud, promoción de la salud, prevención de la enfermedad, tomando en cuenta los factores psicosociales antes revisados. Si se mira en una sala de un hospital público, la gente pasa muchas horas sentada ahí esperando el turno para poder entrar a consulta. Esta espera es una gran oportunidad para reflexionar junto con la gente acerca de factores psicológicos y sociales que pueden estar asociados con el enfermar de cáncer. Y la forma en que ellos pueden controlar y manejar apropiadamente.

Primero se tendrá que definir lo que se entiende por educación para la salud, prevención y promoción de la salud. La educación para la salud se puede entender como una combinación de cuatro pasos: análisis del problema, identificación de los determinantes de la conducta, intervención comportamental y evaluación. Se ha definido como el proceso que informa, motiva y ayuda a la población a adoptar y mantener prácticas y estilos de vida saludables, propugna los cambios ambientales necesarios para facilitar estos objetivos. (Salleras, 1985, en Rodríguez-Marín, 1995). La Prevención primaria se refiere a disminuir la incidencia de la enfermedad (Costa y López, 1986 en Idem). Si la prevención es un concepto relacionado con la enfermedad, la promoción es un concepto relacionado con la salud, que implica no sólo la protección y el mantenimiento de la salud, sino también la

promoción del óptimo estado vital físico, mental y social de la persona (Maes, 1991, Salleras, 1985 en Rodríguez-Marín,1995). La promoción supone la instalación y mantenimiento de comportamientos no sólo saludables, sino también aumentadores de las capacidades funcionales, físicas, psicológicas y sociales de la persona. La promoción de la salud se realiza a través de acciones ejercidas sobre los individuos que les llevan a modificar sus comportamientos, para que adquieran y conserven hábitos de salud sanos.

A partir de los anteriores planteamientos (educación promoción y prevención) el psicólogo tendrá que elaborar una estrategia, la cual debe involucrar y hacer participe a las mujeres que esperan su consulta, la finalidad es reflexionar acerca de los factores psicosociales que pueden estar asociados con el CACU. Las estrategias consistirá en hablar y reflexionar al mismo tiempo de cada uno de los factores, l como el estilo de vida, la tarea del psicólogo será:

- * Proporcionar la información pertinente y adecuada a las mujeres acerca de los conocimientos y habilidades necesarias para que puedan controlar sus propios hábitos y las condiciones del entorno que perjudican su salud.

- *Una alternativa es que la persona aprendan adoptar en su estilo de vida comportamientos promotores y/o protectores de la salud. Por ejemplo, hábitos de salud tales como la periodicidad de la prueba del Papanicolau, dejar el hábito de fumar, no realizar conductas sexuales arriesgadas, no tener conductas de promiscuidad, tratar de tener menos cantidad de parejas y el uso adecuado del condón.

- *Lo más importante del trabajo del psicólogo es hacer reflexionar y persuadir a las mujeres de cuan importantes son y que importancia tiene su salud en general y la prevención de enfermedades en particular el cáncer cérvico uterino. También es importante motivar para un cambio en el estilo de vida.

Ante el factor de personalidad, nuestra tarea como psicólogo consistiría en informar a las mujeres con cáncer o sin cáncer a:

- El derecho que tienen como mujeres a poder expresar emociones.
- La importancia que tiene expresar emociones de cualquier tipo.
- Ayudarles a enfrentarse con emociones usualmente reprimidas.

El estrés psicosocial, es un factor que la mayoría de la gente experimenta, sin embargo como se vio en el capítulo de estrés y cáncer, las mujeres que han presentado cáncer de mama y cérvico uterino son mujeres con estilos inadecuados de afrontamiento ante el estrés, por lo tanto el psicólogo clínico tendrá que:

- ◆ Exponer el concepto de estrés de una forma clara y concisa. Ya que la mayoría de la gente usa este concepto como parte del vocabulario común, sin embargo en muchos casos no se tiene realmente la noción de lo que significa estrés.
- ◆ Informar acerca de como el estrés se relaciona con la incidencia del cáncer de mama o cérvico uterino,
- ◆ La tarea más importante del psicólogo es mostrar técnicas de afrontamiento adecuadas ante el estrés.

