



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

**FACTORES PSICOLÓGICOS IMPLICADOS EN
EL CÁNCER**

**T E S I S T E Ó R I C A
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A N:
ROBERTO MÉNDEZ AGUILERA
JOSÉ LUIS SALAZAR HERNÁNDEZ**

**ASESORES: DRA. AMPARO CABALLERO BORJA
LIC. JOSÉ RENÉ ALCARAZ GONZÁLEZ
LIC. JUANA OLVERA MÉNDEZ**



TLALNEPANTLA, ESTADO DE MÉXICO. 2006



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

ÍNDICE.

Introducción.	1
Justificación.	6
Capítulo 1. Cáncer: definición y etiología.	8
1.1 Características del padecimiento.	8
1.2 Teorías de la carcinogénesis.	12
1.3 Factores de riesgo.	17
Capítulo 2. Aspectos psicológicos implicados en la etiología del cáncer.	23
2.1 El papel de lo psicológico en el cáncer: breve revisión.	23
2.2 Una visión sistémica.	28
2.3 Estados emocionales: causas y consecuencias.	31
2.3.1 Estrés.	31
2.3.2 Depresión.	34
2.3.3 Ansiedad.	37
Capítulo 3. Aspectos psicológicos en la evolución del cáncer.	40
3.1 Etapas de evolución de la enfermedad.	40
3.2 Impacto del diagnóstico.	43
3.3 Las alteraciones funcionales y la familia.	46
3.4 El cuerpo de salud y el tratamiento.	52
3.5 Aspectos psicosociales en la fase terminal.	61
Capítulo 4. Intervención psicológica en el desarrollo del padecimiento.	67
4.1 Intervención en fase de crisis.	67
4.1.1 Notificación del diagnóstico y afrontamiento de la enfermedad.	68
4.1.2 Relación paciente, familia y equipo de salud.	72
4.2 Intervención en fase crónica.	77
4.2.1 Alteraciones psicosociales en el paciente oncológico.	77
4.2.2 Familia y cronicidad.	82

4.3 Intervención en fase terminal.	86
4.3.1 Cuidados paliativos y calidad de vida en la fase terminal.	86
4.3.2 Elaboración de la pérdida y reorganización familiar.	91
Capítulo 5. Una aproximación sistémica a la prevención del cáncer.	95
5.1 Prevención: concepto y estrategias.	95
5.2 Medicina y prevención del cáncer.	99
5.2.1 Enfoque biomédico.	100
5.2.2 Enfoque de promoción de la salud.	102
5.3 La labor médico preventiva en México.	105
5.3.1 El programa PREVENIMSS: breve descripción.	106
5.3.2 Análisis del programa PREVENIMSS.	110
5.4 Psicología y prevención del cáncer.	113
5.4.1 Psicología preventiva y cambio social.	113
5.4.2 Enfoque sistémico en la prevención del cáncer.	116
5.4.3 Consideraciones finales: una propuesta.	120
Conclusiones.	134
Referencias.	141

RESUMEN.

El presente trabajo de tesis realiza una revisión teórica de los aspectos psicológicos relacionados con la etiología y desarrollo del cáncer, con el objetivo de replantear la importancia de la labor psicológica en la prevención y tratamiento del cáncer, en el marco del trabajo interdisciplinario.

Asimismo, se señala la insuficiencia del enfoque biomédico en la solución de las problemáticas que plantea la enfermedad, tanto en su aparición como en su desarrollo, delatando la necesidad de una visión que incluya no sólo a los diferentes factores implicados en el proceso, sino la complejidad de las relaciones entre ellos.

En consecuencia, adscribiéndose a una perspectiva sistémica y comunitaria se plantea la necesidad de ligar los procesos curativos y de rehabilitación en las instituciones sanitarias con los procesos preventivos en el devenir de las familias y las comunidades.

Para ello se propone una intervención psicológica en el tratamiento curativo que responda no sólo a las necesidades del paciente, sino también de su familia y el cuerpo de salud, y que no finalice con el desenlace del padecimiento, sino que se extienda con fines preventivos.

Esto permitiría la creación y extensión de redes benéficas que funjan como bastiones preventivos, tanto en el ámbito de las redes informales (familia, barrio, amigos) como de las redes formales (instituciones, empresas, asociaciones civiles).

Tomando en consideración las diferentes limitaciones en el planteamiento de acciones preventivas, el presente trabajo de tesis considera indispensable el cambio de conductas y actitudes de los profesionales de la salud ante su labor, como un primer e importante paso hacia la consecución de un mayor estado de salud y bienestar en las poblaciones.

INTRODUCCIÓN.

En la actualidad y desde hace ya algunas décadas se ha propugnado desde las ciencias de la salud por una concepción del hombre como ente biopsicosocial, tratando de recuperar un poco de lo perdido al estudiarlo de manera fragmentada durante tanto tiempo. Aún a pesar de ello, es importante no perder de vista las insuficiencias en el manejo de esta concepción, la cual en ocasiones pareciera hacer referencia a una interacción entre esferas separadas y no inclusivas, como debiera hacerse desde una auténtica perspectiva integral.

El concepto del ser humano como ente integral ya se manejaba desde la filosofía clásica, en donde Platón (cit. en Rosch, 1993) sostenía que la naturaleza del cuerpo sólo podía ser entendida como un todo, lo cual evidencia que esta visión fragmentada no es sino un retroceso ideológico en la concepción del hombre.

Fue Descartes (cit. en Stierlin, Wirsching, Haas, Hoffman, Schmidt, Weber y Wirsching, 1997) quien planteó a la *psiquis* y al *soma* (*res cogitans* y *res extensa*) como dos partes distintas y separadas la una de la otra en el hombre, heredando a la ciencia moderna la semilla de una concepción mecanicista, reduccionista y dualista del ser humano.

Este esquema de pensamiento, cuyo método consiste en la descomposición de los fenómenos en sus elementos constitutivos y su consiguiente ordenación siguiendo un orden lógico, se ha convertido en un carácter esencial de la ciencia moderna, y en particular de las ciencias de la salud, donde la disección es práctica corriente.

Valiéndose del bisturí cartesiano, la medicina ha logrado impresionantes descubrimientos y progresos tecnológicos, sustentando su práctica en la convicción de poder entender y explicar fenómenos complejos simplemente reduciéndolos a sus componentes elementales. Pero ésta no ha sido la única disciplina en acatar la escisión cartesiana, pues así como la práctica médica separó al cuerpo de la mente, la práctica psicológica ha separado a la mente del cuerpo, encargándose cada disciplina de la parte del ser humano que le

corresponde, y abriendo una brecha entre ambos saberes. Esta concepción, ha presupuesto la existencia de enfermedades específicas del cuerpo y enfermedades específicas de la mente.

Esta fragmentación no sólo ha propiciado una práctica sanitaria escindida e inconexa, sino que ha confluído a la disparidad y a los protagonismos en el ejercicio profesional en el ámbito de la salud. La psicología, adherida al modelo médico, ha subordinado su accionar y se ha visto permeada por un biologicismo que no sólo merma su campo de acción, sino también su pensamiento.

Los problemas de salud que afectan a gran parte de la población, han sido privados de sus componentes psicológicos, o estos han sido reducidos a reacciones fisiológicas o aspectos subjetivos de poca o nula importancia, siendo exaltados los factores ambientales externos como causantes de múltiples padecimientos. Un importante consecuente de esta situación ha sido el limitado papel que juega la práctica psicológica en la prevención y tratamiento de tales problemas, siendo una labor de segunda mano, en muchos casos infravalorada por el personal sanitario e incluso por los propios pacientes.

No obstante, estos esquemas de pensamiento han encontrado sus límites en la complejidad de la realidad, la cual ha sobrepasado sus anacronismos, y les ha obligado a un replanteamiento de la práctica disciplinaria. Los grandes progresos tecnológicos de la medicina a lo largo del siglo XX han permitido la elaboración de diversas y efectivas formas de intervención, rehabilitación, diagnóstico y prevención. Esto ha propiciado un incremento de la media de vida, que ha traído consigo una latente posibilidad para la población de presentar algún problema crónico de salud en algún momento de su ciclo vital.

Esto ha originado la llamada "transición epidemiológica", consistente en la sustitución de las enfermedades infecciosas por los padecimientos crónico-degenerativos (problemas cardiovasculares, diabetes y cáncer) como principales causas de mortandad a nivel mundial. En el caso de nuestro país, el IMSS (2002) señala un incremento de la población derechohabiente en edad adolescente, adulta y particularmente adultos mayores, con una consecuente disminución de la población derechohabiente infantil, en el período de 1981 a 2000.

Asimismo, en el periodo 1976 a 2000, se muestra un decremento del porcentaje de muertes por enfermedades transmisibles, de la nutrición y de la reproducción, con el consecuente incremento en la mortalidad por enfermedades crónicas como enfermedad cerebrovascular, diabetes, cáncer, hipertensión arterial y cardiopatía isquémica.

En el caso del cáncer, segunda causa de muerte en nuestro país, salta a la vista la exacerbación biomédica de los factores ambientales como causantes directos y únicos de dicha enfermedad. No obstante, sería absurdo negar que la mayoría de los tumores malignos se originan en íntima relación con el ambiente que ha vivido el enfermo. Por ejemplo, todos vivimos sumergidos en un océano de compuestos químicos: el uso cotidiano de medicamentos variados, aditivos alimenticios, cosméticos, pesticidas, productos industriales y del hogar.

Asimismo, el tabaquismo activo o pasivo, la ingestión de bebidas alcohólicas y de sustancias estimulantes, la variada exposición ocupacional y los tipos de alimentos que ingerimos o dejamos de ingerir en la dieta, son algunos de los factores a los que, voluntaria o involuntariamente, nos vemos expuestos cotidianamente.

Estos factores exógenos, sin embargo, han sido considerados durante mucho tiempo como las causas directas y únicas en el surgimiento de un cáncer, desde una visión causa-efecto que niega o minimiza la importancia de factores de índole social y psicológica en la etiología y desarrollo del padecimiento.

Esto pone de manifiesto la concepción que en las sociedades actuales se tiene de la enfermedad: algo externo que ataca y rompe el equilibrio interno del organismo. Estas concepciones, interpretadas desde la misma lógica cartesiana, parecen llevar al terreno de lo absoluto, donde una enfermedad sólo puede ser explicada con referencia a un único grupo de factores.

En los últimos años la psicología ha tratado de incidir más activamente en el campo de la oncología, si bien la relación de diversos factores psicológicos con el cáncer no es reciente. Así, se han planteado como particularmente importantes los efectos de la ansiedad, depresión, estrés y las reacciones a éste, como factores que inciden en la génesis o evolución de una neoplasia maligna.

No obstante, estas relaciones han sido planteadas de formas dispares por diversas perspectivas, lo que ha impedido la conformación de un cuerpo teórico de mayor alcance, y ha dificultado la integración de estos elementos en la práctica psicológica aplicada al tratamiento y prevención del cáncer.

Con esto no se pretende psicologizar el fenómeno neoplásico, sino por el contrario, atender a la interdisciplinariedad requerida para atender una problemática que se manifiesta sumamente compleja, integrando en la práctica los aportes de diversos profesionales de la salud en la consecución de objetivos compartidos.

En esta labor, debe subrayarse la importancia del trabajo psicológico, no solamente en el momento del diagnóstico, de la rehabilitación o en el tratamiento de los estados consecuentes del desarrollo de la enfermedad, sino poniendo de manifiesto la importancia del psicólogo en la realización de un trabajo preventivo que trascienda el diagnóstico oportuno de la enfermedad y se inserte en el devenir de las comunidades.

El presente trabajo se divide en cinco capítulos. En el primer capítulo se sintetizan los aspectos biomédicos en el surgimiento y evolución del cáncer, haciéndose mención de los factores biológicos y ambientales considerados desde la medicina como las principales causas del cáncer.

En el segundo capítulo se reseñan las diversas relaciones planteadas desde la psicología entre factores psicológicos y el cáncer, abordando de manera particular los factores psicológicos implicados como la depresión, estrés y ansiedad, e introduciendo una visión sistémica que permita una mejor comprensión de tales relaciones.

El tercer capítulo consigna las etapas psicológicas que acompañan la evolución del cáncer desde una visión psicosocial, tomando en consideración la influencia recíproca entre los diferentes elementos que interactúan en el proceso nosológico, y las demandas resultantes de éste.

El cuarto capítulo muestra algunas de las formas de intervención a lo largo de las fases de la enfermedad, dando especial atención al papel de la familia y el

equipo de salud en la eficacia del tratamiento, y la necesidad de que éste no finalice con el deceso del paciente.

Finalmente, el último capítulo resalta la importancia de un trabajo preventivo en el fenómeno del cáncer, señalando las diversas estrategias médico-preventivas y su eficacia, y los posibles aportes de la psicología en esta labor. Así, se realiza un análisis del programa PREVENIMSS y se presenta una propuesta preventiva fundamentada en el enfoque sistémico de abordaje en red, en consonancia con el énfasis en el trabajo interdisciplinario.

El objetivo del presente trabajo, es *desarrollar una propuesta de prevención primaria del cáncer enfatizando la importancia de la intervención psicológica en el tratamiento interdisciplinario de la enfermedad.*

JUSTIFICACIÓN.

Desde hace algunas décadas ha existido a nivel mundial, un incremento en la media de vida, esto gracias a los avances tecnológicos que han permitido la elaboración de diversas y efectivas formas de intervención, rehabilitación, diagnóstico y prevención. Dichos adelantos han creado una sustitución en cuanto a las principales causas de mortandad, siendo actualmente los padecimientos crónico-degenerativos la primordial fuente de mortalidad en reemplazo de las enfermedades del rezago epidemiológico (infecciones, reproductivas y males asociados a la desnutrición).

Dentro del informe “Salud México 2003” entregado al presidente Vicente Fox dentro de la inauguración del III congreso ciudadano de salud el día 23 de agosto del 2004, se menciona que la proporción de muertes atribuibles a las enfermedades no transmisibles pasó del 44 al 73%, mientras que menos del 15 % se debe por padecimientos epidemiológicos.

Los cambios observados en el país en los aspectos sociales, políticos y económicos han propiciado modificaciones en la conducta de la población y han alterado sus hábitos alimenticios y de comportamiento, exponiendo su organismo a un gran número de factores de riesgo que favorecen la aparición de alteraciones en la profundidad de los tejidos orgánicos sometidos a los efectos deletéreos de nuevos y numerosos compuestos químicos, como los conservadores de los alimentos, colorantes artificiales, saborizantes, cosméticos, alimentos ricos en sal ó azúcar, así como numerosos medicamentos. Del mismo modo se observa también el aumento de la práctica de hábitos nocivos como el tabaquismo, el alcoholismo y el consumo de otras drogas.

Estas nuevas formas de vida están ligadas a la morbilidad de los padecimientos no transmisibles, que afectan día a día a mayor número de personas de todas las edades, siendo notorio el incremento del índice de personas afectadas por estas enfermedades en edades cada vez más tempranas.

En la última mitad del siglo XX se comenzaron a manifestar los efectos de estos cambios en la manera de enfermar y morir de los mexicanos, según cifras

arrojadas por el INCAN a partir de 1988 las enfermedades del corazón se situaron como la primera causa de morbilidad con 47,905 defunciones y una tasa de 57.9 por cada 100,000 habitantes, siendo la enfermedad isquémica la que ocupó el primer lugar como causa de muerte.

El cáncer apareció como la segunda causa de muerte a partir de 1989, año en el que se registraron 40,628 defunciones y una tasa de 48.2 por cada 100,000 habitantes, siendo los tipos más frecuentes los de pulmón, estómago y cérvico uterino con tasas de 6.1, 5.2 y 5.1 respectivamente. Desde entonces el cáncer es responsable del 12% de todas las defunciones que se registran en el país.

De acuerdo con cifras del IMSS (2002), la mortalidad global por cáncer en los hombres se incrementó de 76.2 en 1991, a 94.8 por 100 000 DH en 1995; entre las mujeres, ésta se incrementó de 85.6 a 105.8 por 100 000 DH, representando un incremento de 24.4 y de 24% en hombres y mujeres, respectivamente. Entre los hombres las neoplasias de riñón, leucemia, páncreas, próstata y pulmón; y entre mujeres las de colon, mama, páncreas, leucemias e hígado, mostraron los incrementos más significativos.

El incremento de los índices de morbilidad de enfermedades crónicas ha provocado que se ponga especial atención a dicha situación, dadas las complicaciones adyacentes a este aumento. El incremento de este problema provocaría una saturación de las instituciones de salud, y ante una mayor demanda de los servicios médicos, se requeriría no sólo profesionales de la salud, sino el otorgamiento de una mayor proporción presupuestal al sector.

Es por esta razón que dentro de la presente tesis se pretende recalcar la importancia del trabajo psicológico, no solamente en el diagnóstico, el tratamiento o la rehabilitación de los estados consecuentes del desarrollo de la enfermedad, sino a lo largo de todo el proceso nosológico, e incluso con anterioridad y posterioridad a éste.

CAPÍTULO 1.

CÁNCER: DEFINICIÓN Y ETIOLOGÍA.

A pesar de los progresos en la ciencia médica, a lo largo de las últimas décadas, las enfermedades crónico-degenerativas han venido a ocupar el lugar principal dentro de las causas de muerte a nivel mundial, encontrándose dentro de ellas principalmente los problemas cardiovasculares, la diabetes mellitus y el cáncer.

En el caso de este último, su incidencia, y por lo tanto la probabilidad de padecerlo, ha aumentado de manera considerable, ya que cada año mueren entre siete y ocho millones de personas y se presentan de nueve a diez millones de nuevos casos. (Grau, Knapp, Pire, Villanueva y Rodríguez, 1997).

Esta situación ha requerido de los esfuerzos en investigación, prevención, tratamiento y rehabilitación del padecimiento por parte de diferentes profesionales de las ciencias de la salud. Durante todo este proceso ha prevalecido la influencia del modelo biomédico, desde el cual se exacerban los factores de índole fisiológico y ambiental relacionados al inicio y desarrollo del padecimiento. Siendo esta explicación la más aceptada en la actualidad, será relevante describirla y analizarla en los siguientes apartados.

1.1 Características del padecimiento.

Al hablar de cáncer, generalmente se tiende a simplificarle de manera errónea, concibiéndole como un conjunto de células cuyo ritmo reproductivo es más rápido que el de las células normales. Si bien ésta es una característica de ciertas tumoraciones, no describe con claridad los aspectos fundamentales que ayudan a comprender el padecimiento.

En este sentido, el hecho de que el ritmo de crecimiento no se encuentre bajo el control de las restricciones usuales impuestas por el huésped no implica

siempre la presencia de un cáncer. Existen dos patrones de crecimiento celular anormal: neoplásico y no neoplásico.

Dentro de los patrones de crecimiento no neoplásico se encuentra la hipertrofia o aumento del tamaño celular; la hiperplasia, que consiste en el aumento de células de determinado tipo tisular produciendo una masa mayor de tejido; la metaplasia, que implica el reemplazo de un tipo de célula adulta por otra que rara vez se encuentra en el tejido afectado; y la displasia, consistente en una variación en el tamaño, forma u organización de una célula adulta sana.

La característica que diferencia este tipo de crecimientos de los crecimientos neoplásicos, es su reversibilidad con la retirada del estímulo que los produce. Sin embargo, la hiperplasia, la metaplasia y la displasia pueden preceder a un crecimiento de tipo neoplásico, es decir, a un cáncer.

González, Chacón y Colmenarejo (1992), mencionan dentro de las características definitorias del cáncer, la tendencia a una proliferación celular *relativamente* incontrolada e ilimitada, cuya progresión en el tiempo resulta en la formación de neoplasias y en la transmisión de alteraciones celulares a todas las generaciones de células hijas.

De acuerdo con Kirkpatrick (1986, cit. en Pfeifer, 1999), este crecimiento no se da de manera desordenada, sino como un proceso lógico y coordinado a través del cual la célula adquiere nuevas capacidades, y pierde otras.

La palabra *neoplasia* significa crecimiento nuevo, y describe una masa tisular anormal en el tejido sano, que no cumple la función normal de las células en dicho tejido. Dentro de las neoplasias se puede distinguir entre benignas y malignas, encontrando en las primeras a los papilomas y verrugas, mientras que en las segundas, se consideran cuatro grandes grupos, en función de la parte del organismo que es atacada: 1) carcinomas en piel y órganos; 2) Linfomas en el sistema linfático; 3) sarcomas en el tejido muscular u óseo; y 4) leucemias en los órganos que forman la sangre.

Las neoplasias benignas se caracterizan por un crecimiento localizado y suelen estar separadas de los tejidos vecinos por una cápsula. Así mismo, poseen un ritmo de crecimiento lento y una estructura semejante al tejido del que

proceden. En ocasiones pueden producir alteraciones por obstrucción, compresión o desplazamiento de las estructuras vecinas.

En tanto las neoplasias malignas se caracterizan por un ritmo de crecimiento variable, generalmente progresivo y con posibilidad de recurrencia, además de una destrucción tisular común, siendo generalmente mortales. Cabe resaltar sin embargo, que aún cuando el padecimiento está caracterizado por el crecimiento anormal de las células, no es este crecimiento propiamente dicho el causante de la muerte en el enfermo, sino el defecto en el mecanismo que establece los límites territoriales de las células. (Cairns, 1995).

Belcher (1995) y Pfeifer (1999) mencionan dentro de las principales características de las células cancerosas la autonomía, la movilidad incontrolada, la anaplasia, y la capacidad de hacer metástasis.

La autonomía, se refiere a la pérdida del control proliferativo. Sin embargo, cabe aclarar que no todas las células cancerosas participan en una proliferación activa, pues los tumores, al igual que los tejidos sanos, están compuestos por una mezcla de células de las tres principales categorías de crecimiento: estático, en expansión y en renovación, es decir, sin división, en reposo y en división continua, respectivamente. Usualmente, el crecimiento celular se produce en la periferia del tumor, mientras que su centro se va tornando cada vez más inactivo y se necrosa con el tiempo.

La movilidad incontrolada, viene dada por una acentuada disminución de la inhibición del movimiento por contacto, de manera que, a diferencia de las células normales, las células cancerosas no respetan los límites de las células vecinas, invadiéndolas. Este proceso se ve facilitado por la disminución de su adhesividad, y la innecesariedad de una superficie de anclaje para su reproducción, a diferencia de las células normales.

La anaplasia implica un cambio irreversible en la estructura de las células adultas, las cuales sufren una regresión a niveles más primitivos. A través de la diferenciación, las células normales se diversifican y adquieren características estructurales y funcionales específicas. En el cáncer, la diferenciación se refiere al

grado en el que las células cancerosas se asemejan a las células normales comparables.

Así, un proceso importante en el desarrollo del cáncer viene dado por una desdiferenciación progresiva de las células, lo cual induce la transformación celular, entendida como el proceso mediante el cual las células se vuelven cada vez más anaplásicas (Belcher, 1995).

Otra característica fundamental de las células cancerosas es su capacidad de diseminarse a otras partes del cuerpo a través de la sangre y del sistema linfático, a esto se conoce como metástasis. Este proceso no se da de forma azarosa, dado que para que un tumor maligno se forme, no basta con que sus células viajen a través del torrente sanguíneo, sino que deben tener la capacidad de sobrevivir en un ambiente extraño.

Así, el lugar y la supervivencia de las células malignas diseminadas dependen de las cualidades y propiedades particulares de la célula tumoral como tal. En este sentido, los tumores indiferenciados tienen mayor probabilidad de producir metástasis que los bien diferenciados.

Este proceso se convierte en la característica potencialmente mortal del cáncer, pues aún cuando un tumor primario sea retirado, esto no afecta el crecimiento neoplásico en otras localizaciones si ya se ha producido la metástasis. De tal forma, el diagnóstico precoz se convierte en una de las directrices de la prevención secundaria.

El desarrollo de un tumor se da a través de pasos progresivos, empezando por el crecimiento normal hasta el anormal o maligno, con un ritmo de crecimiento muy variable, en función de las características del huésped. El origen puede ubicarse en una o varias células, cuya desdiferenciación provoca un requerimiento menor de factores de crecimiento para reproducirse. También se produce una mayor cantidad de enzimas en la superficie celular que ayudan a las células cancerosas en el proceso de invasión y metástasis.

En sus últimas etapas de crecimiento, el tumor por lo general sólo posee una pequeña proporción de células que se reproducen de manera activa, para así llegar al punto en el que el número de muertes celulares se aproxima al de

nacimientos (meseta). No obstante, esta situación no indica una normalización proliferativa (recuperación del control por parte del huésped), sino que es la resultante de diversos factores, como la disminución de los factores de crecimiento por el agotamiento del huésped, y el aumento en la velocidad de muerte celular.

Según Luchina (1995) para establecer el pronóstico de esta enfermedad se utilizan únicamente criterios clínicos de orden fisiológico, entre los que están el tamaño tumoral, la existencia de compromiso axilar (ganglios afectados), el índice proliferativo de un tumor, y otros factores histopatológicos.

1.2 Teorías de la carcinogénesis.

Desde el ámbito biomédico, la explicación más aceptada acerca del proceso mediante el cual las células normales se transforman en cancerosas, conocido como carcinogénesis, es la teoría causal de las fases múltiples.

Esta teoría sostiene que el cáncer es el resultado de dos eventos distintos: iniciación y promoción. La iniciación se da en el momento en que las células normales se ven expuestas a la acción directa de un agente iniciador, llamado carcinógeno. Los iniciadores son agentes de tipo químico, biológico o físico capaces de cambiar de forma permanente e irreversible la estructura celular, predisponiendo a la transformación de la célula a través de la acción de un agente conocido como promotor o co-carcinógeno. La acción de este agente promotor altera la expresión de la información genética de la célula, intensificando la transformación celular tras la exposición a un iniciador.

A diferencia de los iniciadores, los promotores no reaccionan de manera directa con el DNA, por lo cual, sus efectos son reversibles siempre y cuando no haya existido una exposición previa a un agente iniciador. De igual manera, no puede darse el desarrollo de un tumor maligno si la acción del iniciador no se ve complementada por el promotor.

La excepción a este proceso son los llamados carcinógenos completos, los cuales poseen propiedades iniciadoras y promotoras, siendo por tanto capaces de producir el cáncer por sí mismos. Esta característica de algunos carcinógenos se

encuentra generalmente relacionada con la dosis de exposición. Así por ejemplo, una dosis mínima y temporalmente corta de radiación puede tener únicamente un efecto iniciador, mientras que una dosis más elevada y continua puede propiciar un cáncer. Aunque claro está, en todo el proceso no pueden perderse de vista las características del huésped.

De acuerdo con Pfeifer (1999), existe un período de latencia entre la exposición inicial a un carcinógeno (iniciación) y el desarrollo real de un tumor maligno. Este período no se caracteriza por sintomatología clínica o subjetiva detectable, y aún no se han desarrollado instrumentos que sean capaces de detectar células transformadas por el proceso de iniciación. Esto imposibilita predecir si existen ciertos sectores de una población en riesgo de desarrollar cáncer.

De lograr el desarrollo de tales instrumentos, las implicaciones para la prevención primaria del padecimiento serían fabulosas, puesto que este período de latencia puede durar desde unos cuantos meses hasta 20 años o más, período durante el cual sólo bastaría con evitar el proceso de promoción.

Obviamente, estas hipótesis provienen de la revisión de historias clínicas de exposición, en donde es complicado asegurar en qué momento tuvo lugar la iniciación, puesto que de acuerdo con Pfeifer (1999), la mayoría de las personas con diagnóstico de cáncer no presentan una historia de exposición evidente a un carcinógeno, lo cual sugiere que la carcinogénesis puede ser un efecto de factores múltiples.

En este sentido, si bien existe cierto grado de consenso acerca de la forma en que se da la carcinogénesis, no se ha logrado coincidir de la misma forma en cuanto a las causas que dan paso a este proceso. Así, González y cols. (1992) señalan que no obstante las numerosas investigaciones aún hoy en día no se conocen con exactitud las causas determinantes del cáncer, por lo cual todavía existen muchas especulaciones e hipótesis sobre la etiología del padecimiento. A continuación se presentan algunas de las principales explicaciones causales sobre la génesis de la enfermedad.

Carcinogénesis química. Dicha teoría hace mención sobre la relación que tiene la exposición a diversos agentes químicos con el surgimiento del cáncer, provocando alteraciones en el DNA. Los carcinógenos químicos que han sido inculcados no se limitan únicamente a aquellos usados en el campo ocupacional, sino también a aquellos que son utilizados en innumerables productos de consumo y uso doméstico y personal.

Aún y cuando esta relación se ha presumido desde hace ya varios años, la lista de los cancerígenos químicos que afectan a los humanos es corta, en comparación de los agentes de los que se sospechan ciertos efectos dañinos. Así, estas sustancias han sido relacionadas tanto a la iniciación como a la promoción, causando por sí mismas el cáncer.

Pfeifer (1999) menciona que la *International Agency for Research on Cancer* (IARC) ha desarrollado un método integral para la valoración de los diferentes tipos de riesgo de cáncer en humanos en relación con los carcinógenos químicos. Dicha agencia clasifica las exposiciones químicas en cuatro categorías: 1) evidencia suficiente; 2) evidencia limitada; 3) evidencia inadecuada de carcinogénesis; y 4) evidencia que sugiere la ausencia de carcinogenicidad.

Los carcinógenos químicos se clasifican en dos categorías con base en su afección en la célula: la primera incluye a aquellos cancerígenos químicos de acción directa (iniciadores), los cuales actúan de manera franca sobre los ácidos, creando mutaciones en el DNA sin requerir alguna reacción metabólica por parte del huésped. La segunda clase se refiere a los procarcinógenos (promotores), los cuales no tienen una acción tan directa y lesiva como los anteriores, sin embargo pueden causar mutaciones en el DNA con la activación metabólica del huésped, la cual los convierte en carcinógenos completos.

Carcinogénesis hormonal. Existen cuatro tipos principales de cáncer en humanos en tejidos que responden a las hormonas (prostático, cerebral, mamario y endometrial). Por esta razón, se llegó a considerar la influencia de las hormonas como agentes cancerígenos en dichos tejidos, siendo la presumible causa una producción excesiva de hormonas endógenas o la administración de hormonas exógenas.

Aunque tales tejidos requieren de los productos glandulares para crecer y funcionar de manera normal, existe muy poca evidencia de que las hormonas produzcan un efecto carcinógeno directo, ya que las hormonas no interactúan con el ácido nucléico ni ejercen algún efecto sobre él. Así, todo parece indicar su efecto más como promotores que como iniciadores, sensibilizando una célula al ataque carcinogénico o modificando el crecimiento de un tumor ya establecido.

Carcinogénesis viral. Pfeifer (1999) define a un oncogén como “un gen que ha evolucionado hasta adquirir la capacidad de controlar el crecimiento y la reparación de tejidos” (p. 9). Dentro de los oncogenes puede distinguirse entre los protoncogenes, los cuales regulan la proliferación y reparación de las células, y los antioncogenes, que detienen la división celular.

De manera relativamente reciente, se ha considerado la contribución de los virus al origen del cáncer en relación con la función de los oncogenes, infectando el DNA del huésped y produciendo cambios protoncogénicos y mutación celular. Así, la manera en que los virus actuarían en la formación de un cáncer, sería la activación permanente de los protoncogenes y la inhibición de los antioncogenes, para permitir una actividad proliferativa fuera del control del huésped.

De igual forma, se cree que la edad y la inmunosupresión interactúan con la vulnerabilidad de las personas a los carcinógenos virales, y que éstos poseen especificidad tisular, es decir, que infectan tejidos de manera selectiva.

Carcinogénesis por radiación. La radiación es un agente iniciador que puede convertirse en un carcinógeno completo si se aúnan ciertos factores que influyen en el riesgo de carcinogénesis: características del huésped (como edad avanzada y alto grado de estrés), fase del ciclo celular, nimio grado de diferenciación, tasa de proliferación celular alta, tipo tisular (el tejido gastrointestinal es el más sensible), alta frecuencia de la dosis y considerable dosis total.

La radiación inicia la carcinogénesis al lacerar el DNA susceptible provocando cambios en su estructura. Estos cambios pueden causar muerte celular o crear alteraciones permanentes en la célula dañando los mecanismos de control normales al afectar a los protoncogenes y los antioncogenes.

Tanto la radiación ionizante como la electromagnética han sido relacionadas al cáncer. Las fuentes de radiación de luz ultravioleta, como la luz solar y algunas fuentes industriales, han sido señaladas como carcinógenos provocadores del cáncer cutáneo.

Es importante señalar los problemas metodológicos en la evaluación del efecto carcinógeno de la radiación en el estudio de casos clínicos, debido al largo período de latencia existente entre la exposición y el crecimiento tumoral, lo cual dificulta considerar que este elemento haya sido el único o el principal factor relacionado a la carcinogénesis.

Respuesta inmunológica y carcinogénesis. Una de las funciones que realiza el sistema inmunológico en condiciones normales es el control del crecimiento de células potencialmente cancerosas. El sistema inmune se encuentra en permanente vigilancia, para identificar estas células y eliminarlas, impidiendo que se desarrolle un tumor.

En palabras de Pfeifer (1999) el cáncer debería darse sólo cuando se abruma el sistema inmunológico, como en los casos de desnutrición, enfermedades crónicas, edad avanzada y estrés. Esta teoría se apoya en el reconocimiento de que las personas que presentan inmunosupresión o inmunodeficiencia tienen más posibilidades de desarrollar cáncer que aquellas cuyo sistema inmunológico trabaja regularmente. Dicha conjetura estriba en que la mayoría de las personas presentan una función inmunológica anormal en el momento del diagnóstico. Sin embargo, no todos los cánceres aumentan en relación con la inmunodeficiencia.

Herencia y carcinogénesis. Esta teoría explica la aparición de una neoplasia debido a la existencia de alteraciones en uno o más de los genes que regulan el crecimiento y diferenciación de las células. Es decir, que existen diversas alteraciones cromosómicas que predisponen a la aparición de tumores. A esta característica se le conoce como el SCH (síndrome de cáncer hereditario).

El legado del SCH a futuras generaciones está determinado por las leyes generales de la herencia: la transmisión autosómica dominante y recesiva de los rasgos. En la transmisión autosómica recesiva, el rasgo sólo se da si los dos

alelos del gen son anormales. Por consiguiente ambos padres deben tener expreso el gen en los hijos. En la transmisión autonómica dominante, la enfermedad puede manifestarse cuando un gen del par es anormal. Generalmente el SCH se transmite por esta vía.

No debe perderse de vista que lo que en este sentido se propone es que el rasgo transmitido es un factor de predisposición para el desarrollo del cáncer, no un cáncer como tal. Es importante señalar que para el surgimiento del cáncer se necesitan múltiples mutaciones, por lo que es posible que las personas con una alteración en la célula germinal nunca se vean afectadas por el cáncer asociado con un gen mutante.

Pfeifer (1999) señala que las familias afectadas por el SCH se conforman por individuos con un alto riesgo de cáncer y personas que ya lo padecieron, y están en riesgo de ser afectados por una segunda enfermedad maligna.

Por su parte, Belcher (1995) menciona a los cánceres de estómago, mamas, colon y recto, útero y pulmones, como neoplasias que se presentan siguiendo patrones familiares. Sin embargo, señala el desconocimiento de lo que esto puede indicar: la herencia de una susceptibilidad específica (SCH), o que los miembros de una familia compartan la exposición a uno o varios factores cancerígenos.

Sería importante considerar también, la transmisión familiar de estilos comportamentales, cognitivos y emocionales, que impliquen una mayor susceptibilidad a desarrollar tales padecimientos, todo esto claro, en una red multifactorial, como lo sugiere Pfeifer (1999), al señalar al cáncer como un efecto de factores múltiples, con la salvedad de no sólo considerar factores de orden físico o biológico, sino también psicológico y sociocultural.

1.3 Factores de riesgo.

A lo largo del último siglo se han realizado infinidad de investigaciones en relación a la etiología del cáncer, las cuales han resultado en la exacerbación de los factores ambientales como los causantes del mismo. Así, al hablar de factores

de riesgo en el cáncer, generalmente se hace referencia a diversas condiciones ambientales con cuya evitación, se reduciría considerablemente la probabilidad de ser afectado por este padecimiento.

Los primeros inculcados en la etiología del cáncer suelen ser los agentes químicos. Tubiana (1991), señala que fue a partir de la década de los 40 en los Estados Unidos y de 1950 en Europa, que aparecieron grandes cantidades de sustancias catalogadas como carcinógenos.

Entre estas sustancias se encuentran los químicos industriales en primer lugar: los fármacos, pesticidas, sustancias naturales, aditivos alimentarios o cosméticos, químicos y análogos diversos, procesos industriales y por último subproductos industriales. El contacto con asbesto u otros productos químicos industriales, inflamaciones y parásitos también han sido señalados como factores que predisponen al padecimiento.

Sin embargo, los agentes químicos relacionados con el cáncer no se limitan a los de uso industrial, pues son muchos los productos químicos que pueden actuar como carcinógenos en el ambiente cotidiano en el que nos desenvolvemos. El ser humano está en contacto con ellos, desde la alimentación, hasta la respiración, a lo largo de sus actividades diarias, como los hábitos personales y el trabajo.

Cruzado y De la Puente (1997), se refieren a estos hábitos de conducta, como factores implicados en la etiología y/o evolución del 80 % de los casos de cáncer, siendo uno de los principales factores el consumo de tabaco. Después de éste se encuentran las dietas inadecuadas (consumo excesivo de grasa), la exposición a rayos ultravioleta, así como a diversos cancerígenos por motivos laborales, y el comportamiento sexual.

De igual manera, Tubiana (1991) señala que el 80% de los cánceres se deben a las condiciones de vida, dentro de éstas el 35% está relacionado al consumo de tabaco, un 10% con la exposición a los rayos solares, un 5% con factores sexuales (embarazos, abortos, etc.), un 1% por recetas médicas (exámenes radiológicos y estrógenos sintéticos), y el resto (al menos un 25%) con los hábitos alimenticios.

En relación al consumo de tabaco, fue en la década de los veinte cuando se le relacionó por primera vez con el cáncer de pulmón, siendo a partir de la década de los treinta cuando, a la par del incremento del consumo de cigarrillos en los países desarrollados, comenzó a evidenciarse un grave incremento en la frecuencia de casos de cáncer pulmonar, convirtiéndose en el cáncer más mortífero.

Era también común en aquella época, la creencia errónea de que el tabaco era menos peligroso para las mujeres que para los hombres, pero ha sido encontrado que la menor incidencia de cáncer de pulmón en la mujer se debía a su menor consumo de cigarrillos. En la actualidad, en los Estados Unidos la frecuencia de dicho cáncer es igual entre hombres y mujeres, y en ellas supera incluso la frecuencia del cáncer de seno.

Sin embargo, el consumo de tabaco no se relaciona únicamente con este tipo de cáncer, puesto que se ha encontrado que en los fumadores, la frecuencia de todos los tipos de cáncer aumenta en todos los tejidos a los que llega el humo del tabaco, tales como la boca, la faringe, la laringe, la parte superior del esófago, la tráquea, los bronquios y la vejiga.

De acuerdo con Magee (1999), otra de las formas en las que el tabaco se convierte en un factor de riesgo para el cáncer es la condición de fumador pasivo. La exposición pasiva al tabaquismo (el humo exhalado por el fumador y el resultante del cigarrillo) parece incrementar el riesgo de cáncer pulmonar en las personas que conviven con fumadores.

Esto ha sido causa de un sinnúmero de acciones en los últimos años para prevenir los efectos del tabaco en los no fumadores, principalmente a través de la prohibición de fumar en lugares públicos, evitando que otras personas deban verse innecesaria e involuntariamente expuestas a las sustancias cancerígenas despedidas por el cigarrillo y sus consumidores.

Otra sustancia que ha mostrado sus potenciales efectos cancerígenos es el alcohol, sobre todo en combinación con el tabaco. En este sentido, se convierte en algo preocupante el aumento del consumo de cigarrillos y alcohol entre los adolescentes, dándose cada vez a edades más tempranas.

Según Magee (1999), el consumo excesivo de alcohol se relaciona de manera estrecha con el riesgo a desarrollar cáncer en la cabeza y el cuello, la laringe, y quizá, en el hígado y el páncreas. Así mismo, sus efectos en combinación con el tabaco, incrementan el riesgo de sobremanera, incluyendo la acción directa del alcohol sobre los tejidos epiteliales, y su capacidad de actuar como solvente para aumentar el suministro de químicos derivados del humo, potenciando así la acción de ciertas sustancias cancerígenas.

En el rubro de los alimentos, debe considerarse que los hábitos alimenticios inadecuados afectan a largo plazo a los individuos con la aparición de ciertos trastornos. Así, se habla de una correlación en diferentes países entre el consumo promedio de grasas de origen animal y la frecuencia de cáncer de colón, seno y próstata, principalmente.

En este sentido, se considera con fines preventivos la reducción en el consumo de grasas, tanto saturadas como insaturadas, así como el incremento en el consumo diario de fibra natural. Estas recomendaciones preventivas obedecen a la presunción de que la grasa en la dieta actúa como agente promotor del cáncer. Así, la obesidad se considera un factor de riesgo para el desarrollo de cáncer de colon, de mama, de endometrio y de próstata.

Otro factor señalado es la exposición ocupacional, considerándose que la relación entre ciertas actividades profesionales y el aumento en el riesgo de cáncer se debe, al menos en estos parámetros, a la exposición a ciertos agentes carcinógenos en los diversos lugares de trabajo.

Igualmente, algunos medicamentos pueden aumentar el riesgo de padecer cáncer actuando como promotores. Por ejemplo, el uso de estrógenos sintéticos durante la menopausia y después de ella, o durante el embarazo.

Agentes como las radiaciones ionizantes, las radiaciones ultravioletas, han sido señalados también como carcinógenos estrechamente relacionados con los cánceres en la piel. Según González y cols. (1992), su acción depende en gran medida de las características del individuo expuesto, de tal manera que en una persona una dosis mínima podría provocar una neoplasia mientras que en otra una dosis alta podría no provocar ningún cambio.

Otro aspecto relevante, son los índices de diferentes tipos de cáncer, los cuáles se encuentran en relación con el sexo y la edad, dándose en los adultos una alta tasa de mortalidad por cáncer de pulmón, índice que aumenta alarmantemente, sobre todo en las mujeres.

Se dice que la frecuencia de cáncer aumenta con la edad, ya que cerca de la mitad de los cánceres se diagnostican a personas mayores de 65 años. Ante esto, sería obvio considerar la importancia en el control y erradicación de ciertos grupos de enfermedades infecciosas, así como un aumento en la expectativa de vida, que permite un mayor tiempo de exposición ante diversos agentes, considerando que ésta sea la causa definitiva de un cáncer, y una mayor probabilidad de desarrollar una neoplasia a edades avanzadas.

A diferencia de los adultos, el principal tipo de cáncer que presentan los niños es la leucemia, si bien el cáncer en general es menos frecuente que en los adultos. Sin embargo, tampoco puede desdeñarse el hecho de la disminución gradual en cuanto a la edad en que suele presentarse con mayor frecuencia un cáncer, pues en las últimas décadas la población presenta este tipo de padecimiento a edades más tempranas.

Sin embargo, a juicio de Tubiana (1991), a pesar del incremento en el uso de las denominadas sustancias carcinógenas la frecuencia global de cáncer no ha aumentado significativamente, debiendo considerarse a fondo si esto implica un cierto impacto de las campañas y los servicios de prevención del cáncer o existen otras variables que influyen en estos datos.

Además, de acuerdo con este autor, la frecuencia global del cáncer no está relacionada con el grado de industrialización de la zona geográfica donde se reside, ni con el nivel de vida, aunque estas variables si lo están con el tipo de cáncer que se está más propenso a desarrollar.

Esta información se contrapone con los índices de crecimiento de la población con cáncer, si bien se desconoce si la proporción de enfermos con cáncer en función del total de la población en las zonas industrializadas ha descendido. Pero esto también llevaría a replantearse si es que la mera exposición a los denominados carcinógenos ambientales es el factor determinante

de un cáncer, y qué papel juegan las formas de vida actuales en la manifestación preponderante de cierto tipo de cánceres y la disminución en la presentación de otros.

Debe resaltarse también, que en la actualidad el cáncer no necesariamente implica muerte, puesto que alrededor de un 50 % de los enfermos de cáncer logra recuperarse, siendo el tipo de cáncer y el diagnóstico precoz dos factores fundamentales para un tratamiento eficaz. De ahí la importancia del enfoque preventivo y la intervención interdisciplinaria en este padecimiento.

CAPITULO 2.

ASPECTOS PSICOLÓGICOS IMPLICADOS EN LA ETIOLOGÍA DEL CÁNCER.

A pesar de la resistencia dada en algunos sectores de la medicina a reconocer la importancia de los factores psicológicos en el desencadenamiento del cáncer, estudios recientes han retomado estas vertientes, intentando proveer al estudio de este padecimiento de una visión multifactorial que permita un avance en el entendimiento y la terapéutica de este trastorno.

Para la consecución de este fin, es importante comprender el por qué de la concepción actual del cáncer, siendo necesario realizar una breve revisión de la forma en que ha evolucionado ésta a lo largo del tiempo, y el estado en el cual se encuentra la investigación en la actualidad, en referencia a los aspectos psicológicos involucrados en el padecimiento.

2.1 El papel de lo psicológico en el cáncer: breve revisión.

La división arbitraria entre mente y cuerpo no es algo que haya existido en la ciencia desde siempre. Es curioso encontrar que las concepciones del ser humano como ente integral datan desde la antigua Grecia, y que en la actualidad, la visión fragmentada no represente sino un retroceso ideológico en la concepción del hombre.

A través de la historia de la ciencia médica se encuentran diversos planteamientos que argumentan una relación importante entre diversos factores psicológicos y el cáncer. Según Rosch (1993) la primera definición inglesa de cáncer que apareció en 1601 era: *“cáncer es una hinchazón o llaga procedente de la sangre melancólica, alrededor de la cual las venas aparecen de un color negro u oscuro, extendiéndose como las garras de un cangrejo”*. (p. 3).

No es sino a partir del siglo XX que se enfocó la atención hacia los agentes externos como causantes de esta enfermedad, siendo culpados actualmente un

sin número de agentes (carcinógenos) en el aire que respiramos, los alimentos que ingerimos, y otros múltiples productos de consumo cotidiano. En esta visión, el papel que juegan los factores externos, es el de agentes que pueden atacar y romper el equilibrio interno del organismo. Consecuentemente, el papel otorgado al individuo, es el de protegerse de ese mundo exterior que le amenaza.

En esta concepción, se otorga un pobre o nulo valor a los aspectos psicológicos relacionados con la génesis y evolución de una neoplasia, obstaculizando el abordaje interdisciplinario de la enfermedad al reducirla a su componente fisiológico. Esta situación se encuentra en franca relación con la concepción mecanicista, reduccionista y dualista (cuerpo-mente) del ser humano, heredada por la tradición cartesiana.

Para Rosch (1993) muchas de las prácticas de la ciencia médica en la actualidad hacen manifiesta esta concepción fragmentada, en la cual el médico trata cuerpos y no personas, si bien otros profesionales no escapan a esta situación.

En pos de la solución a esta problemática, han sido numerosos los intentos por resarcir la visión cartesiana, en el intento por integrar las relaciones entre el cuerpo y la mente en la explicación del fenómeno neoplásico, y en general en los procesos de salud-enfermedad. Esto ha propiciado que en las últimas décadas muchos de los profesionales relacionados con el estudio y tratamiento del cáncer hayan vuelto a poner en duda la conceptualización etiológica y de desarrollo de esta enfermedad, considerando que tal concepción reafirma una dualidad que presupone la existencia de enfermedades específicas del cuerpo y enfermedades específicas de la mente.

Con el uso del concepto *enfermedades psicosomáticas*, se intentó evitar las contradicciones prácticas, y poner fin a la separación de estos dos entes. Sin embargo, las diferentes interpretaciones de lo psicosomático han originado diversos abordajes del padecimiento.

Uno de los primeros intentos disciplinarios por vincular ambos factores en este fenómeno lo representa el surgimiento de la medicina psicosomática. De acuerdo con Stierlin y cols. (1997) la medicina psicosomática, no sólo ha

estudiado el rol de los factores psicológicos en las llamadas enfermedades psicosomáticas (como úlcera péptica, asma bronquial, hipertensión arterial, etc.), sino en todas las enfermedades, entre ellas el cáncer. El objetivo ha sido abordar este padecimiento desde una visión multifactorial que incluya el estudio de los factores psicológicos y psicosociales relacionados con el desencadenamiento y el mantenimiento de dicha enfermedad.

Desde esta disciplina, se ha sostenido que tales factores juegan un importante rol en el complejo multifactorial de causas en el cáncer. Aun cuando muchas de las investigaciones que apoyan estas hipótesis han sido objeto de fuertes críticas de orden metodológico, sus resultados han relacionado el origen y desarrollo de esta enfermedad con los efectos del estrés, los constantes conflictos emotivos, pérdidas emocionales no elaboradas, dificultades de adaptación familiar, depresión, etc.

Asimismo, se ha señalado la regresión o detención de tumores en pacientes que no fueron tratados con métodos convencionales, enfatizando la calma, el optimismo y la confianza de muchos de ellos como factores positivos en la recuperación. De igual manera se han realizado algunos estudios predictivos que evalúan el riesgo de contraer cáncer con base en ciertas características psicológicas y psicosociales del individuo.

No obstante, esta concepción no logró superar ni los dualismos ni las linealidades, conformándose con postular tesis interaccionistas y ambiguas, que sin proponérselo reconocen a lo psíquico y lo somático como dos entes separados, antes que una totalidad en sentido estricto. Por tal razón, el concepto *psicosomático* se manifiesta como anacrónico y de pobre valor explicativo, al escindir en su intento por unificar.

En tal lógica de interacción, y tratando de superar las ambigüedades del término psicosomático, prosiguió la búsqueda de los mecanismos por los cuales se darían las relaciones planteadas por la medicina psicosomática. En la actualidad, una de las áreas que se ha encaminado a esa investigación (con un enfoque claramente psicofisiológico) es la psiconeuroinmunología.

De acuerdo con Arbizu (2000), las diversas investigaciones que se realizan en este campo se orientan principalmente a los efectos del estrés en la función inmunológica, y por tanto en la susceptibilidad a la enfermedad, lo cual dirige la atención hacia la relación huésped-tumor.

Canónico (1991, cit. en Luchina, 1995) admite que el tumor no es una formación que se desarrolle con independencia del organismo donde asienta, sino que guarda desde su inicio una relación física, química, hormonal, metabólica e inmunológica con el organismo portador.