Ante el factor de apoyo social y redes de apoyo, el psicólogo tendrá que:

- ❖ Informar a las mujeres en qué consiste el apoyo social y las redes sociales y las funciones que tienen.
- ❖ Podrá hablar acerca de cómo una red social insuficiente afecta negativamente la salud.
- ❖ Hablar y reflexionar acerca de el tipo de relaciones que establecemos las mujeres.
- ❖ Reflexionar acerca de que ellas tienen derecho a tener apoyo social por parte de su pareja o de sus familiares. En nuestra sociedad no se acostumbra mucho apoyar a las mujeres, regularmente son ellas quienes apoyan a la familia.
- ❖ Plantear acerca de la importancia que tiene mantener una red social, en muchas ocasiones las mujeres con cáncer de mama o cérvico uterino, tienen una condición socioeconómica baja, en donde existen muchos problemas maritales y por lo tanto no existe la comunicación con su pareja. Las mujeres con este tipo de situaciones tienden a alejarse de sus padres y hermanos con la finalidad de que ellos no se den cuenta de la situación, por lo que no cuentan con una red social como es la conformada por los familiares.
- ❖ Señalar la importancia que tiene el desarrollo de habilidades para establecer contacto social y la forma en que éstas pueden ser adquiridas.
- ❖ La preponderancia de seleccionar redes de apoyo confiables y redes de apoyo no funcionales, al igual que ayudar a reflexionar acerca de cómo pueden mantener las redes de apoyo confiables.

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

- ❖ Reflexionar acerca de la identidad que tenemos a partir de nuestros familiares, amigos etc. Y como muchas veces no nos percatamos de ellos y en otras tantas ni siquiera les damos importancia.

A partir de las anteriores ideas se puede pensar en la importancia que los psicólogos tienen en la sala de espera o en un pequeño espacio y que en ocasiones este tipo de intervención puede estar difundido en más gente, que si esperamos a que lleguen al consultorio cuando ya tienen cáncer.

Lo más acertado que puede hacer el psicólogo es reflexionar junto con las mujeres y también porqué no con sus parejas, la idea de que el cáncer no es más que el resultado de la conjunción de múltiples factores, entre ellos los psicosociales. Pero también que el mantenimiento de la salud depende de la existencia de un equilibrio entre lo físico, psíquico y lo social, y más que focalizar el elemento distorsionador de ese equilibrio es ocuparse más en adquirir o restablecer aquellas conductas y actitudes que favorezcan la recuperación suprimiendo las que se consideren perniciosas o perjudiquen el mantenimiento de la salud entendida como bienestar biopsicosocial.

REFERENCIAS

Argyle M. (1992) Efectos del apoyo Social derivado de distintas relaciones en la felicidad y la Salud Mental. En J.L. Alvarado, J.R. Torregrosa y A. Garrido (Comps) Influencias Sociales y Psicológicas en la Salud Mental. (pp.235-244) Madrid: Siglo XXI

Barber K. R. H. (1992) Manual de Oncología Ginecológica . México: Ed. Mc Graw-Hill

Barrón A. (1992) Apoyo Social y Salud Mental. En J.L. Alvarado, J.R. Torregrosa y A. Garrido (Comps) Influencias Sociales y Psicológicas en la Salud Mental. (pp.223-235) Madrid: Siglo XXI

Barthe E (1997) Cáncer: Enfrentarse al Reto. Ed. Robinbook Psicología Práctica: Barcelona

Bayés R. (1985) Psicología Oncológica. España: Ed. Mtz Roca:

Bieliauskas, L. A. (1987) Cáncer, Estrés y Depresión. En C. L. Cooper. Estrés y Cáncer. (pp. 45-53) Madrid: Ediciones Díaz de Santos S.A.

Bishop, D. G. (1994) Health Psychology. Integrating mind and Body., Toronto:
Ed. Allyn and Bacon

Calderón B. Ma. C. (1992) “Estudio sobre la repercusión del cáncer cérvico uterino y sus tratamientos en la expresión de la sexualidad femenina”. Tesis de Licenciatura en Psicología. Fac. de Psicología, UNAM.

Castés M., Pocino, M. (1999) Bases Científicas de la Psiconeuroinmunología. En C. B. Marianella y C. B. Pablo (Ed) II Curso Nacional Teórico Práctico sobre la aplicación clínica y social de la Psiconeuroinmunología. Caracas, Venezuela.

Castés M, Canelones B. P. (ed) (1999) Psiconeuroinmunología en la Salud y la Enfermedad: Modelo el cáncer. II Curso Nacional Teórico Práctico sobre la aplicación clínica y social de la psiconeuroinmunología. Caracas, Venezuela.