Por ello, se ha considerado que la inmunodepresión que caracteriza a las fases depresivas, se relacionaría con el surgimiento de células malignas al afectar la vigilancia inmunológica del organismo. De igual manera, se ha señalado la posible presencia de factores neuroquímicos endógenos, como elementos que directamente (como agentes químicos), o indirectamente (mediante la modulación del funcionamiento del sistema inmune), podrían estar desencadenando la génesis o evolución de una neoplasia maligna.

Es innegable la importancia de tales planteamientos en la inclusión de los factores psicológicos en una explicación del cáncer, no obstante, el análisis de este fenómeno no puede quedarse en un nivel puramente psicofisiológico. Puesto que, como señala Onnis (1997), estas propuestas de corte somato-genético, han reducido los factores psicoemocionales a las reacciones neurofisiológicas de un organismo biológico.

En la búsqueda de rescatar la subjetividad humana en este fenómeno, han surgido propuestas alternativas de abordaje del fenómeno cáncer, bajo un enfoque psicocorporal. Desde esta visión, se ha procurado la integración de los diferentes elementos relacionados con el proceso de enfermar desde una postura holista, y enfatizando en la crítica al modelo médico y la superación del dualismo cuerpo-mente, en la idea de que la superación de tal dualismo, implica la superación del pensamiento cartesiano. Para ello se remonta a las llamadas medicinas alternativas, ancladas en el conocimiento oriental y de otras civilizaciones antiguas.

En esta línea Dahlke y Dethlefsen (1993) parten de la consideración de la enfermedad como característica inherente del ser humano, por lo cual no puede ni debe prevenirse, sino que es un síntoma que ha de interpretarse y trasmutarse. En este supuesto arguyen que *“ni la medicina preventiva ni la vida sana tienen posibilidades de éxito para prevenir la enfermedad”*. (p. 77)

De tal forma, consideran al cáncer como expresión de la ideología colectiva de nuestra época, cargada de individualismo y pérdida de la identificación como un todo con el resto de la humanidad. De manera análoga, tales autores argumentan que el cáncer surge cuando una célula que ya no está sometida a un fin común, intenta ganar su independencia proliferándose, aun cuando ello implique el agotamiento o muerte del huésped. Así conciben que *“los seres humanos tienen cáncer porque son cáncer”*. (p. 288)

Este planteamiento deviene en el simplismo de confundir analogía con realidad, cayendo en la antropomorfización y la ambigüedad. El pensamiento en analogías o metáforas es un medio para comprender un fenómeno, pero nunca una explicación acabada de éste.

Así, aún cuando tal enfoque considera un cúmulo bastante amplio de factores y las relaciones entre ellos, su objetivo y producto final consiste en la reducción de los trastornos somáticos a una relación lineal con algún aspecto psicoemocional, en la concepción de los órganos como *depositarios de emociones*, mensajes corporales que es necesario interpretar.

López Ramos (2002) subraya en tal propuesta, la importancia de lo que denomina una *“nueva realidad corporal en donde el mundo de las emociones ha ganado un espacio predominante en el cuerpo”*. (p.24). Por su parte, Dahlke y Dethlefsen (1993) se adscriben a la misma idea al señalar que *“síntomas hay muchos, pero todos son expresión de un único e invariable proceso que llamamos enfermedad y que se produce siempre en la conciencia de una persona”*. (p. 18)

Esta propensión a la exacerbación de lo emocional, se arriesga a una nueva radicalización: el intercambio del reduccionismo biológico por el psicológico. No puede encontrarse la complejidad, adscribiéndose a uno de los dos polos, pues una cosa es la unión y otra la sumatoria.

Cómo señala Onnis (1997) en tal planteamiento, todo proceso de enfermedad queda explicado mediante un código de los procesos de simbolización, en la metáfora del *“cuerpo dominado por las emociones”*. (López Ramos, 2002, p.23)

Esto hace ostensible la necesidad de una visión que no sólo se plantee la ruptura de la dicotomía mente-cuerpo (en el absurdo de creer que tal ruptura anula la influencia del pensamiento cartesiano en los esquemas de pensamiento actuales), sino que más allá de esto, sea capaz de integrar todos los elementos presentes en el proceso de enfermedad, no como sumatoria de causas, sino como una totalidad interrelacionada dialécticamente.

Esto no implica desechar el conocimiento preexistente, sino por el contrario, integrarlo en una perspectiva que pueda dar cuenta del fenómeno cáncer en toda su complejidad. Para ello, el presente trabajo considera fundamental el aporte del pensamiento sistémico.

2.2 Una visión sistémica.

Bateson (1993) señala que las disciplinas y los fenómenos que les atañen, en tanto productos socioculturales, se encuentran enraizadas en ciertos supuestos compartidos con el sistema que las genera, y del cual todos formamos parte. Esto dificulta, tanto en la teoría como en la práctica, la integración de los diferentes elementos constitutivos de la enfermedad en tanto fenómeno humano.

No obstante, la solución a estas dificultades no se encuentra en las manifestaciones sintomáticas de tales supuestos, sino en la base del sistema mismo, en el pensamiento que escinde y simplifica. En tal caso, no vale la pena enfrascarse en acusaciones de linealidad y reduccionismo a ciertas partes de nuestro sistema, pues como señala Bateson (1993), tratar los síntomas sólo contribuye a la preservación de la patología.

En esta inadecuación del pensamiento disgregador, la visión sistémica se plantea como posibilidad para trascender las fronteras disciplinares en la conjugación de sus saberes, a través de una reflexión crítica que permita el

cambio del pensamiento en términos de secuencias lineales causa-efecto, al pensamiento en términos de sistemas. La visión sistémica contrapone una organización con sentido de los componentes mismos en cada fenómeno, a la fragmentación reduccionista de éstos.

Este enfoque no se propone descubrir la realidad y describirla objetivamente, sino proveer de una interpretación de ésta que permita establecer la multiplicidad de niveles y elementos que interactúan en el proceso de enfermedad. Estos múltiples niveles, son entendidos no como entidades separadas, sino como aspectos de la realidad en un continuo circular, con el fin de superar las explicaciones de tipo lineal que parecen dejar fuera elementos contextuales inherentes al individuo.

Así, esta postura considera al individuo como parte indisociable del entorno, con quien guarda una relación dialéctica, rompiendo el esquema evolutivo tradicional que plantea la adaptación del organismo a un ambiente determinado, para dar paso a una visión donde organismo y ambiente coevolucionan.

En dicho proceso coevolutivo entre individuo y ambiente, se da una construcción mutua, en cuyo devenir dialéctico se han generado condiciones que han creado nuevas patologías y exacerbado otras al interior del sistema, y en relación con otros. Claros ejemplos de esto son la contaminación y destrucción ambiental, las guerras, la escasez de alimentos, relacionadas con la pobreza, la enfermedad, la muerte.

En ese devenir, todas las partes del sistema se afectan dialécticamente, pues las personas no viven en un vacío sino entramadas en un ambiente de relaciones sociales y vínculos. *“El sujeto sólo adviene como tal en la trama relacional de su sociedad, al tiempo que es cocreador del mundo merced a su interacción compleja con lo real”*. (Najmanovich, 1995, p. 35)

Esto implica, cómo señala Saidón (1995), la insuficiencia de proteger y protegernos de los riesgos, y plantea la necesidad de crear las condiciones para enfrentarlos, siendo la red social uno de los planos de consistencia que nos permite una construcción en ese sentido.

Sluzki (1998) define la red social personal como *“la suma de las relaciones que un individuo percibe como significativas o define como diferenciadas de la masa anónima de la sociedad”*. (p. 42). Cabe señalar que el mundo social significativo del individuo no se restringe a la familia, y que la frontera entre ésta y el resto del mundo social, es artificial en tanto límite conceptual impuesto por la práctica sistémica.

De acuerdo con Castel (1995), Sluzki (1998) y Wolfberg (2002) existe un gran cuerpo de evidencia que muestra la relación entre la extensión y vigor de los vínculos de integración social y comunitaria, con la salud de los sujetos que viven en esos contextos. Más y mejores redes, mejor salud.

Sin embargo, como señala Najmanovich (1995) aún existen grandes dificultades para incorporar el punto de vista implicado en la metáfora de la red, tanto al nivel de las organizaciones propiamente dichas como de la sociedad en su conjunto. La mayoría de las personas siguen pensándose como individuos aislados y no como parte de múltiples redes de interacciones: familiares, amistosas, laborales, recreativas, políticas, culturales, informativas, etc.

Esto obedece en gran medida a la creciente desestructuración de las sociedades modernas, llenas de individualismo e indiferencia, y con una mayor fracturación producto de persistentes antagonismos. Estas son condiciones que dificultan el involucramiento y participación de las personas en una red benéfica.

Hoy en día, es innegable la predominancia en nuestras sociedades de sujetos que no se conectan con nivel decisorio alguno y que no perciben las consecuencias de la pérdida de la participación en una historia colectiva. De acuerdo con Saidón (1995), esta situación coloca a amplios sectores de la sociedad en una situación de desafiliación creciente, dejándoles al margen de la construcción de su propio bienestar y a merced de la patología.

Por esta razón, es que en la actualidad se pretende una visión que pueda integrar las visiones preexistentes y a la vez devolverle al individuo ese papel activo en la recuperación o mantenimiento de su salud y bienestar. Ésta es quizás la meta más importante, pues una sociedad más sana no se construye en las instituciones sino en las comunidades.

Es notorio, en este sentido, que cada una de las posturas teóricas revisadas ha intentado recuperar el lugar que el individuo ha perdido como ser activo, enfocando de diferentes maneras las variables psicológicas que interactúan, y sin embargo coincidiendo en ciertos aspectos básicos, pudiendo encontrarse una lista más o menos coherente de factores correlacionados, que intentaremos describir en los siguientes apartados.

2.3 Estados emocionales: causas y consecuencias.

En la múltiple y disímil investigación realizada en torno a los factores psicológicos relacionados a la aparición y desarrollo de una neoplasia, se ha dado particular atención a los efectos de la ansiedad, depresión, estrés y las reacciones a éste, como factores que facilitan la aparición de ciertos trastornos.

La manera en la que tales estados emocionales interactúan con la enfermedad va desde precipitar sus síntomas, convertirse en un factor de riesgo adicional, interferir con su tratamiento o alterar la evolución de ésta. Sin embargo, debe señalarse que la relación de tales factores con el padecimiento nunca es lineal, y asimismo representan causantes y consecuentes de otros elementos complejos relacionados con la enfermedad. En los siguientes apartados intentaremos realizar una breve descripción de los factores más estudiados y la forma en la que se les ha relacionado con el cáncer, realizando las consideraciones pertinentes acerca de la viabilidad de tales planteamientos.

2.3.1 Estrés.

Jesen (1990) señala como innegable la repercusión del estrés emocional en el estado físico general, llegando a originar cambios en la predisposición o susceptibilidad a la enfermedad. Este primer acercamiento remite a la importancia de este proceso en la etiología de múltiples padecimientos.

Caballo y Simón (2000) consideran que el estrés conlleva necesariamente dos componentes: la estimulación ambiental (estímulos biofísicos y psicosociales)

y la evaluación que el individuo haga de las demandas del ambiente y los recursos con que cuenta, siendo esencial el resultado de esta evaluación.

A este respecto, Cruzado y De la Puente (1997) mencionan como característica definitoria del estrés, la percepción de los recursos personales como insuficientes para hacer frente a una situación, ya sea que la carencia de éstos ante las demandas excesivas de la situación sea real o no. Por lo tanto, para que un acontecimiento sea percibido como estresante es fundamental la significación que del evento haga la persona.

La respuesta del individuo que experimenta estrés implica un aumento general de la activación fisiológica del organismo, provocando a largo plazo depresión y fatiga crónica, a la par de un incremento de las respuestas cognitivas, que frecuentemente tienen que ver con una sensación subjetiva de tensión o malestar emocional, y de conductas perjudiciales y desadaptativas.

Estos elementos han sido recogidos por la investigación relacionada a la etiología y progresión del cáncer, que como señala Arbizu (2000), se ha centrado en la importancia de los acontecimientos vitales potencialmente estresantes que enfrentan los individuos, y el efecto supresor del estrés emocional en la función inmunológica y en la susceptibilidad a la enfermedad.

Considerando estos elementos, diversas investigaciones han implicado al estrés dentro de la etiología del cáncer. De acuerdo con Bieliauskas (1993), Moro (1993) y Luchina (1995) uno de los primeros aspectos que fueron implicados es la pérdida de una relación emocional importante como un factor de riesgo de cáncer, al ser un evento potencialmente estresante encontrado en la experiencia de múltiples pacientes. En este sentido la importancia obviamente no la tiene la pérdida *per se*, sino sus efectos (directos e indirectos) en la persona.

Sin embargo, la definición de *pérdida* ha sido muy vaga, dando lugar a que el espectro se amplíe de tal manera que el término se utilice con diversos criterios y para circunstancias dispares. Así mismo, sería absurdo observar la historia de los pacientes con cáncer y encontrar una *pérdida* en alguna fase de su vida, a la cual se pueda culpar de originar el cáncer.

Otro aspecto relevante en la investigación ha sido el estilo de vida del paciente y los estresores con que tiene que lidiar cotidianamente. Sin embargo, parece que un aumento en la experiencia de estresores *per se* no se encuentra relacionada con el riesgo de cáncer, sino que el factor más importante sería la capacidad de afrontar el suceso estresante de manera adecuada. En esta línea, se ha encontrado que la desesperanza y la incapacidad para expresar las emociones efectivamente pueden ser precursores del cáncer. Ambos estados emocionales pueden interpretarse como rendición o reacción inefectiva ante los estresores vitales.

De acuerdo con Luchina (1995) las situaciones estresantes por las que el individuo atraviesa pueden afectarle por dos vías. La primera en relación con variables conductuales que le exponen, en especial su estilo de vida (hábitos) y su actitud hacia la enfermedad y hacia el tratamiento. En este sentido, Arbizu (2000) señala que ante los efectos del estrés las personas pueden llevar a cabo conductas altamente perjudiciales para la salud como el consumo excesivo de tabaco y alcohol, los patrones de alimentación inadecuados, el rechazo de tratamientos médicos, etc.

La segunda vía está en relación con los procesos fisiológicos que desencadena. De esta forma, el estrés crónico puede hacerle susceptible a la enfermedad debido a sus efectos en el sistema inmunológico.

Si bien todas estas relaciones pueden presumirse con cierto fundamento, también es de reconocerse la imposibilidad de probar que el estrés es causante de cáncer, debido en parte a la inexactitud con que dicho estado emocional ha sido definido en una ciencia con un afán extremadamente positivista. No obstante, la investigación con infrahumanos también ha provisto de importantes avances en la comprobación de tales relaciones.

En un estudio clásico, Selye (1946, cit. en Rosch, 1993) experimentó en sujetos infrahumanos con diversas clases de estresores, observando una respuesta no específica a cualquier estresor a la que llamó síndrome general de adaptación. Éste se compone de tres etapas: una reacción de alarma inicial, una etapa de resistencia y finalmente una etapa de agotamiento.

Las autopsias realizadas a los animales revelaron cambios patológicos similares a los de pacientes con artritis reumatoide, úlcera péptica, hipertensión y necrosis miocárdica. Este hecho, llevó a presuponer que el desarrollo de células cancerosas puede deberse a esta reacción al estrés agudo como defensa del organismo. Asimismo, a través de la investigación se ha observado una menor incidencia de cáncer en las especies filogenéticamente inferiores.

A este respecto, no se debe perder de vista que la capacidad del ser humano de anticiparse a los sucesos reales a través de la cognición hace que se enfrente a situaciones de alto estrés emocional, que pueden ejercer mayores efectos que el estrés físico. Este tipo de estrés puede provocar respuestas que contribuyan al cáncer y otros trastornos a través de la generación de estados depresivos, con la consecuente disminución de la capacidad inmunológica.

No obstante, la relación entre el estrés y los procesos de salud-enfermedad no debe entenderse en un sentido lineal, puesto que el estrés que un individuo pueda experimentar se encuentra relacionado igualmente con el ambiente en el cual se desenvuelve y del cual forma parte.

Por ello se hace necesario apelar a la importancia de una red social benéfica, que no sólo le ayude a evitar situaciones conflictivas, sino que le provea de las habilidades y el soporte necesario para hacerles frente cuando se presenten, contribuyendo así a una mejor calidad de vida.

Esto manifiesta como fundamental poner atención hacia estos aspectos tan descuidados en la investigación sobre el cáncer, que han sido minimizados en comparación con los agentes externos como causantes de esta enfermedad.

2.3.2 Depresión

La vinculación de los estados afectivos, particularmente la depresión, con el desencadenamiento de cáncer ha sido un área de importantes estudios. Arbizu (2000) señala que la presencia de altos niveles de depresión, sentimientos de indefensión y pesimismo han sido asociados como predisponentes de cáncer.

Menassa (1993), Moro (1993) y Rosch (1993) comentan que la relación entre cáncer y depresión no es una idea nueva, pues ésta se remonta a los orígenes de la ciencia médica, cuando Galeno sostenía que las mujeres melancólicas eran más propensas a contraer cáncer que las de temperamento sanguíneo.

En la actualidad, una de las principales líneas de investigación a este respecto ha consistido en la correlación entre los cuadros depresivos y una baja en el sistema inmunológico, lo cual facilitaría la aparición de una neoplasia y su crecimiento.

La explicación propuesta, implica una importante vivencia de estrés en la vida de los individuos, la cual puede llegar a producir desde sintomatologías temporales hasta manifestaciones graves de tipo depresivo. Este proceso tiene como consecuente un efecto supresor a nivel neuroinmunológico, favoreciendo el desencadenamiento y la progresión de la enfermedad.

En este sentido, es necesario precisar que una importante vertiente en el origen de la depresión viene dada por los estilos de interacción del individuo con su entorno, de manera que ésta no debe considerarse únicamente en un sentido fisiológico, sino también en un sentido ecológico, social y emocional, como un importante factor que incide en diversos niveles de la vida de una persona.

Asimismo, es importante considerar el período previo al trastorno como una fuente importante de estrés que posibilita la generación de estados depresivos. Debe considerarse que un diagnóstico de cáncer no aparece repentinamente, sino que va precedido de una etapa de incertidumbre y malestar.

En este sentido Bieliauskas y Garrón (1987, cit. en Luchina, 1995) consideran de mayor importancia la depresión premórbida que el episodio puntual relacionado con el diagnóstico de la enfermedad, encontrando una fuerte persistencia de síntomas depresivos leves (asociados o equiparados con estrés crónico) afines al desarrollo de la enfermedad.

Menassa (1993) señala que la reacción de cada sujeto ante la noticia o la sospecha de cáncer estarán sobredeterminadas por la forma en que ha enfrentado otras situaciones críticas de su historia. Algunos pacientes, cuando deducen o

sospechan su diagnóstico, entran en una situación de total parálisis en su iniciativa, equivalente a una situación depresiva y presentan un fenómeno de despersonalización, o sea, de extrañamiento frente a sí mismo.

Esta situación, bien puede estar relacionada con la presentación de cuadros depresivos en el momento del diagnóstico, y por ende, con la idea de que la depresión es causante del cáncer o es una característica inherente a la enfermedad.

Referente a esta creencia, Bieliauskas (1993) considera que no existe suficiente evidencia para suponer que la depresión sea una afección característica en todos los pacientes de cáncer, aún cuando existan estudios que relacionan las depresiones pre-mórbidas con el aumento del riesgo en la morbilidad y/o mortalidad por cáncer.

Este autor argumenta que el concepto *depresión* ha variado de un estudio a otro, así como los grados de ésta que se consideran, por lo cual señala la conveniencia de considerar en los estudios con pacientes de cáncer a la depresión como una variable continua, más que como una condición patológica que se presenta o no.

Asimismo, considera que en aquellos estudios que relacionan a la depresión pre-mórbida con el riesgo de cáncer o el desarrollo de éste, se ha identificado un estado de aflicción crónica con características de depresión, pero que no puede ser catalogado estrictamente como tal. Este estado de aflicción, es la manifestación de un estilo ineficiente de hacer frente a los estresores.

De tal forma, la clave de la relación entre estrés y depresión en el cáncer sería un estilo insuficiente para resolver los problemas, considerando que las mediciones de la depresión y el estrés en los estudios con pacientes afectados de cáncer, son probablemente medidas de un estilo pobre para enfrentarse a los conflictos.

Por otra parte, Moro (1993) y Luchina (1995), han señalado que la influencia de los estados depresivos sería mayor en el transcurso de la enfermedad que en su origen, considerando que si bien es un factor que puede predisponer al individuo al desarrollo del padecimiento, no representa el principal

factor. Por ello señala la importancia de las vinculaciones y relaciones interpersonales, las cuales pueden fungir como amortiguadores del impacto de situaciones de estrés, tan comunes a lo largo de un padecimiento crónico.

A este respecto, Luchina (1995) señala que se ha encontrado que aquellos pacientes con un mayor número de relaciones sociales amistosas, que brindan un soporte social al enfermo, se correlacionan con una evolución positiva del trastorno, o al menos con un mayor tiempo de sobrevida.

Arbizu (2000) señala la importancia del apoyo social como predictor del estado de salud y mortalidad, así como de la adaptación a acontecimientos estresantes, ya que las personas que tienen pocos o escasos lazos sociales presentan menor frecuencia de conductas preventivas, llegan con un nivel más avanzado de la enfermedad, presentan menos adherencia al tratamiento y el impacto de la enfermedad es mucho más estresante.

2.3.3 Ansiedad.

Otro de los estados emocionales frecuentemente encontrados entre los pacientes con cáncer es la ansiedad o angustia. Según Diez (1992) la ansiedad es un fenómeno humano normal, el cual se vuelve patológico cuando afecta el bienestar general o la eficacia personal. Uriarte (1998) considera a dicho estado emocional como una agrupación de manifestaciones físicas y mentales, cuyas dos funciones primordiales son: ser un mecanismo de adaptación y mantener al sujeto alerta ante situaciones de peligro.

Diez (1992) señala cuatro características clínicas de la ansiedad: 1) Generales: actitud y comportamientos aprehensivos y tensos, aumento de la tensión muscular, dificultad para relajarse, etc.; 2) Vivencia subjetiva: preocupación excesiva por el evento generador de ansiedad, lenguaje apresurado y tartamudeos, todo esto en función de cómo lo percibe la persona; 3) Concomitantes corporales: alteraciones del sistema muscular, del sistema neurovegetativo y del control nervioso autónomo de las funciones de diversos

órganos y sistemas; y 4) la emoción: resultante de la interacción de la respuesta fisiológica y una recepción sensorial apropiada.

En general se considera a la ansiedad como resultado de la incapacidad de adaptación, siendo una respuesta anormalmente alta, pero de igual manera se considera que la ansiedad provoca esta desadaptación. Asimismo la ansiedad puede ser tanto causante de diversos trastornos o un factor que contribuya a su agravamiento, como un consecuente de los mismos.

En este sentido, el ya señalado período previo a la notificación del diagnóstico puede ser una importante fuente generadora de ansiedad, que pueda desencadenar en un trastorno ansiógeno severo, al ser exacerbado por el avance de la enfermedad y las dificultades que conlleva, y que tanto el paciente como su familia deben enfrentar.

Por ello, la ansiedad ha recibido mucha mayor atención en cuanto a su papel en el desarrollo del padecimiento que en cuanto a su etiología, principalmente en relación con la comunicación del diagnóstico y afrontamiento de la enfermedad, dada la exagerada carga social del cáncer, que se hace manifiesta en la fuerte connotación de dolor y muerte que le acompaña.

Así, Barraclough (1999) considera que la ansiedad puede afectar el pronóstico de la enfermedad cuando es elevada, puesto que puede incrementarse o convertirse en hipocondría, obstruyendo o alterando el tratamiento. Sin embargo, tampoco se puede ignorar que el tratamiento médico en sí, también es una posible fuente de ansiedad (Valderrama, Carbellido y Domínguez, 1995).

Es importante resaltar que la ansiedad también puede ser causada por el entorno del enfermo, siendo lo más inmediato las relaciones familiares. Por este motivo, Diez (1992), Morales (1998) y Rolland (2000) consideran que la familia puede convertirse en un factor que obstaculice o favorezca la creación de ansiedad, por lo cual debe potenciarse su papel en un sentido benéfico para el paciente, brindándole un adecuado soporte social y fomentando la expresión de sentimientos.

Cabe señalar que los estados emocionales implicados en muchos trastornos de salud, entre ellos el cáncer, son causados por conflictos irresueltos

durante los cuales el paciente experimenta emociones fuertes, inhibiendo todas las demostraciones conductuales que serían normales en tales situaciones conflictivas. Así, viven un estado emocional no expresado o expresado inadecuadamente, característica implicada frecuentemente en los estudios psicosomáticos sobre el cáncer.

No obstante, se debe poner en claro la imposibilidad de relacionar el cáncer con la inhibición de un estado emocional específico, pues incluso las distinciones entre ellos resultan en ocasiones poco claras. En los diversos estudios con pacientes diagnosticados de cáncer se ha encontrado en la mayoría de los casos estados de ansiedad y depresión combinados. Así mismo, según Diez (1992), tanto la ansiedad como el miedo, no son sino estados crónicos de estrés. Lo cual clarifica la vía por la cual los trastornos de ansiedad pueden relacionarse con el cáncer.

En este sentido, es importante recalcar que el presente trabajo no concibe al estrés, la depresión y la ansiedad como causas del padecimiento en un sentido lineal, sino como elementos que interactúan de una manera compleja entre sí y con éste, y que son resultantes de otras múltiples condiciones, entre ellas, la carencia de una red social benéfica y el soporte que ésta brinda.

Esto quiere decir, que estos estados pueden ser causas o consecuencias de otros factores más complejos relacionados con la enfermedad, por lo cual no se debe caer en la búsqueda de relaciones causa-efecto, sino implicarles en una potenciación benéfica de la red que permita un estado de bienestar general. Esto será incompatible con la generación constante de estados emocionales negativos, que puedan llegar a convertirse en procesos patológicos que alteren el estado de salud y equilibrio del individuo y su entorno.

CAPÍTULO 3.

ASPECTOS PSICOLÓGICOS EN LA EVOLUCIÓN DEL CÁNCER

Las enfermedades crónico-degenerativas no deben considerarse como padecimientos estáticos, puesto que éstas desarrollan diferente sintomatología a medida que su curso avanza. Este carácter progresivo conlleva afectaciones somáticas resultantes del padecimiento, como dolor, disnea, malformación, etc., o del tratamiento, como alopecia, náuseas, amputación, etc., que pueden crear de manera directa o indirecta desadaptación en los campos de acción de los individuos.

Dichas afecciones traen consigo alteraciones emocionales en el enfermo, aunque cabe aclarar que tales perturbaciones no dependen exclusivamente de la progresión del mal, sino que son consecuencias de las nuevas formas de interacción de la persona, resultantes de las propias complicaciones.

Debido a esta transformación de la sintomatología en el transcurso de la enfermedad y las implicaciones que esto tiene en la vida del paciente, Rolland (2000) ha propuesto un modelo explicativo de la serie de etapas por las que cursa el padecimiento crónico, fases que se exponen en el presente capítulo.

3.1 Etapas de evolución de la enfermedad.

En el curso de un padecimiento crónico como el cáncer, el surgimiento de nuevas sintomatologías y el agravamiento de los síntomas ya presentes, puede darse de manera más frecuente o en mayor magnitud, como producto de la degradación del sistema inmune y de las estructuras orgánicas que se vean afectadas. Esta situación, implica claramente un cambio constante en la vida del paciente enfrentado a un cáncer.

Tal cambio, no se circunscribe únicamente a las modificaciones de orden fisiológico, derivadas del avance tumoral y de los métodos resolutivos empleados

(fármacos, cirugía, radio o quimioterapia.), sino también y en gran medida a las alteraciones de tipo de tipo psicosocial en las diferentes esferas en que se desenvuelven los individuos.

De acuerdo con Urquidi, Montiel y Gálvez (1999) y Buela y Moreno (2000), históricamente, el estudio de los padecimientos crónico-degenerativos se ha restringido prácticamente a los aspectos de corte biomédico, en particular al desarrollo de métodos de diagnóstico más precisos y precoces y formas de curación y control de la sintomatología, prestando poca importancia a otros aspectos relevantes de la enfermedad como son los aspectos psicosociales, aún cuando Diez (1992), Bieliauskas (1993), Luchina (1995), Cruzado y De la Puente (1997) y Arbizu (2000) han reconocido la importancia de éstos en el surgimiento, el desarrollo y la rehabilitación en cualquier padecimiento. Sin embargo, en las últimas décadas han surgido nuevos modelos que intentan subsanar estos huecos en la comprensión del proceso de enfermedad.

Rolland (2000) propone un modelo en el que plasma tres fases temporales por las cuales cursa la enfermedad. (Fig. 1).

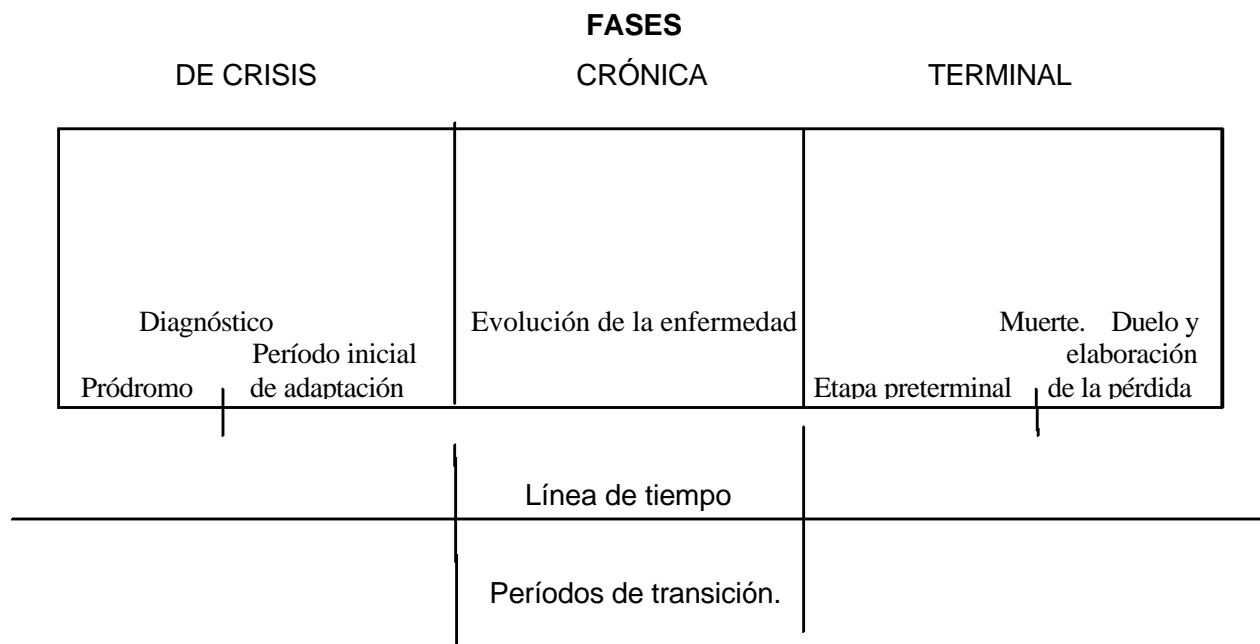


Figura 1. Fases de la enfermedad.

Fuente: Rolland (2000). "Las fases temporales de la enfermedad". Familias, enfermedad y discapacidad. (Pág. 72). Barcelona: Gedisa.

Este modelo, surge en respuesta a las concepciones estáticas del padecimiento, las cuales pierden de vista o desdeñan el carácter dinámico de la enfermedad en el transcurso del tiempo. Las etapas que componen dicho modelo son: 1) fase de crisis. 2) fase crónica. 3) fase terminal.

Fase de crisis. Generalmente comienza con un período sintomático anterior al diagnóstico efectivo, lo que provoca que la persona se de cuenta de las alteraciones en su organismo y acuda al médico a una consulta de rutina. Dicha fase incluye el período en donde se llevan a cabo las pruebas de detección y la notificación de un diagnóstico positivo. Dicho informe marca el inicio de la readaptación y la primer forma de afrontamiento al problema, así como un plan inicial de tratamiento. Este período está caracterizado por una angustiosa vulnerabilidad e incertidumbre que se presenta en el enfermo y sus familiares.

Fase crónica. Esta etapa está comprendida entre la fase de crisis y la fase terminal, siendo un período que suele caracterizarse por la constancia, la progresión o el cambio episódico de las manifestaciones del padecimiento. El carácter dinámico no solamente se refiere al comportamiento biológico del cáncer, sino a la convivencia que tienen la persona, la familia, el cuerpo de salud y la enfermedad. Esta interacción determinará, en cada una de las partes involucradas, las formas de afrontamiento, el nivel de adaptación, el tipo de conflictos y la resolución de los mismos.

Dicha fase no tiene una duración específica, ya que puede durar años en el caso de una enfermedad diagnosticada de manera temprana o con períodos de estabilidad prolongados producto de un control certero; o ser casi inexistente, como en el caso de una detección del mal en etapas avanzadas, o en una enfermedad de comienzo agudo y rápida evolución, en la que la fase de crisis va seguida casi inmediatamente de la fase terminal.

Fase terminal. Incluye la etapa preterminal de la enfermedad, en la que ante el fracaso de los procedimientos curativos la inevitabilidad de la muerte se hace visible y los sentimientos atribuidos a ello dominan los momentos de vida del enfermo. En ella están comprendidos los períodos de duelo, congoja y elaboración de la pérdida o resignación por parte de la persona y la familia.

Cada una de estas etapas comprende una serie de características sintomáticas, psicológicas y sociales particulares, que plantean una serie de demandas que exigen su satisfacción, tanto por parte del individuo enfermo, como de su entorno familiar y social, y el equipo de salud, siendo la relación entre éstos y la enfermedad lo que genera las exigencias y el cumplimiento de las mismas.

Las fases temporales de la enfermedad están ligadas por períodos críticos que marcan la transición a la etapa posterior. Rolland (2000) cataloga de vital importancia a dichos períodos de conjunción al referirlos como la totalidad de cambios que tienen cita a lo largo del desarrollo de una fase de la enfermedad, y al marcar la pauta de una nueva readaptación individual y familiar a la siguiente etapa. En este sentido resulta crucial el cumplimiento de los requerimientos de la etapa previa para poder satisfacer efectivamente las nuevas tareas planteadas.

3.2 Impacto del diagnóstico.

La notificación del diagnóstico de cáncer significa el rompimiento del equilibrio en la vida del individuo. El impacto emocional que produce el informe de la afectación causa un fuerte estado de tensión en el paciente aún cuando el pronóstico de la situación sea alentador y se visualicen probabilidades de curación.

Aún cuando diversos autores (Tubiana, 1991; González y cols., 1992; Bayés 1993; Belcher, 1995; Cairns, 1995) mencionan la importancia de un diagnóstico precoz del cáncer a la hora de visualizar las posibilidades de una total curación, Morales (1998) señala que sólo algunos tipos de cáncer diagnosticados prematuramente cuentan con verdaderas posibilidades de curación. Esta situación ha ayudado, según Menassa (1993), a que dicha enfermedad siga ostentando una connotación fatalista, catastrófica y poco esperanzadora para la persona que la padece y su entorno cercano.

El estado de tensión no es sólo consecuente de la notificación, sino que se va construyendo desde el inicio del cuadro sintomático que origina la consulta médica. De acuerdo con Brannon, y Feist (2001), las interacciones con el sistema

sanitario tienden a privar a la persona de su percepción de competencia y control, con la consecuente amenaza a la autoestima que el paciente debe afrontar en el surgimiento y el desarrollo de la enfermedad.

Morales (1998), Rolland (2000), Brannon y Feist (2001) y García, Martínez y Cáceres (2001) coinciden en la idea de que el estado de vulnerabilidad y la sensación de pérdida de control sobre acontecimientos futuros generan en la persona la movilización de los recursos personales en busca de restablecer el control de la situación. No obstante, cuando los sucesos son tan extremos, perturbadores e inesperados, los patrones de afrontamiento resultan inadecuados o insuficientes, lo que provoca un exacerbado sentimiento de ansiedad, temor y estrés.

Aún cuando no existen formas universales de respuesta por parte del individuo, muchas investigaciones muestran la existencia de ciertas reacciones subsecuentes al diagnóstico como idealización, descreimiento, negación, enojo, pensamientos de pánico, tristeza, coraje, ira, decepción, impotencia, resentimiento, aislamiento, miedo a morir, estrés, ansiedad y depresión, siendo estos tres últimos los más reconocidos por los investigadores. Aunque esto no quiere decir que sea regla general su existencia y manifestación en todos los enfermos neoplásicos.

García y cols. (2001) comentan algunas investigaciones que concluyen que ante el diagnóstico de cáncer la reacción psicológica inicial es la ansiedad, ya que el individuo experimenta una compleja sensación de amenaza, que siempre está relacionada al dolor, la incapacidad y la muerte. Otra de las respuestas típicas que suelen experimentar los pacientes es la depresión, aunque la manifestación de este síntoma aparece de forma más tardía, en virtud de que debe transcurrir un tiempo para que el individuo comprenda las implicaciones de su condición de enfermo. Montiel, Urquidi y Gálvez (1999) concluyen en su trabajo que estas emociones presentadas como rasgo fomentan una mejor forma de afrontamiento que cuando se manifiestan como estado.

En este sentido no se puede concebir a dichas reacciones como un consecuente lógico de la notificación o del propio padecimiento, siendo que la

aparición de éstas está relacionada con la interpretación que la persona haga del evento, percepción que está influenciada por una serie de factores adheridos e indisolubles al individuo, pero de ninguna forma inmutables.

A este respecto, Torrico, Santín, López, y Andrés (2002) consideran que la concepción adecuada y el conocimiento objetivo y real que de la enfermedad neoplásica tenga la persona es un buen predictor de las reacciones ante el diagnóstico. Del mismo modo, Morales (1998) argumenta que una mayor autoestima y un *locus* de control interno favorecen un mejor ajuste a las nuevas condiciones que emanan del desarrollo de la enfermedad.

En tanto, Brannon y Feist (2001) refieren que el impacto del diagnóstico deriva de la correlación entre gravedad de los síntomas, las características del tratamiento y el grado de interferencia de la enfermedad en la vida del paciente. Por su parte, Menassa (1993), al igual que Ferrero, Toledo y Barreto (1995) ponen el énfasis en la importancia de la interpretación del diagnóstico, mencionando que la respuesta psicológica va en función no tanto de la gravedad del proceso canceroso, sino en relación con la personalidad premórbida.

Kubler Ross (1969, cit. en Morales, 1998) y Luchina (1995), describen la respuesta al comunicado de enfermedad como un proceso en el que las reacciones emocionales se van transformando a través de una línea general de evolución. Aunque debe señalarse, que esta serie de etapas se ven trastocadas por las particularidades del individuo.

Dicha serie comienza con una etapa de negación, que gradualmente se va modificando apareciendo pensamientos y emociones como miedo, pena, ira, ansiedad, depresión, ideas de suicidio, aislamiento y confusión, tras la cual viene la calma, la aceptación y la resignación. Cabe resaltar que las fronteras entre las diferentes etapas no son rígidas y que no existe un orden estricto en su presentación, así como también es posible el retroceso en el proceso y estancamiento en alguna de las etapas, lo cual se muestra de vital importancia al representar un obstáculo en consecución de formas salubres de afrontamiento a la nueva situación en donde está inmerso el individuo.

Características como la forma de comienzo, dada por la detección en etapas tempranas o avanzadas de la enfermedad; las probabilidades de curación o reducción en la expectativa de vida; el tipo de incapacidad resultante del padecimiento, ya sea cognitiva, motora, funcional, etc.; el grado de ésta; tipos, naturaleza y costos de los tratamientos; personalidad del enfermo; nivel de conocimientos sobre la enfermedad; creencias en torno a la génesis y construcción del padecimiento; severidad y presentación de los síntomas de la enfermedad; experiencia previa con el cáncer, ya sea por la interacción con personas con el mismo mal, reincidencia de la enfermedad u otra situación; interactúan entre sí de manera compleja determinando la(s) forma(s) de respuesta de la persona y su familia.

La enfermedad plantea una crisis no sólo para las personas que la padecen sino también para sus familiares. García y cols. (2001) señalan que las distorsiones cognitivas y creencias irracionales producto del diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad no son exclusivas del paciente, sino que se extienden a los familiares del enfermo, permeando sus formas de respuesta ante la nueva situación.

Lo que cobra mayor importancia en tanto a la reacción al diagnóstico por parte del individuo y su familia es el hecho de que las formas resultantes de éste marcarán el matiz de la relación que guarden el enfermo, la familia, el padecimiento y el cuerpo de salud a lo largo del proceso de la enfermedad.

3.3 Las alteraciones funcionales y la familia.

El paso a la fase crónica de la enfermedad supone una serie de cambios constantes, exigidos no solamente por el desarrollo biológico del cáncer, sino por las condiciones que involucran la convivencia entre el enfermo, la familia, el tratamiento, el cuerpo de salud, el padecimiento y el estilo de vida resultante de las interacciones entre los factores anteriores. Es decir, es un constructo social que guarda una dinámica compleja y cuya evolución no puede definirse en referencia a un cambio meramente fisiológico.

Desde su comienzo, una enfermedad crónica en cualquier miembro de la familia cuestiona la capacidad de afrontamiento de todos sus integrantes ante las nuevas demandas que plantea. La manifestación del padecimiento presenta una crisis en la vida de las personas enfermas y de su entorno, que suele exceder la mera adaptación a la enfermedad. Las dificultades económicas, los cambios en la autoimagen personal y familiar, la afección a las relaciones interpersonales del enfermo y de la familia, son ejemplos de las complicaciones de orden social derivadas de su propia interacción.

Con la aparición de la enfermedad y con el desarrollo de la misma el paciente presenta múltiples pérdidas, en cuya lista se puede citar en primera instancia a la salud. Posteriormente con el deterioro del organismo producto del avance del cáncer la persona experimentará la pérdida de sus funciones, la de roles o responsabilidades y la extinción de sus aspiraciones al considerar la posibilidad inminente de la reducción del período de vida.

Brannon y Feist (2001) argumentan que el total de integrantes de la familia experimentan pérdidas análogas a las del individuo producto de la exigida reestructuración del sistema familiar ante las nuevas circunstancias. Esta modificación en los estilos de vida de la familia somete a todos sus integrantes a una reformulación de tareas que no siempre es bien aceptada y que en sumas ocasiones representan acciones de difícil adaptación.

Biegel, Sales y Schulz, (1991, cit. en Stefani, Seidmann, Pano, Acrich y Bail, 2003) consideran que convivir y cuidar a un familiar enfermo es una situación estresante ya que se deben afrontar sus constantes y cambiantes necesidades. Entender a la enfermedad crónica desde el modelo del déficit, centrándose en la disfunción familiar y culpando a la familia del padecimiento, no permitirá la consideración y el reconocimiento de la afectación a personas que interactúan con la persona enferma, dado que la atención se centra solamente en el individuo que lo ostenta. En este sentido, Pelechano (1999) arguye que la inserción de la enfermedad al núcleo familiar representa cambios en su estructura y en su dinámica, y que los problemas derivados de ellos no han sido resueltos aún, a pesar de la vasta investigación que han originado.

La aparición del padecimiento permea y altera el ciclo de vida de los integrantes de la familia inhibiendo el desarrollo y el cambio, subordinando así las necesidades de la familia a las de la enfermedad o del miembro enfermo. Las necesidades de los integrantes de la familia pueden ser suprimidas, lo cual posiblemente cause frustración y resentimiento.

En este sentido, Morales (1998) considera que a lo largo de la enfermedad cada integrante de la familia no solamente convive con sus sentimientos sino también con los del resto, incluyendo al enfermo, lo que provoca un estado de mayor vulnerabilidad ante los períodos de crisis. Sobrellevar conductas disruptivas, encarar situaciones de retracción de la libertad y la pérdida de un estilo de vida anterior ejemplifican situaciones de interacción familiar que pueden derivar en conflictos inter e intra personales.

De igual manera, Rolland (1994, cit. en Stefani y cols., 2003) considera que las modificaciones al interior del núcleo familiar son susceptibles de crear sentimientos perturbadores en todos sus miembros, como fracaso, incertidumbre, ansiedad, autoreproche, culpa, etc., lo que hace peligrar una autoimagen satisfactoria y de sostén de la identidad familiar.

Dado que la enfermedad crónica puede ocurrir en cualquier momento del ciclo vital de la persona y de la familia, a la crisis generada por la enfermedad se le deben sumar las generadas por el propio desarrollo. De tal manera, situaciones como la adolescencia, la menopausia, el nido vacío, cesantía de vida laboral, etc., son elementos que se suman a la enfermedad física, y representan factores particulares de influencia recíproca.

Puesto que el desarrollo de una enfermedad crónica es análogo al desarrollo de la persona y la familia, el tipo de relación que se guarde entre sí estará definido en gran parte por la interfase entre la enfermedad y el ciclo de vida de la familia. Es decir, por las complicaciones y demandas derivadas de la enfermedad, como la dependencia, pérdida de roles y responsabilidades, demanda de atención, etc., y por las tareas relacionadas al ciclo vital que han sido interrumpidas, entre las cuales están la elección de pareja, desarrollo profesional o académico, nupcias, nacimiento de un hijo, etc.

Tratando de ilustrar lo anterior se retomarán los comentarios de Brannon y Feist (2001), quienes describen algunas situaciones familiares y personales derivadas de la intromisión de la enfermedad. Aunque se debe señalar que dichos conflictos no son consecuentes lógicos y directos del padecimiento, sino que son posibilidades dentro del cúmulo de problemáticas que pudieran presentarse.

Dichos autores consideran que en el caso de los adultos, la adquisición de una enfermedad como el cáncer puede generar una redefinición de la identidad. Esto se debe al carácter progresivo de la enfermedad, pues con la llegada de la incapacidad en el miembro enfermo, ya sea a consecuencia del tratamiento o de la enfermedad, se hace necesaria una reestructuración de roles en la familia, los cuales en muchas ocasiones imposibilitan al paciente para el cumplimiento de actividades anteriormente cotidianas: vida laboral, sexual, extra familiar, etc.

Mientras tanto, para los niños que presentan el trastorno éste puede constituir un factor importante de influencia en la formación de la identidad. El infante enfermo de cáncer en muchas ocasiones ve interrumpida las actividades diarias producto de las visitas y tratamientos médicos, así como por los períodos de hospitalización requeridos. De esta manera su vida da un giro diametralmente opuesto, sometiéndolo a un nuevo estilo de vida que muy posiblemente lo excluye de la realización de acciones comunes a su edad: juegos, actividades recreativas, académicas, etc.

De igual forma, los cambios que experimentan los enfermos de cáncer pueden generar problemas con los otros. Por ejemplo: en el caso de los padres, como una parte más del rol de enfermo, éstos pueden perder autoridad, o bien, pueden pasar por alto el mal comportamiento de sus hijos a causa de su enfermedad. Los hijos pueden no consultar al padre ante cualquier inquietud para no preocuparle, aumentando más el aislamiento.

Aún cuando se ha hablado de que no existen problemas en abstracto en torno a la interacción de los factores implicados, existen condiciones que suelen presentarse en la mayoría de los casos y que es importante considerar, dado que juegan un papel relevante en torno a la enfermedad. Uno de los efectos consecuentes a los que se hace referencia es la retracción de la red social por

parte del enfermo y de los familiares, principalmente de aquellos que se involucran de manera más significativa en el cuidado de éste.

De esta manera el mantenimiento de relaciones interpersonales se presentan como un reto para el enfermo y las personas que lo cuidan, ya que ante el surgimiento de la enfermedad sus comportamientos y sus expectativas suelen cambiar significativamente. Esta modificación se debe en buena parte al papel que se le otorga y que asume el enfermo, situación que altera las actividades intra y extra familiares.

Sluzki (1998) sostiene que existe una relación recíproca entre la red social y la salud de la persona. Esta doble acción permite perfilar dos vías de influencia: 1) círculos virtuosos en donde la presencia de una red substancial protege la salud del individuo y ésta mantiene a su vez la red social. 2) círculos viciosos en los que la presencia de la enfermedad, o cualquier déficit derivado de ésta, afectará a la red (frecuentemente con mayor intensidad a la red que va más allá de la familia nuclear) lo que impactará negativamente la salud de la persona y del grupo íntimo de manera cíclica.

Stefani y cols. (2003) argumentan que el aislamiento y la soledad consecuentes a la modificación o la posible disolución parcial o total de la red no solamente favorecen la aparición de enfermedades sino la posible reincidencia de las mismas. Lo cual muestra que existe una convergencia de opinión entre los diversos autores ante la conjetura de que la retracción de la red social de las personas involucradas en el padecimiento cobra suma importancia en todo el proceso de desarrollo personal y de la enfermedad.

Aún cuando las familias estén compuestas por varios integrantes, el cuidado del enfermo recae en mucho de los casos en un solo individuo, situación que no suele cambiar en el transcurso del tiempo. Hernández y González (1999) y Robles y Mercado (2003) han enfatizado la cuestión de género como un factor importante que matiza la interacción con el proceso de la enfermedad, argumentando que la composición de la red del enfermo depende y está sujeta al sexo de éste. Dentro de su investigación encontraron que en el 70 % de los casos los enfermos varones reciben el cuidado de alguna mujer siendo principalmente la

esposa y las hijas mayores la principal fuente de apoyo; mientras que en el caso de las féminas enfermas, éstas reciben la atención de un hombre en casi el 50% y de otra mujer en más del 30% de los casos. Esto probablemente se deba a que los varones se involucran por diferentes vías, como el brindar apoyo instrumental, previendo y resolviendo el factor financiero.

En esta misma línea Stefani y cols. (2003) encontraron que aún cuando las mujeres suelen ser quienes cuidan de los enfermos, existen diferencias entre hijas y madres en cuanto a la forma de afrontamiento y el nivel en el que se involucran en el cuidado, esto debido a la discrepancia entre las prescripciones sociales atribuidas al rol maternal y el rol filial.

Estas investigaciones muestran la relevancia que tiene el rol genérico en la interacción de los factores implicados en el proceso de la enfermedad, puesto que es claro que gracias a la tipificación social adherida a cada rol, cada integrante de la familia se involucra de diferente manera, influenciando la dinámica que guardan la familia, el enfermo y la enfermedad.

Ahora bien, se debe aclarar que a la convivencia entre los integrantes de la familia y la enfermedad debe sumarse la naturaleza, las características y las exigencias que incluye el tratamiento, así mismo, las interacciones con las personas del cuerpo de salud son factores que sin duda alguna vienen a representar en cada uno fuentes de estrés, ansiedad y apoyo, influenciando la dinámica familiar preexistente.