Carbellido V. S. (1992) Estilos de Afrontamiento, Apoyo Social Percibido y Niveles de Ansiedad en Mujeres con Cáncer Ginecológico. Tesis de Licenciatura en Psicología. Fac. de Psicología, UNAM.

Clive Wood (1982) Cultura, Estilo de vida y Enfermeades Crónicas. Foro Mundial de la Salud Vol. 3 #4 pp. 509-514.

Cooper C. L. (1986) Cáncer y Estrés. Madrid: Ed. Díaz de Santos

Cortinas C. (1990) Cáncer: herencia y ambiente: México . Ed. FCE

Doll A. & Peto R. (1989) Las causas del cáncer. España: Ed. Salud Pública Salvat

Flórez L. J. A. (1994) La mujer ante el Cáncer de Mama. Aspectos Psicológicos.

Madrid: Ed. Edika

Fox (1989) Psychosocial Factors in Cáncer Incidence and Prognosis. En J.C. Hollan y J.

Rowlan. Handbook of Psychooncology. (pp.110-124) New York: Ed. Oxford University Press.

García D. P. (1988) Algunas Alternativas para el tratamiento emocional del paciente con cáncer. Tesis de Licenciatura en Psicología. Fac. de Psicología, UNAM.

Hollan J. C (1989) Psycho-oncology. New York: Ed. Oxford University Press.

Instituto Mexicano del Seguro Social (1998) Manual de procedimientos para la vigilancia, prevención, diagnóstico, tratamiento y control del Cáncer Cérvico.

Lazarus, R., Folkman, S. (1991) Estrés y procesos cognitivos. México: Ediciones Martínez Roca: págs140-244

Levenson B. F. (1986) Causa y prevención del cáncer: Argentina: Ed. Verlap . S.A

López Carrillo L. (1999) ¿Es prevenible el cáncer?. Gaceta Médica Mexicana.

Vol 135 #4 pag. 447-451

Muñoz, N. & Bosch, F:X (1997) Cervical Cáncer and Human Papillomavirus. Epidemiological evidencie and perspectives for prevention. . Revista Salud Publica de México. Vol. 39 No. 4 , Julio-Agosto.

Mohar A, Fr+ias, M., Suchil-Bernal, L., Mora, T. Garza J. (1997) Epidemiología descriptiva de cáncer en el Instituto Nacional de Cancerología de México. Rev. Salud Pública. Vol. 39 No. 4 Julio-Agosto.

National Cancer Institute (página consultada el 12-04-1999) cáncer del Cuello Uterino
Dirección URL: [http:// www.graylaba.ac.uk/ cancernete/spanish/200103.html](http://www.graylaba.ac.uk/cancernete/spanish/200103.html)

Narbona A. Ma. J y García D.R.A (página consultada el 16-09-98) Causas del Cáncer
Dirección URL: [http:// www.arrakis.es/~meplanar/cienciay.htm](http://www.arrakis.es/~meplanar/cienciay.htm)

Salinas Urbina A.A. (2000) Factores que predisponen la prevención del Cáncer Cérvico Uterino. Tesis de Maestría en Psicología. Fac. de Psicología, UNAM.

Secretaria de Salud (1998) Programa de Prevención y control del Cáncer Cérvico Uterino. México.

Secretaría de Salud (1998) Proyecto de Modificación a la Norma Oficial Mexicana Norm-014-SS. Para la Prevención, Tratamiento y Control de Cáncer del Cuello del Útero y Mamarío en la Atención Primaria.

Sluzki, E. C. (1996) La Red Social. Cap. La red social: proposiciones generales.
Colección Terapia Familiar. España: Ed. Gedisa

Rochon A (1991) Educación para la Salud. Guía Práctica para realizar un proyecto.
España: Ed. Masson

Rodríguez Marín J. (1995) Psicología Social de la Salud. España: Ed. Síntesis psicológica

Taylor, E. S. (1995) Health Psychology. Estados Unidos de Norteamérica: Ed. McGrawHill Pág. : 564-569.

Watson M. y Geer S. (1989) Personality and Coping. En J.C. Hollan y J. Rowlan. Handbook of Psychooncology. (pp.91-98) New York: Ed. Oxford University Press.

Witkin-L. G (1985) El estrés de la Mujer . Barcelona: Ed. Grijalbo