De manera que no se puede desdeñar o soslayar la importancia que conllevan estas particularidades que definen el tipo de interacción y la dinámica de la familia. Su consideración se hace indispensable a la hora de intentar dar solución a las diferentes necesidades de cada una de las problemáticas generadas. Del mismo modo los matices de las interacciones entre los diferentes factores implicados definirán los conflictos consecuentes de la misma.

De este modo las dificultades que enfrenten las personas a nivel intra e interpersonal tendrá influencia en cada una de las demás, propiciando períodos de crisis, y a la vez, derivando en estados emocionales como el estrés, la ansiedad y la depresión que tienen efectos deletéreos en el organismo, pero que también

influyen en el comportamiento que tiene la persona hacia el cuidado y control de su enfermedad.

3.4 El cuerpo de salud y el tratamiento.

La práctica profesional en el área de la salud no es tarea fácil ni cómoda. El constante contacto con la enfermedad, el dolor y la muerte requiere por parte de los diferentes profesionales de la salud un esfuerzo emocional, intelectual y un singular estilo de vida derivado de las propias exigencias profesionales. Esta situación matiza las interacciones del profesional con sus iguales, con su práctica, con las personas atendidas y demás grupos sociales con los que guarde contacto.

Por lo tanto es conveniente entender el proceso de construcción del profesional de la salud para dar cuenta de la relevancia que guarda éste en la interacción enfermo, familia y el padecimiento. Así como en la optimización de recursos y en la elaboración de programas y propuestas de intervención, rehabilitación y prevención. De esta manera cobran importancia factores como la personalidad, la formación académica, las singularidades de la práctica, de los contextos de acción y de condiciones ergonómicas del trabajo influyentes en la *praxis* sanitaria.

Desde su formación hasta el ejercicio de la práctica profesional el personal del cuerpo de salud está sometido a diversos factores que actúan sobre él mediante una compleja interacción, entre ellos, características personales: personalidad, intereses, actitudes, expectativas, necesidades, experiencia, etc. y las condiciones específicas en las que se lleva a cabo la actividad profesional: atención primaria, unidad de urgencias médicas, unidad de cuidados intensivos, etc.

Esta relación suele ser valorada frecuentemente como adversa, cuando las demandas de las circunstancias sobrepasan los recursos y estrategias del individuo para hacerles frente. Esta interpretación, objetiva o no, precipita la aparición de los efectos del estrés en sus diferentes niveles: somático, a través de los sistemas neurovegetativo, endocrino e inmunológico; psicológico, en el

funcionamiento cognitivo, conductual y emocional; y social, en las interacciones con los demás.

A esta situación en que las exigencias desbordan los alcances del individuo se le ha llamado de diversas formas: “la enfermedad de Tomás”, “el síndrome del quemado”, “el síndrome de la desmotivación”, “karoshi” o “el síndrome del Burnout”. Sin embargo, entre la multiplicidad de conceptos existe consenso sobre la génesis, las características, y los efectos que produce: pérdida de la automotivación, de la autoestima, desánimo general, anulación de expectativas, extenuación emocional, cinismo y pérdida de eficacia profesional.

Ante la gran diversidad de estímulos potencialmente estresantes Hernández, Gervás y Rodríguez (2003) clasifican dentro de dos categorías a los agentes causales del estrés, en donde la primera de ellas se refiere a los factores generales que afectan a cualquier profesional solamente que de manera distinta según el grado de responsabilidad, autonomía y formación. Estos factores pueden ser:

A) Intrínsecos: son los inherentes a la propia actividad sanitaria; se refieren sobre todo a la atención a los pacientes. Por ejemplo: enfrentar el dolor y la muerte, así como la notificación de ésta; afrontar la ansiedad y el miedo, propio y de los demás; lidiar con las dificultades producto de las lagunas e insuficiencias de la formación.

B) Extrínsecos: incluyen el conjunto de circunstancias que caracterizan el contexto laboral, organizativo, social e institucional. Por ejemplo: la organización del trabajo, las condiciones físicas del entorno de trabajo, el acoso moral y otras formas de violencia empresarial-institucional, la insuficiencia de recursos, la competencia entre profesionales, etc.

C) Asociados al rol profesional: dentro de este rubro se considera al estrés derivado de las discrepancias entre las expectativas, necesidades, las creencias, el papel otorgado al profesional y a su práctica, y los resultados obtenidos en el ejercicio profesional. Por ejemplo, cuando el profesional de la salud no es conciente de sus alcances y sus limitaciones en el campo de la enfermedad pueden aparecer sentimientos de insatisfacción.

La segunda categoría hace alusión a los factores específicos que afectan a cierto individuo o grupo. Según el ámbito: rural o urbano, en hospital o centro de salud; especialidad o área de trabajo: enfermera, médico general, internista, psiquiatría, etc.; rasgos de personalidad: obsesiva, flexible, insegura, etc.

El frecuente contacto con esta serie de factores pone a prueba la resistencia emocional del personal sanitario; que al ser insuficiente para amortiguar los efectos de las exigencias del trabajo lo predispone a los efectos del estrés con consecuencias personales, familiares y laborales, que lejos de ser campos independientes guardan una estrecha relación en la génesis de conflictos, pero a la vez de solución y prevención de los mismos.

Estas complicaciones pueden manifestarse en distintas formas, siendo la más notoria la incomunicación y la hostilidad en las relaciones que sostiene el individuo. Lo anterior muestra la importancia de reconocer la interconexión e influencia entre los diferentes contextos en los que está inmerso el profesional sanitario, comprendiendo que el estrés provocado en la labor profesional influye en la dinámica de los demás círculos y a la inversa.

Las repercusiones en el área laboral también están matizadas por la hostilidad hacia los demás compañeros propiciando un deterioro del ambiente del trabajo y una insatisfacción del mismo, generando conductas de evitación mediante la disminución de la actividad, el ausentismo, el abandono y la orientación de la profesión hacia tareas poco estresantes, aún cuando sean menos gratificantes.

Condiciones que se ven favorecidas por el alto índice de morbilidad psiquiátrica presente en los integrantes del cuerpo de salud. En este sentido algunos autores como Morales (1998), Wolfberg (2002) y Alonso (2003) reconocen que si bien la salud física de los profesionales de la salud es superior a la de la población en general, esta situación es sumamente contrastante a la salud mental en donde se muestran como un grupo más proclive a patologías en comparación con la población general.

Aún con el profundo reconocimiento de estas repercusiones, los médicos en particular, se rehúsan a otorgarle importancia a los factores psicológicos

implicados en su labor. Wolfberg (2002) menciona que los profesionales de la medicina no solamente tienden a disociar la mente del cuerpo en sus pacientes sino también en ellos mismos considerando un cuerpo sin emociones. Morales (1998) menciona que esta actitud de defensa que se ve reforzada por dos cosas. En primer lugar por la estructura social de las carreras médicas, en donde se concibe al médico como un individuo exento, o al menos con bajas posibilidades de enfermar. El segundo sustento de esta actitud es la competitividad inherente a la medicina hospitalaria.

Todo lo anterior juega un papel vital por dos razones:

1) Se ha reconocido que el complejo conjunto de interacciones entre los diversos factores de riesgo con los que diariamente convive el personal médico y paramédico supone una predisposición a la enfermedad, sin considerar a ésta solamente como los padecimientos somáticos, pero también como un desencadenante de comportamiento nocivos que favorecen a la aparición, desarrollo, exacerbación y cronificación de la misma.

2) La morbilidad del personal sanitario viene a ser un aditamento más en el complejo panorama del cáncer. Influyendo en el total de interacciones entre los factores implicados en el proceso, siendo el eje central de ello, las relaciones que guarde el cuerpo de salud con los usuarios.

Desde el diagnóstico de la enfermedad crónica, la familia no solamente sufre la inclusión de ésta al sistema, sino que también se incluye al médico y demás profesionales. No obstante, los contactos con el paciente y su familia varían acuerdo al nivel tecnológico de la atención requerida por la enfermedad. De manera que la participación de éstos de manera central dependería de la etapa y fase de la enfermedad, y del grado en que prevalezcan las necesidades tecnológicas. No obstante, la influencia de éstos en el enfermo, la familia y el desarrollo de la enfermedad está presente en todo el proceso.

Muchos de los grandes avances dentro de la medicina se deben al desarrollo de tecnología que permite la creación de métodos e instrumentos sofisticados, sin embargo, esto ha traído consigo el distanciamiento entre el médico y el enfermo. Otro de los factores que influye en este alejamiento, y que a

la vez es un efecto de éste, es la prohibición ética y profesional de comunicarse con los pacientes en el plano de camaradería y la amistad.

La comunicación impersonal y estereotipada, así como las actitudes de apatía y desinterés dentro de la consulta, es la forma en que se expresa la hostilidad generada por el estrés. En esta línea cobra importancia la consideración de las actitudes del médico dentro de la práctica y ante los usuarios. Brannon y Feist (2001) señalan que éstas pueden generar un clima hostil que obstaculizará el buen desempeño profesional y la cooperación del enfermo y la familia en el tratamiento, lo que puede generar frustración en el médico.

Las condiciones sociales, de infraestructura, políticas y económicas actuales de la prestación de servicios no permiten que se favorezca una relación entre el médico y el paciente basada en la vocación altruista y en las cualidades personales del clínico derivadas de antiguas actividades. El aniquilamiento de las interacciones afectivas disuelve las transferencias hacia el galeno que facilitaban los recursos de autocuración.

Varela (2003) considera que la relación entre el clínico y el paciente representaba una condición gratificante para ambos, por una parte el paciente encontraba un trato confortante que le generaba confianza, mientras que el profesional encontraba la satisfacción de la valoración de su trabajo y una serie de alicientes inter e intra personales. Condición que actualmente se ha erosionado gracias a la superespecialización y la complejidad diagnóstica.

Wolfberg (2002) complementa lo anterior argumentando, que si bien la falta de procesamiento subjetivo a deshumanizado al médico y despersonaliza al enfermo, también la sobrevinculación de ambas partes puede generar efectos similares a los de la sobrecarga emocional.

Aún cuando a lo largo del texto se han enumerado y descrito diferentes problemas derivados del quehacer de la profesión sanitaria, no se puede considerar que éstas solamente afectan a dicho personal y que las demás personas guardan cierta inmunidad a su influencia. De forma que, las características de los propios contextos de afección hacia los integrantes del cuerpo de salud también afectan a los enfermos usuarios de ellos.

Morales (1998) al igual que Hernández y cols. (2003) reconoce que las unidades de riesgo: sala de urgencias, unidad de cuidados intensivos, área de enfermos terminales, etc., presentan características específicas, tanto físicas como psicológicas, que las hacen altamente traumáticas tanto para los pacientes como para el personal de asistencia. La presencia de un ambiente impersonal, altamente tecnificado, el aislamiento, la iluminación permanente, la organización interna de las rutinas de la vida hospitalaria contribuyen a crear un ambiente de ansiedad que se extiende a los enfermos, la familia y los profesionales.

La ansiedad generada por las diferentes situaciones implicadas en la práctica curativa de la enfermedad, inunda y contagia a todos los individuos que intervienen. Así, la importancia de la relación médico-paciente no se debe acotar a las interacciones entre estas dos partes, sino que resulta ineludible la inclusión de los integrantes de la familia en ésta, dado que el sistema familiar juega un papel importante en el cuidado del enfermo a lo largo del desarrollo de la enfermedad. Esto es cierto sobre todo en los casos en los que el paciente ha perdido autonomía y capacidad de autocuidado, o en donde los procedimientos requieren participación y/o consentimiento de algún integrante.

La responsabilidad del cuidado del enfermo no sólo recae en los profesionales de la salud, ni tampoco es condición que incumba sólo a la familia. Rolland (2000) considera que existe una corresponsabilidad en ello, situación que puede ser fuente de gratificaciones para ambas partes, pero también es una oportunidad para que surjan diversas dificultades a lo largo de la convivencia.

Por ejemplo: es posible que entre la familia y los profesionales con los que comparte el cuidado existan discrepancias hacia la dimensión del problema, los tratamientos, las modificaciones al estilo de vida requeridos en pro de la curación o la prevención, etc. De igual manera es posible que el médico se sienta manipulado, instigado a emitir informes, propuestas de incapacidad laboral, o a intervenir en ámbitos ajenos al terapéutico frente a la familia, el trabajo o la justicia. Del mismo modo el galeno puede ser blanco de hostilidad por parte del enfermo y la familia ante la impotencia percibida (Hernández y cols. 2003).

Los ejemplos anteriores realzan los argumentos de Morales (1998) quien considera que la familia ostenta un papel sumamente importante dentro de todo el desarrollo de la enfermedad ya que puede favorecer u obstaculizar el manejo del paciente y su enfermedad. En este sentido se debe aclarar que no es la familia como grupo social quien produce las condiciones favorables o de obstáculo, sino que éstas devienen de las interacciones de las características del sistema familiar con las del enfermo, el propio padecimiento y los integrantes del cuerpo de salud.

La convivencia entre estos cuatro factores cuenta con un punto de intersección que innegablemente puede marcar el tipo de relación que se guarde entre los mismos a lo largo del transcurso del tiempo: la prescripción del tratamiento.

En cualquier tratamiento o terapia y principalmente en un padecimiento crónico-degenerativo como el cáncer, el incumplimiento o deserción es una situación común. La in adherencia incluye al incumplimiento del programa, el ausentismo a las citas de seguimiento, el uso incorrecto de la medicación preescrita, la evitación de cambios apropiados y salubres en el estilo de vida y la realización de conductas contraindicadas.

Dichas acciones repercuten a nivel individual, familiar y social. En primer plano se puede mencionar que el incumplimiento total o parcial del programa aumenta las posibilidades de recaída, la necesidad de atención de urgencia u hospitalización ante la crisis, una rápida progresión del padecimiento, alteración en la vida diaria, etc. En tanto, en la familia pueden surgir estados de tensión producto de la alarma, daño a su economía, conflictos interpersonales, etc. Mientras que en el nivel social los costos de los servicios incrementan si se utilizan de manera inadecuada.

Villalobos (2004) hace mención de una extensa serie de clasificaciones de diversos autores en donde se encasillan a los factores que favorecen o dificultan la adherencia al tratamiento. Dada la similitud entre las diferentes categorías, se ha preferido condensar la información anterior en ocho puntos para fines prácticos de este trabajo.

A) Consideración y reconocimiento del paciente acerca de la gravedad de su padecimiento. Los efectos de las enfermedades crónicas no son observables a corto plazo, y es precisamente esta presentación asintomática lo que lleva a que la persona minimice los riesgos de la enfermedad y sostenga las conductas de riesgo que en muchas ocasiones significan reforzadores sociales o personales de gran significado.

B) Grado de estabilidad emocional y familiar. Las interacciones entre el enfermo, la enfermedad, el cuerpo de salud y el propio tratamiento alteran el estilo de vida familiar anterior derivando en estados anímicos que pueden ayudar o entorpecer el cumplimiento del tratamiento. Algunas reacciones como la ira, dependencia, sentimientos de abandono, culpa, y la sobreprotección generan mayores dificultades de manejo y favorecen la deserción del tratamiento. En contraparte la cooperación familiar en la modificación de estilos de vida, el buen autoconcepto, la alta autoestima y el afrontamiento activo predisponen a optimizar los métodos prescritos.

C) Grado requerido de cambio en los estilos de vida. Cuando los tratamientos requieren la modificación de hábitos de vida o se necesita implementar otras pautas de comportamiento, se observa una relación inversa entre el grado de cambio exigido y el nivel de adherencia, sobre todo en aquellos casos en los que las actividades demandadas pueden ser antagonistas a las realizadas comúnmente por el enfermo y su familia.

D) Nivel de satisfacción con respecto a los resultados del tratamiento. Cuando el paciente se percata de los beneficios obtenidos del seguimiento y el cumplimiento se incrementa el interés en continuar y mantener el tratamiento. De igual manera cuando la persona percibe pocos efectos positivos en la realización de los procedimientos esto se convierte en un aliciente para su abandono.

E) Relación médico paciente. Ya se ha expuesto la importancia y los efectos benéficos y nocivos de esta relación, lo que demuestra que para lograr la adherencia al tratamiento se debe contar con la motivación de las partes involucradas. De tal modo, un vínculo terapéutico en donde exista intimidad y

calidez por parte del médico con su paciente, incrementará la adherencia al tratamiento.

F) Características personales. Las particularidades de la persona como el nivel educativo, creencias, valores, el nivel socio económico influyen en el proceso del tratamiento facilitándolo o interrumpiéndolo. Del mismo las características del personal de salud como el nivel educativo, motivación y experiencia determinarán la forma en la que se realiza la práctica.

G) Características del servicio. Las condiciones que componen el servicio sanitario y la forma en la que organiza la prestación de los servicios médicos puede representar una barrera importante en la optimización de los recursos y del cumplimiento de los programas. El reducido tiempo de consulta y la extensa latencia entre ellas, repercute en la relación médico paciente tornándola fría, distante e impersonal fomentando en el paciente y su familia la percepción de que el médico no está interesado en la situación.

H) Características del tratamiento. Las tasas más altas se dan en los métodos menos complejos, así como en los procedimientos con efectos directos sobre los síntomas de la enfermedad y en condiciones de la aparición de un ataque agudo. En contraste las tasas más bajas se encuentran en aquellos casos en los que los pacientes no presentan molestias inmediatas, cuando los resultados están en función de la prevención y no del alivio de los síntomas y cuando su aplicación o suministro requieren un grado mayor de dificultad y duración. Del mismo modo, los efectos colaterales resultantes favorecen a su incumplimiento.

Cruzado y De la Puente (1997) y Pelechano (1999) consideran que muchos de los fármacos utilizados en el tratamiento de las enfermedades crónicas en muchas ocasiones tienen efectos secundarios lo cual trae como consecuencia no solo la inadherencia al tratamiento, sino también la afectación parcial de órganos, funciones o sistemas. Así mismo pueden causar graves alteraciones en diversas áreas del funcionamiento psicosocial del paciente, contrarrestando su calidad de vida.

De igual manera, las alteraciones funcionales provocadas por la progresión del tumor, dependerán en buena parte de su localización. De este modo

complicaciones en procesos autónomos y simples tales como los problemas en el ámbito sexual, o en procesos cotidianos como el comer y digerir adecuadamente, en el caso de tumoraciones en los órganos del tracto digestivo, o incluso el respirar con normalidad, en el caso del cáncer pulmonar, pueden representar un fuerte impacto en muchos individuos y sus familias.

Si bien es cierto que el impacto de estas condiciones se irá diseminando a través de las interacciones cotidianas no se puede negar que la convivencia con ellas resulta complicada en función de que generalmente su presencia significa un estadio avanzado de la enfermedad, condición que marca el inicio de la última etapa del cáncer.

3.5 Aspectos psicosociales en la fase terminal.

La barrera que separa a la etapa crónica de la terminal suele ser poco clara si se definen a ambos períodos desde un plano biomédico ignorando los factores de tipo psicosociales inmiscuidos. Jiménez, Grau, Noriega, Chacón, Grau y Martín (1995) mencionan que las diferentes definiciones regularmente coinciden en tres criterios para la definición del inicio de la última etapa de la enfermedad: 1) Presencia de una enfermedad avanzada, incurable y progresiva, sin posibilidades razonables de respuesta al tratamiento; 2) La aparición de diversos síntomas intensos, y; 3) expectativa de vida menor a seis meses.

La anterior definición considera como esencial el desarrollo del padecimiento y las manifestaciones somáticas que subyacen a éste no sólo para la distinción entre fases sino también para la elaboración y la aplicación del plan de acción.

Jiménez y cols. (1995), Devolder (1999) y Storey (2003) consideran que en este período de la enfermedad, al igual que los dos anteriores, exige la satisfacción de una serie de demandas específicas por parte del propio desarrollo de la enfermedad, del enfermo y de cada integrante de la familia. Del mismo modo, aseguran que las necesidades del paciente no sólo se limitan al control de

las manifestaciones somáticas del cáncer, sino que se extienden hacia exigencias de tipo psicológico, social y espiritual.

El paso de la etapa crónica a la terminal suele despertar temores e ideas catastróficas en el enfermo. Aún cuando Lesko (2000) y Rolland (2000) consideran que estos sentimientos surgen desde el momento del diagnóstico, convergen al asegurar que es en ésta última etapa del padecimiento cuando se muestran más frecuentes e intensos. Lo anterior probablemente se deba a que aún cuando no se le haya notificado a la persona de su situación, el progresivo deterioro de su salud reafirma la ineficacia de los tratamientos y la inevitabilidad de la muerte.

La existencia de varios momentos críticos en el desarrollo del cáncer como el diagnóstico, la elección del tratamiento, las alteraciones físicas y psicosociales consecuentes de los procedimientos médicos, y el fracaso de los mismos, exige un alto nivel de adaptación por parte del enfermo y de su sistema familiar. El inicio y el desarrollo de la etapa terminal plantean nuevas condiciones, cuya presencia provoca un nuevo impacto a la persona y su núcleo familiar.

Del mismo modo que en las situaciones estresantes anteriores no existe una reacción homogénea para los enfermos con pronóstico de muerte por lo que pueden aparecer diferentes afrontamientos ante tal situación. Sin embargo, el total de respuestas se enmarcan dentro de las categorías que componen el proceso de duelo y que anteriormente se han descrito.

Dentro de esta gran diversidad de estilos de afrontamiento el paciente puede presentar una forma de reacción que puede ser disruptiva para la familia, el personal de salud, y el tratamiento, de manera que ante la condición deletérea en la que se encuentra pueden aparecer sentimientos de hostilidad que se canalizan hacia el médico y la familia alterando la dinámica familiar, la ingesta de medicamentos, las consultas y las conductas de sanidad.

Gómez, Tuca, Moreno y Mena (1998) mencionan que el incremento de los síntomas provoca un impacto emocional importante en el paciente dado que muchas ocasiones éste se ve limitado en funciones ya no sólo de tipo social, como el cumplimiento de su rol y sus capacidades de autocuidado, sino también de procesos básicos y automáticos como respirar, deglutir, hablar, percibir, etc.

Lo anterior provoca en el enfermo sentimientos de desesperanza, depresión, abandono, incertidumbre, percepción de nulo control, desvalorización, intentos o idealizaciones suicidas ante el sufrimiento y la decrepitud de su estado. Sin embargo, Muñoz y García (2003) consideran que la experiencia dolorosa no solo la vive el enfermo sino que cada integrante de la familia reacciona ante el impacto que ésta genera. La enfermedad influye en cada uno de los integrantes que la conforman dada la cercanía de las relaciones afectivas (Sanz, 1995).

A este respecto, Rolland (2000) considera la existencia de una fluctuación entre las emociones dolorosas que experimenta tanto el enfermo como su familia y estados más positivos, como una exaltada percepción del valor de la vida y la intimidad, al igual que una sobre valoración de los hechos cotidianos y la esperanza. Sin embargo, cuando estas posibles respuestas se exageran por parte del enfermo o de sus familiares, pueden llegar a ser disfuncionales a las exigencias de la etapa.

El impacto en cada uno de los integrantes que genera las características de la etapa terminal, así como las formas de respuesta ante las exigencias del mismo período forzosamente afectan a las relaciones familiares dado que las nuevas circunstancias exigen la nueva reorganización del equilibrio de las relaciones y su modo de vida. Es común que las diversas demandas provoquen dolor, fatiga, ansiedad, irritabilidad, o modos de interacción que desemboquen en conflictos.

No comprender, y por consecuencia no solventar el total de necesidades del enfermo y su familia parece ser la fuente inagotable de perturbaciones hacia la dinámica del grupo. Es común que dentro del propio conjunto existan discrepancias, como en todo el proceso, hacia las acciones a realizar ante las condiciones emanadas de la nueva etapa, como son la implementación de tratamientos, notificación al enfermo de su estado, reestructuración de tareas hacia dentro del núcleo familiar y hacia el exterior, etc. Del mismo modo, estas discordancias se pueden tener con el cuerpo de salud generando diversos conflictos.

En muchas ocasiones las diferencias entre las opiniones se deben a que las personas no cuentan con una información veraz, apropiada y suficiente acerca del

padecimiento y sus problemáticas asociadas. Sin embargo la solución no se limita al otorgamiento de información pertinente, dado que en gran medida los desacuerdos son causados por los distintos significados que se le da a los eventos por cada uno de los involucrados. En este sentido se realiza la carga subjetiva que matiza las interpretaciones y que influye en los eventos posteriores.

Otro de los consecuentes de la etapa terminal que se pueden observar es el posible debilitamiento de los lazos afectivos. Esto puede ser producto de los conflictos derivados de la reorganización del grupo familiar, de los sentimientos que despierta el estado de deterioro del paciente y la inevitabilidad de la muerte, pero de igual manera, de la sobrecarga emocional que representa la convivencia diaria con el paciente.

En esta línea, Rolland (2000) considera que ante las continuas exigencias de los cuidados se produce un agotamiento de los diversos recursos con los que cuenta la persona para hacerles frente, principalmente las que están más involucradas en el proceso. Esta condición genera una ambivalencia entre los sentimientos de las personas hacia el familiar enfermo, oscilando entre el deseo de proximidad, por el miedo a la muerte, y el de distancia, por el deseo de la misma, y la fantasía de huir de una situación que resulta insoportable.

Este autor considera que el deseo de que la situación termine es una reacción normal dado la carga emocional que genera el proceso nosológico y la continua irrupción en el modo de vida de cada uno de los integrantes de la constelación familiar. Aún cuando ésta sea una experiencia frecuente, tanto en el enfermo como en quienes conforman la familia, existen diferencias en lo referente a su expresión entre cada uno. Cuando el paciente la expresa se concibe como una reacción lógica ante el sufrimiento que genera su enfermedad, mientras que la sola contemplación de esta idea en los integrantes de la familia genera culpa y vergüenza, condición que propicia que muy pocas veces se hable de ello abiertamente. Estas fantasías de huida se deben en buena parte a que los allegados tienen el amargo sentimiento de vivir inmerso en una fuente de obligaciones sin sentirse emocionalmente retribuidos.

En muchas ocasiones estos mismos sentimientos de culpa pueden generar que las personas realicen actos de compensación hacia el enfermo en pro de aminorar la sensación displacentera de culpa. La familia puede tornarse hipervigilante y sobre protectora ante la culpabilidad que sienten. Sin embargo, estas acciones de compensación pueden llegar a obstaculizar el proceso de partida del enfermo.

Una de las principales necesidades del enfermo terminal es poder cerrar, concluir y resolver asuntos pendientes de suma preocupación para él. Por ejemplo, el paciente puede experimentar miedo por la condición en la que quedará la familia tras su partida, particularmente si ostenta un rol central dentro de ella. Otro de los eventos que se suelen presentar es el que el enfermo solicite la presencia de alguna persona en especial, ya sea para reconciliar, por lo significativo del encuentro y la persona, por la intención de delegar alguna responsabilidad, etc.

Del mismo modo la cercanía de la muerte puede ser un aliciente para que lleve a cabo una evaluación de su propia vida y se signifique su propio deceso. Del mismo modo, ésta situación puede generar la intención de buscar un mejor confort realizando y solicitando diversas acciones (paseos, comidas, tranquilidad, pasar sus últimos días en casa en lugar del hospital, etc.).

Sanz (1998) considera que esta necesidad de elaborar la pérdida mediante acciones de cierre de ciclos y resolución de eventos, es también de la familia del enfermo. A este respecto Rolland (2000) argumenta que cuestiones sin resolver como la culpa y la vergüenza pueden afectar su idea hacia la enfermedad y los significados asociados a la pérdida impidiendo su adaptación posterior a la misma.

De manera que aún cuando la muerte es un proceso natural, la formación cultural del individuo, que incluye las concepciones en torno al evento, y la carga subjetiva indisociable del mismo que matiza su interpretación, fomentan que su connotación sea fatalista y dolorosa en la mayor parte de los casos. Lo anterior demuestra que si bien el irreversible desarrollo del cáncer tiene un desenlace lógico, la culminación de la afección, en su dimensión psicosocial, no se termina

con el fallecimiento del enfermo, sino que prosigue con el resto de las personas involucradas.

A lo largo de este capítulo, se han expuesto las diferentes problemáticas que pueden aparecer en todo el proceso de desarrollo del cáncer, sin quedarnos en una descripción de corte biomédico dado que la vida humana no solamente está gobernada por cambios hormonales. Aún cuando los deseos humanos se extienden mas allá de las necesidades humanas básicas, se ha tratado de no caer en la tendencia de absolutizar la dimensión psicosocial de la enfermedad, sino que se ha pretendido guiar la atención hacia la completud de la naturaleza del padecimiento para poder entender el proceso de enfermar y consecuentemente brindar alternativas de atención más adecuadas y benéficas para las personas.

CAPÍTULO 4.

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN EL DESARROLLO DEL PADECIMIENTO.

Tradicionalmente, el tratamiento del cáncer se ha restringido a aspectos biomédicos, dejando de lado o en segundo plano los ámbitos psicológico y social. No obstante, en las últimas décadas se ha propugnado por una intervención que además de incluir a diferentes profesionales de la salud, considere a todos los actores involucrados en el proceso. Esto ha favorecido una parcial apertura a la intervención de nuestra disciplina en la atención oncológica, las cuales han intentado responder tanto a las necesidades del paciente y su familia, cambiantes a lo largo de todo este proceso, como a las del equipo de salud que le atiende, ofreciendo alternativas de solución a todas aquellas áreas que pueden verse afectadas por su situación.

Sin embargo, debe señalarse que estas intervenciones aún cuentan con un margen de acción limitado, dado el predominio del modelo médico organicista, y la carencia en la práctica de un auténtico enfoque que compagine la labor de los diferentes profesionales de la salud lejos de abusos en el ejercicio de poder por parte de algunos de ellos. La revisión de tales intervenciones planteada en el presente capítulo, se ajusta al modelo de las fases temporales de la enfermedad propuesto por Rolland (2000).

4.1. Intervención en fase de crisis.

Rolland (2000) señala como central de esta fase, el período en donde se lleva a cabo el diagnóstico, el cual propicia una gran vulnerabilidad e incertidumbre en el enfermo y sus familiares. El afrontamiento de tal problemática pone a prueba no sólo la adaptabilidad del individuo, sino también la adaptabilidad familiar, y los recursos con los que ambos pueden contar. Asimismo, es en esta etapa donde se da un primer acercamiento al tratamiento a través de la decisión de un plan inicial,

el cual matizará la relación entre el paciente, la familia y el equipo de salud, de innegable trascendencia en la evolución del trastorno.

4.1.1 Notificación del diagnóstico y afrontamiento de la enfermedad.

Una enfermedad de comienzo gradual como el cáncer puede representar un largo período de incertidumbre para el enfermo y sus familiares, en el cual el diagnóstico efectivo suele ser una confirmación algo arbitraria de la crisis ya puesta en marcha. Este inicio plantea un ritmo de cambio lento que permite un período de ajuste más prolongado que en una enfermedad súbita, pero genera más ansiedad previa al diagnóstico.

En este sentido, el equipo de salud debe tener en cuenta estas consideraciones a la hora de la notificación de éste, dada la importancia de un proceso de comunicación adecuado, y del apoyo e información pertinentes para facilitar la adaptación del paciente y sus familiares.

Moro (1994) señala los siguientes aspectos a considerar en la comunicación del diagnóstico:

- La información no debe limitarse únicamente al diagnóstico, sino también incluir en términos positivos referencias al pronóstico y al tratamiento.
- El espacio donde ha de proporcionarse la información debe procurar la comodidad del paciente para expresar sus sentimientos, sin pausas ni interrupciones.
- Debe utilizarse en la medida de lo posible un lenguaje coloquial, sin excesivos términos médicos.
- Se aconseja que el paciente sea acompañado por alguno o varios miembros de la familia, que puedan atenuar su ansiedad y le ayuden en casa a recordar los detalles de la conversación.
- Debe tenerse en cuenta que la opinión que tenga el paciente de su médico se verá altamente influenciada por la forma de comunicación del diagnóstico.

- Una estimación de la supervivencia no es aconsejable pues puede ser entendida como una sentencia de muerte.
- Los profesionales encargados de comunicar esta clase de diagnósticos deben tener una preparación adecuada para el tratamiento del tema, tomando en consideración no sólo los elementos técnicos de la explicación, sino los aspectos psicológicos y sociales que están presentes en tan crítico suceso.

Es importante enfatizar la relevancia de la inclusión de la familia en el tratamiento desde este primer momento, puesto que será la principal acompañante del paciente durante toda la enfermedad, en una nada desdeñable relación de influencia recíproca.

No puede perderse de vista que un diagnóstico de cáncer provoca una crisis a la que la familia entera debe responder. En algunos casos lo hará aferrándose a sus estructuras previas; en otros, planteando nuevas estrategias de resolución de problemas; y en otras puede llegar incluso a disolverse.

Eia Asen y Tomson (1997) señalan que el fuerte impacto psicosocial de la enfermedad crónica en los miembros de la familia requiere un cambio de roles y una redistribución de tareas. Las familias pueden intentar nuevas conductas que les permitan enfrentar la enfermedad con un mejor balance entre la satisfacción de las necesidades del paciente y las del resto de la familia.

No obstante, en múltiples casos, las estrategias adoptadas por la familia pueden no ser las más adecuadas. La familia puede reaccionar tomando diferentes actitudes hacia el enfermo que pueden afectarle de forma negativa. Sobreprotección: que conlleva la disminución de la autoestima del paciente; confusión: no aceptan el diagnóstico o no saben como actuar con el paciente; evasión: consecuencia de los cambios físicos debidos al tratamiento o motivados por la propia enfermedad o las creencias erróneas respecto al padecimiento.

Asimismo, la actitud que el enfermo tome hacia la familia es importante, puesto que un gran número de pacientes llegan a sentirse más preocupados por la carga que la enfermedad supone para su familia que por el bienestar de sí mismos.

La familia deberá de encontrar su propio equilibrio entre tener en cuenta las necesidades de los miembros individuales y la unidad familiar como un todo, lo que permita las relaciones satisfactorias con el resto de los sistemas con los cuales interactúan o dentro de los cuales están insertos. Esto depende en gran medida de la capacidad de cada sistema familiar y de cada paciente para hacer frente al diagnóstico, y a las importantes alteraciones en los diferentes ámbitos vitales que conlleva. En este sentido, juega un papel muy importante el mantenimiento y optimización de la red social en que se encuentra inmerso el paciente.

Lazarus y Folkman (1986, cit en Moro, 1994) señalan la importancia de la integración de las personas en una estructura social para sentirse bien con respecto a sí mismas y a su vida. Esta red social puede ayudar a los individuos a prevenir el estrés atenuando las experiencias amenazantes y proporcionando recursos para afrontarlo una vez que ya están presentes las situaciones.

Este proceso, denominado afrontamiento, se define como “aquellos esfuerzos cognitivos y/o conductuales que pueden cambiar a lo largo del tiempo y que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (Moix, 1990, cit en Moro, 1994, p. 65).

Ferrero y cols. (1995) mencionan que el modo en que los sujetos evalúan y afrontan el diagnóstico de cáncer puede puntuarse sobre cinco dimensiones a las que subyace un esquema cognitivo relativo al significado del diagnóstico, a las posibilidades de control sobre la enfermedad y a la visión del pronóstico y que pueden describirse en las siguientes categorías:

- Espíritu de lucha. La persona ve el diagnóstico como un reto, y por tanto sus respuestas de afrontamiento están encaminadas a combatir la enfermedad.
- Desamparo/desesperanza. Se tiene una visión negativa del pronóstico y una baja percepción de control, lo que origina la ausencia de respuestas de afrontamiento.

- Preocupación ansiosa. Se visualiza a la enfermedad como una amenaza, existe incertidumbre respecto al pronóstico y la posibilidad de tener control en la enfermedad y las respuestas de afrontamiento.
- Fatalismo. Se ve a la enfermedad como una amenaza menor, se acepta el pronóstico y hay una baja percepción de control.
- Negación. Se cree que la enfermedad no es amenazante y se tiene una visión positiva del diagnóstico, aunque no existen evaluaciones relativas al grado de control que se tiene.

En un estudio en pacientes con cáncer de mama, Ruiz, Garde, Ascunce y Del Moral (1998) encontraron que los estilos de afrontamiento negativos de *desamparo/desesperanza* y *preocupación ansiosa* fueron utilizados con mayor frecuencia por las pacientes con niveles altos de ansiedad y depresión, mientras que el *espíritu de lucha* fue la estrategia fundamental en las mujeres con niveles bajos de ansiedad. En un estudio similar, Montiel y cols. (1999), encontraron correlaciones significativas entre estilos de afrontamiento pasivos, niveles altos de ansiedad y ajuste psicosocial pobre en pacientes con cáncer cervicouterino o de mama.

Estos datos muestran la importancia de un adecuado afrontamiento de la enfermedad para evitar que trastornos como la depresión y la ansiedad interactúen de manera negativa con el pronóstico, favoreciendo el avance del padecimiento. Obviamente, un adecuado afrontamiento, aunado a las condiciones sociales, familiares y personales positivas de las cuales es resultante, incidirá positivamente en el pronóstico, confluyendo a una mejor respuesta al tratamiento, tanto en términos biomédicos como psicosociales.

A este respecto, el adecuado afrontamiento de la enfermedad por parte de los diferentes miembros de la familia, es un aspecto fundamental que contribuirá a un afrontamiento positivo por parte del paciente. De igual manera, será difícil que un paciente mantenga una actitud optimista y de lucha, si se encuentra rodeado de caras largas y expresiones lastimeras. Esto no significa que la familia deba de reprimir sus reacciones emocionales ante el padecimiento fingiendo bienestar, sino confluir con el paciente en una estrategia que maximice la participación de

cada miembro de la estructura familiar para hacer frente a la enfermedad como un todo.

En la conformación de este frente, las primeras interacciones entre la familia y el equipo de atención a la salud serán fundamentales, y sus efectos tendrán repercusiones de gran alcance en el paciente, la familia, el equipo de salud, el desarrollo del tratamiento, y por ende, en la evolución de la enfermedad.

4.1.2 Relación paciente, familia y equipo de salud.

En el transcurso de una enfermedad crónica y su tratamiento, el paciente, su familia y el cuerpo de salud pueden tener diferentes expectativas del papel que deben asumir cada uno de los actores involucrados en este proceso, tanto frente al tratamiento y sus resultados inmediatos y mediatos, como ante la enfermedad, los otros, y ellos mismos.

Robles (1987) y Rolland (2000) llaman la atención hacia tales divergencias, considerando fundamental discernir de qué manera las expectativas de los miembros de la familia están en sincronía o difieren entre sí y con los profesionales comprometidos con su atención, todo ello en la conformación de un plan inicial de tratamiento.

Behar (2003) considera que la comunicación con la familia del paciente se ve dificultada en gran medida, por la tensión que ésta atraviesa a lo largo de todo el proceso nosológico, puesto que ésta no contempla la enfermedad, sino que la vive con su enfermo. Aunado a esto, en algún momento será la familia quien deberá tomar decisiones importantes sobre la enfermedad que pueden ser origen de conflictos. Esto pone de manifiesto la importancia de ponderar la influencia de la familia en el tratamiento, y potenciarla no sólo en beneficio del paciente, sino del proceso curativo o paliativo, el equipo de salud y el sistema familiar mismo.

Así, si el equipo de salud no intenta incluir desde un primer momento a todos los familiares pertinentes en las discusiones acerca del tratamiento, generará una gran desconfianza en ellos. La familia generalmente considerará que tal omisión desdeña su importancia en el tratamiento general. A este respecto,

Rolland (2000) señala la importancia de una reunión inicial del responsable del equipo con la familia, lo que promoverá el mutuo entendimiento indispensable para un óptimo desarrollo de la relación.

De acuerdo con Robles (1987), debe indagarse en primera instancia cómo entiende el paciente, su familia y el equipo de salud los conceptos de enfermedad, enfermedad crónica, cáncer, salud, curación y muerte. Estas concepciones, prefiguran el modo en que se vivenciará el proceso y las expectativas que de él se tengan. Cuando las expectativas de unos y otros se contrapongan pueden generarse diversos conflictos que dificulten o impidan la toma de decisiones.

Por su parte, Rolland (2000) considera una evaluación más compleja, la cual debe incluir: el sistema de creencias de la familia acerca de la enfermedad; el significado de la enfermedad para la familia; la interacción de la enfermedad con el desarrollo individual y de la familia; la historia multigeneracional de respuesta a la enfermedad, la pérdida y la crisis; la preparación de la familia para las crisis médicas; su capacidad para regular la atención médica domiciliaria; y otras características del sistema familiar como la comunicación, la capacidad de resolución de problemas, la reasignación de roles, el compromiso afectivo, el apoyo social y el uso de recursos comunitarios en relación con la enfermedad.

Rolland (2000) dirige particularmente la atención hacia el trabajo con las creencias familiares que puedan generar dificultades tanto al interior de la familia como con el equipo de salud. Un ejemplo claro en este sentido, viene dado por la comprensión de la familia del posible papel que ha tenido la transmisión genética en la enfermedad, pues la creencia de la herencia del cáncer puede proporcionar un poderoso caldo de cultivo para la culpa, la recriminación y la victimización.

Cabe resaltar que diversos tipos de cáncer se han relacionado con patrones familiares, presumiéndose la existencia de una predisposición genética, conocida como síndrome de cáncer hereditario. No obstante, esta relación no es lineal, puesto que se ve envuelta por condiciones psicológicas y socioculturales diversas que no pueden pasarse por alto. Los profesionales tienen que evaluar la precisión del conocimiento que posee la familia a este respecto, la experiencia

intergeneracional con el cáncer y la mitología familiar y social que se ha desarrollado con respecto a si la enfermedad es posiblemente genética.

Aún cuando la evaluación del paciente y su familia es un elemento fundamental con miras a una primera intervención, debe hacerse hincapié en una evaluación que no se limite a tales actores, sino que además incluya al equipo de salud que les atiende. En este sentido Robles (1987) recalca que en no pocos casos la visión del médico tiende a imponerse sobre la del paciente y su familia, violentando las creencias y expectativas de éstos, teniendo entre otras consecuencias la no-adherencia al tratamiento.

Asimismo, en otras ocasiones el profesional no está preparado para llevar a cabo una comunicación eficiente con la familia, o para hacer frente a las vicisitudes de atender ciertas problemáticas, ya sean de orden familiar o consecuentes del proceso nosológico, debido a sus propias experiencias. En estos casos, las soluciones van desde la capacitación constante y la atención terapéutica, hasta la canalización del caso a otro profesional, por el bien de la familia, el paciente y el profesional mismo.

Al finalizar esta primera evaluación, y una vez precisadas las discrepancias, así como las actitudes que tales concepciones de la enfermedad propician o prefiguran en el paciente, la familia y el equipo de salud, es necesario hacerlas explícitas. Cabe aclarar que la evaluación tiene un carácter continuo, y no se limita a esta fase de la enfermedad. De ahí la importancia de establecer una adecuada comunicación, y abrir los canales para una saludable expresión y conciliación de diferencias, puesto que no es antagónicamente sino de manera conjunta como se debe buscar una mejor calidad de vida para el paciente y un equilibrio en los diferentes sistemas en que se desenvuelven los actores involucrados.

De acuerdo con Rolland (2000), este proceso de revelación de diferencias atenúa la tensión por la nula o inefectiva comunicación, a la vez que permite que se discutan de manera preventiva las áreas de conflicto potencial, previendo la instauración de pautas que interfieran en la adaptación al padecimiento. Debe considerarse que un adecuado apoyo a las familias para que puedan establecer

pautas funcionales desde el principio de la enfermedad contribuye a mejorar su respuesta y su adaptación a las diversas pérdidas que habrán de enfrentar.

Como ya se ha señalado, este primer período se caracteriza por una intensa incertidumbre, por lo cual tanto el paciente como su familia requieren restituir la creencia de que la situación está bajo su control, aún cuando esta creencia sólo sea parcialmente cierta. Rolland (2000) sugiere el apoyo a las familias para que fijen prioridades y acometan acciones directas, como la recopilación de información sobre la enfermedad y los recursos de la comunidad, con el fin restablecer un sentimiento de que son capaces de controlar la situación, que si bien no está bajo su completo control, no se encuentra exenta de su influencia.

Otra actividad benéfica en este sentido, es el fomento a la participación del paciente y la familia en grupos de ayuda interesados en enfermedades específicas. A este respecto, Rolland (2000) señala la utilidad de los enfoques de grupo multifamiliar, considerando que el contexto grupal proporciona a las familias la oportunidad de aprender de sus pares en otras familias, y partir de ello probar nuevas pautas de relación y de respuesta a la enfermedad.

Asimismo, la inserción en este tipo de grupos favorecerá la disminución de la culpa y la vergüenza, ayudando a los miembros de la familia a sentirse menos estigmatizados y aislados en relación con su problemática particular. El apoyo mutuo del grupo hace que los cambios en las relaciones familiares resulten menos amenazadores y le permite a las familias que están aisladas formar redes de apoyo que pueden extenderse más allá de las sesiones grupales, contribuyendo a sortear las demandas de adaptación, no sólo en la fase de crisis, sino a lo largo de todo el proceso nosológico.

Rolland (2000) plantea tres tareas fundamentales que el enfermo y su familia deben realizar en la fase de crisis. En primer lugar deberán aprender a considerarse a sí mismos en términos sistémicos, como una unidad funcional, lo cual pueda favorecer la cohesión del sistema familiar y la toma de decisiones conjuntas. En segundo lugar deberán lograr una comprensión psicosocial de la enfermedad en términos sistémicos, para lo cual debe presentárseles la idea del

curso de una enfermedad, con las tareas de desarrollo asociadas a cada fase, con el fin de facilitar una adecuada adaptación familiar. En tercer lugar, la familia debe crear un significado para la enfermedad que maximice la preservación de su sentimiento de dominio y capacidad, favoreciendo así el grado de control percibido sobre la enfermedad.

Estas tareas no deben tener como finalidad un optimismo injustificado, sino una adecuada adaptación que potencie los recursos con los que la familia cuenta para hacer frente a la enfermedad.

Las múltiples pérdidas que enfrentan el paciente y su familia, y el miedo a la más significativa de todas ellas, la pérdida de la vida, son elementos a los que debe prestarse especial atención desde el inicio de la enfermedad. El enfermo teme que el fin de su vida llegue antes de que su proyecto vital pueda completarse y estar solo al morir, mientras los familiares temen convertirse en sobrevivientes solitarios. El duelo anticipado que ambos experimentarán de forma clandestina impregnará todas las fases de adaptación.

Algunas tareas de desarrollo familiar facilitarán a la familia controlar este sentimiento de pérdida anticipatoria, el cual les acompañará durante toda la enfermedad. La familia debe hacer el duelo por la pérdida de la vida habitual que llevaba antes de la enfermedad, y aprender a vivir en una situación incierta, aceptando la existencia de la posibilidad de un mayor grado de incapacidad o incluso la muerte.

La familia no debe ser engañada, sino apoyada. El cáncer y el riesgo que impone a la vida, entrañan la pérdida del control corporal, comprometiendo aspectos clave de la identidad y las relaciones íntimas. Con frecuencia las personas quedan atrapadas entre el deseo de intimidad con el familiar enfermo y el impulso de liberarse emocionalmente de él. El resultado final puede ser el aislamiento estructural y emocional de la persona enferma respecto a la vida familiar.

Debe señalarse asimismo, que el diagnóstico de cáncer no sólo impacta en el paciente y su familia, sino que extiende su influencia al entramado relacional en que se venía desarrollando el individuo, y que ahora se ve retraído tras el

diagnóstico. El aislamiento del paciente y su familia respecto a la vida social que venían desarrollando, y la consecuente pérdida de vínculos, pueden cerrar a ambos la posibilidad de ayuda para hacer frente a las difíciles demandas que conlleva el padecimiento. Por ende, es fundamental tomar en consideración el mantenimiento y optimización de los recursos sociales, y su influencia positiva en la evolución de la enfermedad.

4.2. Intervención en fase crónica.

La fase crónica es el lapso que transcurre entre el diagnóstico inicial y el período de adaptación y la fase terminal. En esta etapa el paciente debe hacer frente a la difícil reorganización de su vida y la de su familia ante el avance de la enfermedad y las exigencias y consecuencias del tratamiento, teniendo que enfrentarse a variados niveles de discapacidad física y psicosocial. El tránsito por esta difícil etapa requiere de una intervención que considere la satisfacción de las múltiples demandas generadas en su transcurso.

4.2.1 Alteraciones psicosociales en el paciente oncológico.

La etapa crónica presenta a los pacientes un sinnúmero de dificultades, y marca el total rompimiento de su modo habitual de vida. La instauración de un régimen y el hostil tratamiento curativo que suele ser característico de la atención oncológica, genera en el paciente una sensación de impotencia que en múltiples casos propicia la no-adherencia al tratamiento. Para evitar que el paciente se sienta amenazado y carente de control, Robles (1987) sugiere que las intervenciones estén orientadas a aumentar su nivel de autonomía. Una forma sería proporcionándole información adecuada sobre su enfermedad y sobre su manejo.

No obstante, para muchos enfermos y sus familias, enfrentarse al tratamiento puede llegar a ser tan debilitante y tan difícil de soportar como la propia enfermedad. Debe reconocerse que los tratamientos actuales del cáncer

tienen un impacto considerable en el estilo de vida de los pacientes, dejando huellas visibles y estigmatizantes, y en muchos casos teniendo efectos mínimos en el nivel de los síntomas.

A este respecto, Roth y Breitbart (2003) reconocen que a medida que los tratamientos oncológicos se han vuelto más agresivos y *exitosos* (en términos biomédicos), se ha producido un reconocimiento de las secuelas psicológicas del diagnóstico, los procedimientos curativos, las recidivas y la supervivencia del cáncer. En este sentido han recibido especial atención los trastornos de tipo depresivo y ansiógeno.

Es importante señalar que este tipo de alteraciones emocionales no son exclusivas de alguna fase de la enfermedad, sino que se pueden presentar de manera constante a lo largo de todo el proceso nosológico, si bien la intensidad de sus manifestaciones se encuentra relacionada con otras alteraciones causadas por el avance de la enfermedad.

Roth y Breitbart (2003) señalan que la incidencia de depresión es mayor en los pacientes que se enfrentan a mayores niveles de discapacidad, dolor y avance de la enfermedad, mientras que la ansiedad se presenta en muchas ocasiones como una reacción ante el tratamiento o las complicaciones de la enfermedad. Consideran el malestar subjetivo del paciente como principal indicador en el tratamiento de ambos trastornos, ya que sus manifestaciones somáticas en muchas ocasiones se confunden con los efectos del tratamiento y la sintomatología de la enfermedad, como anorexia, insomnio, fatiga, pérdida de peso, etc.

Desde un enfoque evidentemente biomédico, estos autores se adhieren a una intervención farmacológica, aún cuando mencionan que este tipo de tratamiento es menos eficaz cuando se aplica en un contexto carente de apoyo psicoterapéutico.

No obstante, una intervención de este tipo, deja de lado los múltiples aspectos de índole psicológica, familiar y social que están involucrados en la generación de tales estados, desdeñando implícitamente la importancia de la

intervención psicológica en la resolución de tales problemáticas, al convertirla en simple auxiliar del tratamiento biomédico.

Barthe (1997) considera que la intervención psicológica no debe restringirse al momento en que el paciente manifiesta un trastorno mental, ni limitarse a la atención de las secuelas del tratamiento biomédico, las cuales éste es incapaz de solucionar, sino que debe estar presente a lo largo de todo el padecimiento, e incluso anterior y posteriormente a él.

En consonancia con lo anterior, plantea la terapia cognitiva de Beck y la terapia racional emotiva de Ellis como medio para intervenir en el estado emocional del paciente oncológico. Estas técnicas comprenden el cambio de pensamientos negativos o irracionales y el ensayo de las situaciones estresantes mediante la imaginación y el juego de roles, entre otras actividades.

Cabe precisar, que esta intervención no pretende acusar al paciente de reacciones emocionales injustificadas, sino de reconocer que estas reacciones se encuentran más influenciadas por los errores de interpretación respecto del cáncer que por la propia evolución de la enfermedad.

En este sentido, las actitudes inapropiadas y las falsas creencias, aunadas a las dificultades familiares y sociales, la sensación de pérdida de control, la incapacidad e incertidumbre del pronóstico, entre otros muchos factores, suelen favorecer la alteración de las emociones, provocando o exacerbando a su vez reacciones o síntomas físicos negativos que nutren el desaliento ante la enfermedad y propician conductas desadaptativas y perjudiciales para la recuperación de la salud. Esta clase de círculo vicioso incide de la peor manera en el proceso de enfermedad, dificultando o imposibilitando la recuperación.

A este respecto, es evidente que la visión que ha predominado ha sido la de remediar las problemáticas que se van presentando a lo largo del padecimiento, ya sean originadas por la enfermedad o por el tratamiento, con el fin de que no interfieran con el tratamiento curativo. No obstante, algunos autores consideran necesario cambiar el foco de atención hacia la prevención de tales problemáticas, cuya complejidad incluye aspectos físicos, psicológicos y sociales.

Diversos estudios (Ferrero y cols, 1995; Ruiz y cols., 1998; Montiel y cols., 1999; Urquidi y cols., 1999), han buscado predecir con base en los estilos de afrontamiento, problemáticas como ansiedad, depresión, ajuste psicosocial pobre, etc. que pudieran presentarse en pacientes con cáncer, con fines preventivos.

En este sentido, Ruiz y cols. (1998) sugieren que las intervenciones psicológicas promuevan el ajuste emocional de los pacientes con base en los siguientes objetivos: a) reducir la ansiedad estimulando tanto la expresión de emociones negativas como la puesta en marcha de nuevas habilidades sociales o estrategias de resolución de problemas; y b) promover atribuciones internas de control sobre la salud y estrategias que faciliten el afrontamiento con espíritu de lucha de la enfermedad y de todos aquellos problemas personales y/o sociales derivados de la misma.

Otros autores (Bayes, 1993; Rolland, 2000) han prestado especial atención al impacto que representa para muchos individuos y sus familias las consecuencias incapacitantes del avance del tumor y los procedimientos curativos, el cual debe ser atendido mediante un plan de rehabilitación.

Bayés (1993) comenta la importancia de estructurar el plan de rehabilitación a partir del comienzo del diagnóstico o del tratamiento, considerando cuatro niveles de rehabilitación, en función de las características concretas de cada caso:

- Preventivo: cuando se prevé la incapacidad de que el paciente habrá de enfrentar y existe la posibilidad de un adiestramiento previo para facilitar su adaptación cuando ésta aparezca.
- Restaurativo: cuando el paciente sólo tendrá una incapacidad mínima o temporal.
- De apoyo: previendo una incapacidad importante o prolongada del paciente, el objetivo será la adaptación personal y el control del ambiente en la nueva situación.
- Paliativo: cuando la enfermedad se encuentre en estado avanzado y no existan medios para corregirla o compensarla.

Debe aclararse sin embargo, que la rehabilitación no sólo está dirigida a los aspectos físicos, sino también y en gran medida a los aspectos psicológicos y sociales, implícitos en la discapacidad que enfrentan muchos enfermos.

Rolland (2000) señala al estigma social como una fuente importante de discapacidad en muchos procesos. Así, diversas consecuencias del tratamiento, como la mastectomía en el cáncer de mama, son estéticamente incapacitantes y en tal grado distorsionantes de la imagen corporal que la estigmatización que le acompaña interfiere con la integración social normal.

Este autor considera una intervención que prevea tales dificultades, tomando en consideración a los principales implicados y los recursos con los que podrían contar. Así, sugiere que en la estructuración de un plan de rehabilitación, estén inmiscuidos directamente el paciente y sus familiares, pues serán ellos quienes deberán llevar a cabo en gran medida las acciones pertinentes.

No obstante, aún cuando en la actualidad se acepta la necesidad de desviar la atención de la intervención a la prevención de alteraciones psicológicas en pacientes oncológicos, esta visión aún se encuentra lejos de permear la realidad sanitaria. Algunos autores (Ferrero y cols., 1995) cuestionan incluso la necesidad de apoyo psicológico para todos los pacientes con cáncer, considerándolo innecesario en la mayoría de los casos y poco razonable en términos de costo-beneficio.

Esta postura pragmática ha sido y sigue siendo la predominante en la ciencia médica, donde la pretendida multidisciplinariedad no resuelve el problema de la fragmentación del sujeto, a quien se sigue atendiendo de forma muchas veces inconexa, o a través de canalizaciones de un profesional a otro.

Al plantear la innecesariedad de la intervención psicológica, se niega al paciente y su familia la oportunidad de recibir el apoyo profesional que pueda contribuir a un adecuado afrontamiento de la enfermedad. No se debe pasar por alto que el paciente y su familia, se enfrentan a la difícil tarea de reorganizar su vida diaria en los diferentes ámbitos en que se desenvuelven, y para ello requieren cuanta ayuda sea posible de su red significativa, de la cual los profesionales de la salud deben formar parte.

4.2.2 Familia y cronicidad.

La fase crónica del cáncer suele representar para muchas familias un período marcado por la fatiga y la incertidumbre. Rolland (2000) considera que la tarea vital de la familia en esta etapa es mantener *una vida normal* bajo las condiciones anormales que presenta la enfermedad crónica.

Paradójicamente, el deseo de algunas familias de retomar su vida normal sólo es posible con la muerte del familiar enfermo, lo cual pone de manifiesto otra tarea crucial de esta fase: mantener la máxima autonomía de todos los miembros de la familia a pesar de la tendencia hacia la dependencia y el cuidado mutuos. Esto no representa una labor sencilla.

De acuerdo con Robles (1987) y Rolland (2000), el curso progresivo característico del cáncer, representa para las familias una gran dificultad para la adaptación y el cambio de roles, pues es frecuente que los períodos de descanso de las demandas de la enfermedad sean mínimos. Aunado a esto, con la paulatina disminución de los recursos económicos y emocionales, las incesantes demandas de cuidado suelen dar lugar al agotamiento de la familia. La familia podría llegar a un tope en cuanto a los cambios adaptativos que puede realizar, lo cual la sumiría en una crisis permanente.

Esta situación, trae consigo la ambivalencia de la familia con respecto al desenlace esperado de la enfermedad. Así, el temor a la muerte del enfermo, puede convertirse en el deseo de que ésta ocurra, provocando una enorme vergüenza y culpa en los familiares, que rara vez se discute abiertamente. De igual forma, la percepción de un fracaso en la tarea de los cuidados puede tener graves consecuencias negativas, que repercuten en toda la familia.

El equipo de salud, puede ayudar a una familia a evitar una crisis sentando las bases para un cambio que mejore su capacidad de permanencia. Una de las principales vías para lograr esto, es el fomento de una comunicación abierta no sólo entre el equipo de salud y la familia, sino de cada uno de los miembros de ésta entre sí. Ello implica la expresión no lesiva de las dificultades que cada

miembro enfrenta en el rol que ha asumido, o le ha sido otorgado, ante el padecimiento y las demandas que éste genera.

En este sentido, Rolland (2000) considera fundamental la continuidad de la evaluación del funcionamiento familiar tanto en el período de transición a la etapa crónica como en el transcurso de ésta. Tal evaluación, debe prestar especial atención a la manera en que la familia organiza su estructura y los recursos a su disposición para superar los desafíos de la enfermedad, y la funcionalidad y efectividad de tales acciones.

Rolland (2000) considera que el funcionamiento óptimo de una familia en esta etapa, vendría dado por una clara conciencia de la unidad familiar y límites permeables que conecten a la familia con la comunidad. Por tanto, el equipo de salud, debe familiarizarse con los otros sistemas a los que pertenece la familia (escuelas, instituciones religiosas, lugares de trabajo, etc.), con el fin de explorar el posible efecto que tiene la enfermedad de uno de sus miembros en la relación con estos sistemas.

De acuerdo con Sluzki (1998) las relaciones sociales contribuyen a dotar de sentido a la vida de sus miembros. Parte de ese sentido procede de la experiencia de rol, la cual tiende a debilitarse durante la enfermedad crónica. Esto ocasiona que muchos individuos y sus familias, lejos de valerse de redes sociales que las apoyen y las conecten con la comunidad, tiendan a aislarse.

Aunado a esto, la red social cambia su estructura y el nivel de relación y apoyo ante la enfermedad del individuo. Sluzki (1998) señala diversas causas que explican tal afectación dialéctica:

- La enfermedad, aunada a las creencias erróneas que se tienen de ésta, posee un efecto interpersonal aversivo, generando en los demás conductas evitativas.
- La enfermedad es incapacitante y restringe la movilidad del sujeto, lo que reduce la oportunidad de contactos sociales, aislándolo.
- El individuo reduce su iniciativa de activación de la red debilitado por el avance de la enfermedad.

- La enfermedad reduce la posibilidad del enfermo de generar conductas de reciprocidad en la interacción social.
- Los comportamientos de cuidado de enfermos crónicos suelen ser poco gratificantes en tanto tienden a ser reiterados y suelen percibirse como poco efectivos, lo cual tiende a agotar a los miembros de la red social, entre ellos, al equipo de salud.

Aunado a esto, Stefani y cols. (2003) señalan que la disolución y retraimiento de la red, no es consecuencia privativa del enfermo, sino que también es experimentada por los cuidadores, aún cuando su afectación es frecuentemente infravalorada.

En esta situación, es necesario recurrir a los recursos que aporta la red social, reforzando los vínculos con familiares y amigos para mejorar la calidad de vida y promover un estado de mayor bienestar. Cabe resaltar que la enfermedad no sólo erosiona la red social personal, sino que también genera nuevas redes, una de ellas, la conformada por el personal sanitario, y en algunos casos, los grupos de ayuda mutua.

En líneas generales, Robles (1987) propone un modelo de trabajo con familias que enfrentan la enfermedad crónica de uno de sus miembros, cuya síntesis se presenta a continuación:

1. La mayor permeabilidad de los límites internos y externos y la posición central del enfermo característica de estas familias, puede servir de apoyo funcional para enfrentar el tratamiento, pero también puede ocasionar disfuncionalidad en la familia y sus miembros, al atender contra las jerarquías o las normas familiares.

Ante esto, es fundamental reintegrar al paciente a su subsistema, lo cual implica que vuelva a regirse por sus normas, que participe en sus actividades, que cumpla con sus obligaciones, y que asuma la posición que le corresponde con respecto a su jerarquía.

2. En caso que el enfermo sea un hijo, el subsistema conyugal tiende a perder importancia frente al parental. Así, la preexistencia de problemas conyugales, deriva en la formación de coaliciones teniendo como base al enfermo,

al tratamiento y a la enfermedad. Por ello, es necesario fortalecer el subsistema conyugal, a fin de evitar estas coaliciones que repercutirán negativamente no sólo en el enfermo, sino en la familia y el equipo de salud.

3. Al mismo tiempo, debe fortalecerse el subsistema parental y legitimar a las personas que asuman un rol parental auxiliar pero delimitando sus responsabilidades, con el fin de obtener ayuda de la red y mantener la jerarquía preexistente en la familia.

4. Es fundamental repartir la carga del tratamiento, de manera que no se sobrecargue en una sola persona. Esto incluye que el paciente no delegue los cuidados de su salud en la familia y el equipo de salud, sino que en la medida de las posibilidades participe activamente en él.

Asimismo, debe explorarse y promoverse la utilización de apoyo externo a la familia. Dado que en muchos casos no se dispone de los recursos económicos suficientes para pagar asistencia profesional, como la de un enfermero, se muestra relevante tanto el apoyo brindado por los vínculos sociales preexistentes, como la formación de nuevos vínculos, entre los que se encuentran como alternativa los grupos de ayuda mutua.

5. Debe colaborar en la elaboración de los duelos experimentados por el paciente, la familia y el equipo de salud, no pueden desdeñarse las múltiples pérdidas que se enfrentan en el proceso de una enfermedad crónica.

6. En general, es importante la búsqueda de solución a los problemas familiares previos, evitando su agravamiento con el avance de la enfermedad, o su engañosa mejora a través de coaliciones de unión que más tarde dificulten la rehabilitación del paciente.

Finalmente, debe buscarse la compañía y apoyo de la familia hacia el enfermo, en especial en los momentos de gravedad, dolor y agonía, con el difícil tránsito a la etapa terminal.

4.3. Intervención en fase terminal.

La fase terminal de la enfermedad, cuando la muerte ya no es incierta sino inevitable, se distingue por la predominancia de cuestiones relativas a la separación, el dolor, la elaboración del duelo y la reorganización de la vida familiar después de la pérdida. La intervención del equipo de salud, estará encaminada no sólo al alivio de los síntomas, sino a brindar apoyo emocional y ayuda tanto al paciente como a su familia.

4.3.1 Cuidados paliativos y calidad de vida en fase terminal.

González, Jalón y Feliu (1996) distinguen tres etapas del cáncer con base en el objetivo del tratamiento: una primera etapa orientada a la cura o prolongación de la supervivencia mediante la reducción de la masa tumoral; al fracasar la primera, se pasa a un período preterminal, donde el paciente mantiene una esperanza de vida de al menos seis meses, y accede progresivamente a la última etapa: la fase terminal.

Desde el punto de vista médico, los criterios diagnósticos de la fase terminal son: 1) enfermedad causante de evolución progresiva; 2) estado general grave; 3) expectativa de vida no superior a dos meses; 4) insuficiencia de órgano; 5) ineficacia comprobada de los tratamientos; 6) ausencia de tratamientos alternativos útiles para la curación o aumento de la supervivencia; y 7) complicaciones irreversibles finales, como fallo respiratorio, coma metabólico, etc.

No obstante, Rolland (2000) considera que el límite entre la fase crónica y terminal de la enfermedad suele ser confuso, sobre todo para el paciente y sus familiares, debido en gran parte a que la formación médica tiende a promover la comunicación ambigua con las familias, favorecer la cautela acerca del pronóstico y desalentar la admisión de la incertidumbre.

Muchos médicos toman en sus manos la decisión de cuándo informar, o incluso de hacerlo o no, a la familia sobre el avanzado estado de una neoplasia. Este tipo de actitudes, no hace sino obstaculizar el ya de por sí difícil proceso de

duelo que habrán de enfrentar los familiares, negando la posibilidad al paciente y su familia de prepararse ante la pérdida.

Aunado a ello, existe en gran parte del personal sanitario la idea de una labor médica cuya única finalidad sea la prolongación de la vida. Esto puede obstinar al médico en la aplicación de técnicas curativas con pobres o nulos resultados, cuando la enfermedad ya se encuentra en estado avanzado.

Los profesionales de la salud, deben ser sensibles ante las cuestiones de separación, y distinguir entre la comodidad de un criterio diagnóstico de estado terminal y la incertidumbre real por la que atraviesa la familia. Por tal razón, es sumamente relevante que todos los integrantes del equipo de salud se encuentren informados de la situación clínica real del paciente, con el fin de prepararse y preparar al paciente y su familia ante la inevitabilidad del deceso.

Diversos autores, (Font, 1994; Jiménez y cols., 1995; González y cols, 1996; Grau y cols., 1997; Holland, 2002; Storey, 2003) sugieren que en esta fase, el cuidado psicológico se encamine esencialmente a la promoción de una mejor calidad de vida, situación, que de acuerdo con Grau y cols. (1997), domina los estudios de intervención en esta etapa, los cuales se orientan principalmente a la mejoría de la calidad de vida y el alivio del dolor bajo programas de cuidados paliativos de corte multidisciplinario.

Holland (2002) define calidad de vida como la *“valoración que el paciente hace respecto a en qué medida cree que su estado de salud ha afectado su vida cotidiana”* (p. 210), definición que se corresponde con la que Urquidi y cols. (1999) proporcionan de ajuste psicosocial, entendido este como *“la valoración que hace el paciente respecto a como su enfermedad ha afectado las actividades de la vida cotidiana, tales como la orientación al cuidado de la salud, las actividades laborales/vocacionales, las actividades domésticas, las relaciones sexuales, las relaciones familiares, el ambiente social y la aflicción psicológica”*. (p. 33).

Por su parte, Barreto y Pascual (1991, cit. en Moro, 1994), consideran que el concepto calidad de vida evita las connotaciones negativas del término adaptación, puesto que calidad siempre implica bienestar, mientras que la

adaptación puede significar la mera aceptación de hechos sin que suponga la necesidad de búsqueda de algo mejor.

En particular, sería importante evitar entender la adaptación como una mera resignación, puesto que la adaptación implica la satisfacción de las demandas generadas por la nueva situación a través del aprovechamiento de los recursos externos e internos con fines positivos o funcionales, mientras que el término calidad de vida hace referencia a la percepción de las propias condiciones de vida del individuo enfermo.

Entendida así, la adaptación del individuo en los diferentes ámbitos en que se desenvuelve, sería un consecuente de una percepción positiva de la calidad de vida por parte del paciente. Así, de acuerdo con Font (1994), el concepto calidad de vida, posee un importante papel, pues permite conocer el impacto de la enfermedad y el tratamiento, profundizar en el conocimiento del enfermo y su adaptación a la enfermedad, evaluar mejor las terapias paliativas y facilitar la rehabilitación de los pacientes.

Por su parte, los cuidados paliativos se definen como *“un cuidado total, activo y continuo del paciente y su familia por un equipo multiprofesional, cuando la expectativa médica ya no es la curación. Su objetivo primario no es prolongar la supervivencia, sino conseguir la más alta calidad de vida presente para el enfermo y su familia. Deben cubrirse las necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales. Si es necesario, el apoyo debe extenderse al proceso de duelo”*. (González y cols., 1996, p. 1088).

De acuerdo con Jiménez y cols. (1995), los cuidados paliativos se fundamentan en la concepción de la muerte como inevitable, y en este sentido buscan que la persona la enfrente con el menor sufrimiento posible. No obstante, Behar (2003) considera que los cuidados paliativos no se restringen al proceso terminal, y que estos deben emplearse en estadios más precoces de la enfermedad, en combinación con tratamientos activos de índole curativa.

Storey (2003) señala las siguientes características dentro del cuidado paliativo:

- Afirma la vida y ve a la muerte como un proceso normal.

- No acelera ni pospone la muerte
- Integra los aspectos psicológicos y espirituales en el cuidado de los pacientes.
- Brinda ayuda a los enfermos para vivir de manera activa hasta el final.
- Ofrece a la familia apoyo para afrontar el proceso de enfermedad del paciente, y el sufrimiento propio.
- Provee alivio para el dolor y otros síntomas, reduciendo el sufrimiento y mejorando la calidad de vida del paciente.

Uno de los componentes más comunes dentro del cuidado paliativo es el tratamiento del dolor. Éste es un problema habitual para los pacientes oncológicos, con alrededor de un 70% de ellos que experimentan dolor significativo en algún momento de la enfermedad.

Debe distinguirse entre dolor agudo y dolor crónico. El dolor agudo, es provocado por el daño en un tejido concreto y rara vez se identifican como su causa primaria factores psicológicos, aunque frecuentemente la ansiedad y el miedo preparatorio juegan un papel importante en su aparición. El dolor crónico es una sensación dolorosa generalmente intratable, constante y consecuente de la progresión del padecimiento, y que afecta a otras áreas de la vida del individuo. Así aparece asociado a problemas de sueño y alimentación, deterioro de la vida social y afectiva, incluidos posibles trastornos de depresión, ansiedad e hipocondría.

Buela y Moreno (2000) señalan, que la atención del dolor oncológico ha sido un área casi exclusivamente dominada por el modelo biomédico, por lo que su tratamiento se ha restringido al uso de fármacos. Esta postura ha reducido las posibilidades de intervención de la psicología en esta área, aún reconociendo la importancia de la vivencia subjetiva en la sensación dolorosa. Por esta razón los autores consideran la necesidad de un tratamiento del dolor oncológico desde una perspectiva multidisciplinaria, y no como si fuese un problema exclusivamente orgánico.

Así, Roth y Breitbart (2003) señalan que las intervenciones conductuales (relajación, distracción y desviación de la atención) han sido eficaces en el tratamiento del dolor oncológico agudo relacionado con procedimientos médicos, y como complemento para la paliación del dolor oncológico crónico, a través de la relajación y las técnicas de visualización, incluidas imágenes de distracción, transformación y disociación.

Un aspecto importante, es que este dolor no se encuentra disociado de otras alteraciones sufridas por el paciente. En este sentido, la ansiedad y la depresión por sí mismas pueden provocar la ampliación de las señales de dolor reforzando además el incremento del malestar psicológico. Por tal razón, Buela y Moreno (2000) consideran que técnicas como el biofeedback, la terapia cognitivo-conductual, la terapia de grupo y la terapia familiar, también pueden ayudar a la paliación del dolor y otras problemáticas asociadas.

Otra área importante en el cuidado paliativo es el control de la ansiedad, en el cual la intervención psicológica ha sido desestimada desde el ámbito médico, que lo ha limitado en muchas ocasiones al tratamiento farmacológico. Aún cuando la ansiedad en enfermos terminales esté relacionada con las complicaciones de la enfermedad, no hay que olvidar que los factores psicológicos relacionados con la muerte y con los problemas existenciales desempeñan un importante papel en ella. Sin embargo, la pertinencia de intervenciones psicoterapéuticas como la relajación y visualización guiada, debe valorarse tomando en consideración la claridad mental del paciente.

Otro aspecto importante relacionado con esta etapa, es el suicidio. De acuerdo con Storey (2003), el riesgo de suicidio de los pacientes oncológicos terminales es mayor que el de la población en general. Los factores que han sido asociados al riesgo de suicidio en estos pacientes son: dolor, enfermedad avanzada, depresión, delirio, pérdida de control, psicopatología preexistente, abuso de sustancias (alcohol), historia de suicidio en la familia, fatiga y falta de apoyo social.

A este respecto, Roth y Breitbart (2003), consideran que la desesperanza, producto de la depresión que acompaña regularmente al padecimiento, y se va

agravando con el fracaso del tratamiento curativo, es el principal factor predictivo de suicido consumado. Por esta razón, señalan la importancia de un tratamiento de la depresión integral, y no meramente farmacológico.

En este sentido, los profesionales en salud mental deben buscar que las necesidades emocionales tanto de los pacientes como de sus familias estén cubiertas, especialmente en esta fase. Dichas necesidades, pueden ir desde un proceso de información continua y actualizada del estado de la enfermedad y las opciones terapéuticas disponibles, hasta la ayuda profesional en la elaboración de la pérdida, todo esto con la sensibilidad y la valoración previa de lo que la familia y el paciente estén preparados para escuchar, pero sin arrogarse el derecho de ocultar información de acuerdo a valoraciones personales.

Finalmente, a consideración de Jiménez y cols. (1995), los equipos interdisciplinarios de cuidados paliativos *“constituyen ejemplos paradigmáticos de la organización de los servicios de salud en los que se supera la tradicional dicotomía cartesiana cuerpo-mente, para abordar al hombre desde una postura verdaderamente integral”*. (p. 60).

En este sentido, cabría preguntarse si esto en verdad representa la ruptura de dicha dicotomía, y no meramente la sumatoria de los esfuerzos clínicos por integrar un ser fragmentado, pues la realidad sanitaria actual, aún se encuentra lejos del ideal planteado por la teoría.

4.3.2 Elaboración de la pérdida y reorganización familiar.

El período de transición de la fase crónica a la terminal suele exigir a las familias una alta capacidad de respuesta afectiva, puesto que la incertidumbre de si la muerte sucederá o no, transmuta en la cuestión de cuando sucederá ésta. Así, el paciente y su familia, que en la fase crónica debían esforzarse por mantener la autonomía, siempre dentro de los límites impuestos por la enfermedad, deberán entrar ahora en un proceso de preparación práctica y emocional para la muerte.

De acuerdo con Rolland (2000), las tareas básicas de la familia en la fase terminal son:

- Apoyar al familiar enfermo terminal, y compartir lo más plenamente posible sus últimos momentos juntos.
- Completar el proceso de pena anticipatoria y cerrar todas las cuestiones familiares pendientes.
- Dar inicio al proceso de reorganización familiar.

Para poder asistir a la familia en la realización de tales tareas el equipo de salud deberá optimizar su comunicación, y por tanto, su cercanía con ésta. Rolland (2000) y Behar (2003) consideran que la proximidad de la muerte puede producir, tanto en los cuidadores como en el enfermo, reacciones psíquicas que directa o indirectamente obstaculicen la comunicación entre ellos.

Por tal razón, consideran de vital importancia favorecer la apertura de la comunicación entre el paciente y sus familiares, buscando que los miembros de la familia usen este período para arreglar diferencias y mejorar su relación, así como para expresar sus sentimientos y deseos de manera positiva y no lesiva para ningún miembro del sistema familiar.

Asimismo, Behar (2003) considera indispensable que tanto el equipo de salud como la familia presten especial atención a las necesidades que manifieste el enfermo, lo haga verbalmente o no, pues si éste no percibe una respuesta pronta a sus requerimientos, principalmente afectivos, entrará en un aislamiento que puede confundirse con la aceptación de la propia muerte. Es imprescindible además, que no se intente engañar al enfermo sobre su condición, y por el contrario, se le ayude a enfrentar ésta brindándole apoyo continuo hasta el último momento.

Es importante que el equipo de salud comprenda las características particulares del proceso que vive el paciente y su familia, para lo cual es útil indagar sobre sus temores acerca de la agonía y de la muerte misma. En ocasiones, la familia se encuentra más preocupada por la intensificación del dolor y el sufrimiento del enfermo, que por su inminente muerte. Ante esto, es

importante conversar con ellos acerca de la eficacia de diversos métodos de paliación del dolor, así como discutir y acordar junto con el paciente hasta dónde hacer llegar los esfuerzos para prolongar su vida. Tratar abiertamente estos temas puede ayudar a eliminar una importante fuente de angustia.

Este tipo de intervenciones, están encaminadas a brindar al paciente, sus familiares y el equipo de salud, la oportunidad de prepararse para una muerte inevitable. Esta labor es fundamental, pues aún cuando el carácter progresivo del cáncer permite una vivencia anticipada de la pérdida a lo largo de la enfermedad, generalmente ningún miembro de la familia llega completamente preparado a ella.

De acuerdo con Rolland (2000) las cuestiones no resueltas de culpa y vergüenza, pueden originar una intensificación de la ansiedad, y reacciones de ira y frustración que dificulten el avance hacia el cierre y aceptación de la pérdida. Algunas de las cuestiones que contribuyen a esto son: pensamientos más frecuentes e intensos acerca de la separación del familiar agonizante; sentimientos de impotencia ante el desenlace de la enfermedad, y pensamientos negativos acerca de la propia mortalidad.

Los sentimientos de culpa habituales en la fase terminal están relacionados con cuestiones como las fantasías de huída, el sentir aversión por el deterioro de la persona agonizante, los pensamientos y sensaciones de alivio o disfrute por el fin de la enfermedad, sentimientos de ira hacia la persona enferma y ocuparse de cuestiones pragmáticas como las económicas.

De igual forma, la creencia familiar de que un adecuado manejo de la enfermedad implica controlar su progresión y su desenlace complican el proceso de elaboración de la pérdida. Una familia que mida su capacidad para hacer frente a la enfermedad como una participación activa en el proceso global estará mejor preparada para este proceso. La diferencia entre una familia que experimenta la pérdida con un sentimiento de capacidad y otra que lo hace con uno de derrota radica en esta clase de flexibilidad en su sistema de creencias.

Para los miembros de la familia, es importante sentirse seguros de que tanto ellos como el equipo sanitario han hecho todo lo posible por el paciente, como una manera de prepararse para la pérdida de su ser querido sin

sentimientos de culpa. Debe tenerse en cuenta el fuerte impacto que para la familia representa no sólo el deceso del paciente, sino todo el proceso nosológico que desencadena tal hecho.

El equipo terapéutico debe tener en cuenta que es en esta fase cuando más se puede influir en el proceso de adaptación a la pérdida, pero ello no significa que su intervención deba concluir con el deceso del paciente, sino que por el contrario, es imprescindible que se extienda más allá de este suceso.

El fin de una enfermedad crónica degenerativa no es la muerte del paciente, pues tanto la familia de éste como la red de apoyo que le acompañó durante todo este proceso, verán afectadas en mayor o menor medida sus formas de vida, sus creencias, miedos y estado de salud a raíz de la difícil situación enfrentada. En múltiples casos, la muerte del paciente puede ocasionar incluso la pérdida de la unidad familiar, sobre todo cuando éste juega un rol central en la familia.

De acuerdo con Rolland (2000) haber sido el prestador de cuidados en una enfermedad crónica representa para muchos individuos enfrentarse al temor de no ser capaces de soportar la repetición de un proceso tan doloroso. Esto puede expresarse por medio de una preocupación exagerada por nuestra salud física o la de otros miembros de nuestra familia. Los síntomas físicos, especialmente los que no tienen una explicación clara e inmediata, pueden desencadenar un intenso temor a repetir la historia como cuidadores, o pero aún, como pacientes.

Por ello es fundamental, una vez que la enfermedad ha concluido, ya sea con la curación o el deceso del paciente, evitar el aislamiento social y emocional de los deudos, sean estos familia, pareja, amigos, etc., contribuyendo al restablecimiento y la creación de vínculos sociales que sirvan como proveedores de apoyo social a los deudos, y ayuden a evitar nuevas problemáticas asociadas al desenlace de la enfermedad y el duelo por la pérdida, que puedan atentar directa o indirectamente contra la salud de los individuos.

CAPÍTULO 5.

UNA APROXIMACIÓN SISTÉMICA A LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER.

Ante la insuficiencia mostrada por el enfoque biomédico tradicional, cuya atención se centra en la patología con el objetivo primordial de restablecer la salud del paciente, se hizo necesaria la reconceptualización del proceso salud-enfermedad y de la forma de abordarlo. Así, se dio el paso del modelo centrado en la curación de la enfermedad a una nueva perspectiva basada en un concepto positivo de salud, que más allá de comprenderla como una meta, la considera como un recurso para la vida. Esto convirtió a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en tareas esenciales en la consecución del fin primario de la medicina: la salud.

Aunado a esto, el reconocimiento del carácter multifactorial de los padecimientos enfatizó la relevancia de la interdisciplinariedad y las intervenciones comunitarias, en la búsqueda de una visión integral que implicara en el proceso preventivo a los diversos factores involucrados y las relaciones complejas entre ellos. En el presente capítulo se analizará la importancia de la prevención en la actualidad, y los programas que persiguen este fin, para posteriormente realizar las consideraciones pertinentes en una propuesta de prevención del cáncer, centrada en el abordaje en red en el ámbito comunitario.

5.1. Prevención: concepto y estrategias.

La prevención representa actualmente un concepto de gran importancia en el área de la salud, si bien no es un invento de la modernidad, dado que las creencias y prácticas para evitar enfermarse han existido desde tiempos

primitivos. Este tipo de intervenciones son prueba del interés de siempre por conservar la salud como un bien preciado, y por tal razón, pueden asimilarse a conductas preventivas.

En este sentido, Fernández-Ríos y Cornés (1997) consideran el surgimiento de la prevención con la toma de conciencia del hombre acerca de la inevitabilidad de la enfermedad, el sufrimiento, el dolor y la muerte, y en consecuencia la articulación de diversas prácticas para la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud. En esta lucha contra la enfermedad, el ser humano ha recurrido en primera instancia a procesos mágico-religiosos que pudiesen brindarle la esperanza de un futuro predecible y controlable.

Tales prácticas continúan existiendo hoy en día aunque en proporciones e intensidades diferentes. Así, éstas se manifiestan en muchas de las denominadas medicinas alternativas y en prácticas y ritos culturales como el uso de amuletos, hechizos, oraciones, etc. que las personas llevan a cabo de manera cotidiana, con el fin de proteger la salud y prevenir la enfermedad.

Si bien esto hace patente que a lo largo de su historia, el hombre siempre ha intentado poner un límite a los riesgos con los cuales debía enfrentarse en su vivir cotidiano, también muestra que existen infinidad de prácticas que pueden agruparse bajo un concepto tan amplio de prevención, el cual puede usarse y abusarse de múltiples maneras. Por esta razón, es necesario clarificar su significado, para potenciar su utilidad funcional en el campo de la salud.

Rodríguez-López (cit. en Fernández-Ríos y Cornés, 1997) señala que la prevención se entiende como la *precaución para evitar un riesgo*, al menos en el uso que se le da en medicina, en particular en el campo de las enfermedades infecciosas. Sin embargo, Lofquist (1983, cit. en Fernández-Ríos, 1994) define la prevención en un sentido positivo como *“un proceso activo y asertivo de crear condiciones y/o atributos que promueven el bienestar de la gente”*. (p. 139).

Ambas definiciones señalan aspectos distintos pero complementarios dentro del proceso preventivo: por un lado la evitación de la enfermedad, y por el otro, la mejora en las condiciones de vida. Ambos aspectos se concretan en los

diferentes niveles de prevención que reconoce la medicina preventiva: primaria, secundaria y terciaria.

La prevención primaria es aquella que se dirige al individuo sano o aparentemente sano, cuyos objetivos principales son la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades. Para lograr tales objetivos se vale de la educación para la salud y la prevención específica, si bien éstas no son las únicas herramientas disponibles y funcionales.

La prevención secundaria se encuentra dirigida al individuo enfermo, y tiene el objetivo de evitar el progreso de la enfermedad y limitar las consecuencias incapacitantes. Para la consecución de tal meta, son útiles los procedimientos de diagnóstico precoz y un tratamiento biomédico adecuado. Sin embargo no hay que olvidar que en ocasiones el tratamiento también puede representar, de forma iatrogénica, una fuente de malestar y/o enfermedad.

Álvarez (1998) señala la detección como una acción intermedia entre el nivel primario y secundario en la consideración de que ésta no representa propiamente un diagnóstico oportuno sino una búsqueda intencionada de padecimientos antes de que presenten la sintomatología correspondiente. Éste es el caso del papanicolau como prueba que detecta estados preneoplásicos: displasias. Este tipo de procedimientos, conocidos como pruebas de cribado, se consideran especialmente útiles en los padecimientos de evolución prolongada, es decir, las enfermedades crónico-degenerativas. Sin embargo, su uso en diversos países está sujeto a múltiples factores, principalmente de tipo social, económico y cultural.

Algunos autores (Argimón, 1989; Álvarez, 1998) han señalado la existencia de un tercer nivel de prevención, consistente en la rehabilitación física, mental y social, a través de la terapia física, ocupacional y psicológica. Sin embargo, cada vez existe un mayor consenso en no considerar este tipo de acciones como preventivas, sino agruparlas bajo el rubro rehabilitación. Así, los conceptos más relevantes a nivel preventivo, aún a pesar de ser vagos y generales son los de prevención primaria y secundaria.

En términos epidemiológicos el objetivo de la prevención primaria es la reducción de la incidencia de enfermedades, en tanto la prevención secundaria busca disminuir la duración y el desarrollo de la enfermedad, en busca de una curación temprana.

De acuerdo con Cueto, López y Martín (2001) éste es el principal argumento para preferir la prevención primaria sobre la secundaria, ya que el objetivo más deseable de la salud pública es la no aparición de la enfermedad, no su diagnóstico precoz.

Sin embargo, diversos autores (Fernández-Ríos, 1994; Rose, 1994; Doll y Peto, 1999) han considerado que el éxito de la prevención consiste en posponer un padecimiento, pero no en prevenirlo del todo. Esto no implica la ineffectividad de la prevención, sino que plantea la necesidad de conceptualarla no como una mera evitación de riesgos sino como una posibilidad para aumentar el nivel de salud y bienestar de nuestras vidas.

Tal objetivo no representa una labor sencilla, ya que existen diversas situaciones que complican el panorama preventivo actual. Rose (1994) considera que la ignorancia generalizada y la falta de entendimiento de los problemas y de la manera de afrontarlos, así como la oposición deliberada de poderosos intereses adquiridos, pueden representar serias trabas para realizar prevención primaria efectiva.

A este respecto Pelechano (1999) señala que la apertura a planteamientos que originen nuevas líneas de trabajo alejadas de la ciencia positivista se presenta como un riesgo sin beneficios. Tal situación se debe a que las nuevas soluciones bien pueden entrar en conflicto con los intereses de poderosas empresas, tales como las compañías farmacéuticas, que actualmente poseen el control de productos de uso sanitario que les generan grandes beneficios.

Por su parte, Fernández-Ríos (1994) enumera una serie de barreras a nivel social que pueden obstaculizar los esfuerzos en prevención primaria, tales como:

1. Una sociedad orientada a la crisis en la que sólo se reacciona a nivel individual.

2. Los valores históricos y las tradiciones de los profesionales de la salud han sido contruidos sobre el tratamiento de la enfermedad.
3. Poco personal entrenado dentro de la teoría y prácticas de la atención primaria.
4. Carencia de recursos económicos.
5. Falta de evidencia empírica para garantizar las acciones preventivas.
6. Falta de estructuras administrativas apropiadas para llevar a cabo las acciones preventivas.
7. Es amenazante para algunos a causa de que restringe el libre albedrío de los sujetos.

Sin embargo, tales barreras no representan un obstáculo infranqueable que impida la visualización de alternativas. Por el contrario, se trata de dificultades a superar. No se pueden plantear acciones preventivas, lejos de la consideración de las condiciones socioculturales micro y macrosociales en las cuales se implementarán tales acciones. Por ello es necesario visualizar la complejidad del panorama para buscar alternativas de solución reales y de ninguna manera planteamientos utópicos.

La prevención representa un bien para las personas, tanto a nivel individual como colectivo, y la unificación de la sociedad en busca de esta meta requiere del involucramiento activo de todos sus miembros.

5.2 Medicina y prevención del cáncer.

A lo largo del siglo pasado se fue prefigurando la atención sanitaria desde los objetivos curativos hacia los preventivos, dándose un cambio gradual de los modelos centrados en la reducción del daño, a los orientados a su evitación, y más aún, a la mejora en la calidad de vida.

La concepción de la prevención del cáncer no se vio exenta de tales cambios ideológicos, que redundó en el surgimiento de nuevos modelos que han intentado aún con cierta dificultad desplazar a los viejos esquemas de pensamiento. En el presente apartado, se analizará la evolución y alcance de tales cambios.

5.2.1 Enfoque biomédico.

Desde la visión biomédica predominante tanto en la ciencia médica actual como en la sociedad de la cual es producto, la idea de la prevención del cáncer proviene de la consideración profundamente arraigada de que los factores de riesgo en este padecimiento son exclusivamente de origen exógeno, a no ser por aquellos relacionados con la susceptibilidad heredada genéticamente.

La OMS (1998, cit. en Cueto y Cols., 2001) definió en tal sentido la prevención del cáncer como *“la supresión o neutralización de los factores carcinogénicos presuntos o confirmados y el tratamiento de los enfermos precancerosos”*. (p. 703).

Partiendo de esta idea algunos autores (Doll y Peto, 1999; Cueto y cols., 2001) han reducido la prevención primaria al objetivo de conseguir cambios en los estilos de vida, de manera que éstos no favorezcan la exposición a factores de riesgo exógenos. Dicha cuestión parece complicada en una sociedad invadida por un sinnúmero de factores externos que han sido inculcados como causantes del cáncer, y con los cuales todos estamos en contacto cotidianamente, además de dejar de lado la manera en que las personas interactúan y se relacionan con el mundo en las diferentes esferas en que se desenvuelven: familiar, social, emotiva, cultural, económica, etc.

Así, los programas preventivos se constituyeron durante mucho tiempo como intervenciones lineales basadas en argumentos causales y probabilísticos para la evitación del cáncer, todo esto a través de una hipótesis simple: la no

exposición a presuntos agentes carcinogénicos evita la aparición de cáncer. Desde ésta óptica, López-Abente (1998) menciona que el éxito de la prevención primaria del cáncer depende de:

1. La habilidad de los investigadores para identificar los agentes ambientales susceptibles de ser corregidos o evitados, incluyendo todos aquellos sobre los que haya sospecha y, en especial los asociados con la dieta.
2. La mejora del conocimiento de los mecanismos de acción de las exposiciones y de los carcinógenos.
3. La investigación de los condicionantes de la susceptibilidad fisiológica individual, genéticos y adquiridos.
4. El conocimiento de los factores de protección.

Resulta evidente que en esta concepción el individuo al que se pretende proteger juega un papel pasivo, en espera de que se le informe acerca de lo que debe evitar si no desea enfermar de cáncer. En ocasiones pareciera incluso que poco puede hacer, cuando en contraposición con estos argumentos causales, otros autores culpan a la casualidad del fracaso preventivo, como sugieren Doll y Peto (1999) al señalar que *“la naturaleza y el desarrollo afectan la probabilidad de que cada individuo desarrolle cáncer, y la suerte determina entonces con exactitud qué individuos serán los afectados”*. (p. 15).

Esta idea sólo muestra la incapacidad de una concepción médica meramente exógena de la etiología del cáncer para explicarse las diferencias en la incidencia individual que se escapan a los factores demográficos o probabilísticos, y a los esquemas de pensamiento causa-efecto que rigen sus prácticas.

Así, de acuerdo con Colomer y Álvarez-Dardet (2001) la prevención ha fracasado al aplicar el modelo biomédico que le ha resultado tan útil para las enfermedades infecciosas, a las enfermedades causadas por los intrincados procesos y factores que conforman los patrones de vida.

Aún cuando este modelo de actuación ha logrado grandes avances en el tratamiento curativo de múltiples padecimientos, carece de instrumentos que resuelvan los problemas de salud desde una concepción integral, que no trate cuerpos sino personas, y que no prepondere las cifras sobre la calidad de vida.

5.2.2. Enfoque de promoción de la salud.

Tras la llamada transición epidemiológica, consistente en la sustitución de las enfermedades infecciosas por los padecimientos crónico-degenerativos, fundamentalmente la diabetes, el cáncer y los problemas cardiovasculares, como principales causas de mortandad a nivel mundial, se hizo preponderante la necesidad de acceder a nuevos modelos. Así, hubo de reconocerse que la protección de la salud, la vida y el bienestar humano requerían de un diseño social nuevo, en el que las ciencias psicológicas y sociales pudiesen hacer un valioso aporte.

En la búsqueda de tales herramientas y como respuesta a esta necesidad social, surgió el modelo de promoción de la salud, el cual ha intentado aportar una visión más dinámica, en la que la salud se entiende como un recurso para la vida cotidiana, más que como una meta final, lo cual implica que el presente sea tan importante como el porvenir. Esto debe traducirse en objetivos factibles y alcanzables a corto plazo y un énfasis en la acción, a través de los recursos sociales y personales, así como en las capacidades físicas.

En un primer acercamiento al concepto de la promoción de la salud dado por la OMS (1984, cit. en Colomer y Álvarez-Dardet, 2001) se le definió como *“el proceso de capacitar a las personas para que aumenten el control sobre su salud y la mejoren”*.(p. 33). Esta definición mostraba aún con cierta vaguedad los esfuerzos de una reconceptualización positiva del concepto de salud.

Ya en la conferencia sanitaria panamericana realizada en 1990 (Cit. en Castro, 2001), se definió a la promoción de la salud como *“la integración de las*

acciones que realizan la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y los sectores sociales y productivos, con el objeto de garantizar, más allá de la ausencia de la enfermedad, mejores condiciones de vida de los individuos y las colectividades”.(p. 63) Lo que muestra la inclusión de diversos elementos involucrados en el cumplimiento de su objetivo.

Es por ello que uno de los mayores aportes del enfoque de promoción de la salud es el reconocimiento de que los más importantes determinantes de la salud, están fuera del contexto de la atención médica y del sector salud propiamente dicho. Esto hace necesaria la creación social de la salud, a través de estrategias que involucren múltiples sectores.

Así, la promoción de la salud debe entenderse como un proceso intersectorial, ya que siendo los determinantes de la salud de orden biológico, psicológico, emocional, social, económico, etc., las intervenciones requieren del trabajo conjunto y coordinado de los diferentes profesionales de la salud. Es necesario entender que las personas y las comunidades son un todo complejo, y no es conveniente fragmentarlo para intervenir, sino por el contrario, potenciar su implicación en las acciones a realizar.

Una de las estrategias para lograr tal implicación, la representa la desprofesionalización, dado que uno de los objetivos primordiales es brindar herramientas a la población para que puedan controlar su salud y su enfermedad, y sean autónomos e independientes de los servicios profesionales.

Esto muestra a la promoción de la salud como un proceso dinámico que habilita para el mejoramiento y el control sobre la salud, fortaleciendo el auto cuidado, las redes de apoyo, su capacidad de decisión sobre las maneras más saludables de vivir y de creación de ambientes favorables para la salud.

Colomer y Álvarez-Dardet (2001) señalan que para la consecución de tales metas existen distintos modelos de actuación, que regularmente están determinados por las características de los profesionales que los llevan a cabo, éstos son:

1. Orientados hacia la prevención médica de las enfermedades. Este tipo de acciones intentan reducir la morbilidad y mortalidad prematuras, a través de programas de detección precoz de enfermedades e inmunizaciones. Sin embargo, estas acciones, no toman en cuenta factores psicológicos, sociales y ambientales que influyen en su aplicación, crean dependencia de los servicios sanitarios, y suprimen la capacidad de las personas para decidir sobre los temas de salud que les afectan.
2. Orientados al cambio de conductas. Su objetivo es que los individuos adopten conductas saludables. Uno de los principales instrumentos para conseguir tales cambios es la educación para la salud, definida desde el punto de vista del autor como un proceso de comunicación y de intervención social y educativa con carácter multidimensional, cuyo objetivo es la capacitación y participación de los individuos en la toma de decisiones respecto a su salud. Sin embargo, en muchas ocasiones la conducta más deseable, no siempre resulta la más factible.
3. Orientados hacia el empoderamiento. Consiste en ayudar a la comunidad a identificar sus necesidades y desarrollar habilidades para actuar de forma efectiva en la promoción de su salud, de manera que la función de los profesionales sea como facilitadores del proceso. El empoderamiento puede ser personal o comunitario, pero siempre dirigido a cambiar la realidad social a través del desarrollo comunitario.
4. Orientados hacia el cambio social. Se centra en el ámbito político y ambiental, reconociendo la importancia de los factores socioeconómicos. Se basa en que las opciones de las personas vienen limitadas por las oportunidades que el entorno ofrece.

Son estos dos últimos modelos de actuación, los que llevan a la práctica de manera más clara una de las más importantes implicaciones de la promoción de la salud: la creación social de ésta. Así, de acuerdo con Castro (2001) esta

perspectiva se centra en cinco áreas y la intervención en cada una de ellas para la consecución de sus objetivos:

1. La formulación de políticas públicas saludables que promuevan la salud en todos los sectores de la sociedad.
2. El fortalecimiento de las acciones comunitarias y de la participación de la gente en las decisiones sobre las condiciones de vida y de salud.
3. El desarrollo de actitudes personales para tomar decisiones saludables.
4. Orientación de los servicios sanitarios con el fin de realizar acciones de promoción.
5. Creación de ambientes físicos, sociales y culturales favorables para el desarrollo humano y de la sociedad, y la disminución de inequidades sociales.

Queda claro, que la promoción de la salud es un proceso que incluye no sólo cambios individuales, sino comunitarios y sociales. El malentendido de esta cuestión, ha propiciado el señalamiento de que ésta asume un papel fascista, al imponer ciertos estilos de vida. Por tal razón, la promoción de la salud no debe ser una imposición, sino un proceso de desarrollo y capacitación que ayude a la comunidad y a los individuos a tomar sus propias decisiones en materia de salud, y que busque que estas decisiones sean las más factibles, a través del trabajo con el entorno.

5.3 La labor médico preventiva en México.

La OMS (1991, cit. en López y Sevilla, 1998) define programa de salud como *“Un conjunto organizado de actividades encaminadas hacia el logro de unos objetivos y metas definidas. Cada programa de salud debe tener sus objetivos y metas específicas, cuantificadas en lo posible, que deben ser coherentes con los de la estrategia nacional de salud. En el programa debe establecerse claramente*

las necesidades en materia de personal de salud, locales, tecnología equipos y suministros, métodos, vigilancia y evaluación, calendario de actividades y la manera de asegurar la correlación entre sus diversos elementos y con los programas afines". (p. 466).

Este enfoque apunta hacia estrategias de salud que busquen rumbos definidos en la consecución de metas macrosociales, lo cual ha repercutido en una reorganización de los servicios sanitarios que permita el acceso al bienestar comunitario. Por esta razón será conveniente el análisis de uno de los esfuerzos preventivos más representativos a nivel gubernamental en nuestro país.

5.3.1 El programa PREVENIMSS: breve descripción.

En el caso de México, los programas de salud se hallaban en una situación inconexa entre las diversas instituciones de salud, e incluso al interior de las mismas, de manera que no podía distinguirse la existencia de una verdadera estrategia nacional de salud. Por este motivo y con el fin de dar solución a los problemas del sector, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) unificó los programas de salud preexistentes en la institución, buscando una mayor eficiencia de los servicios de salud y la optimización de los recursos con los que cuenta. Así, la dirección de prestaciones médicas del IMSS diseñó el plan PREVENIMSS, como una estrategia para el otorgamiento de programas integrados de salud.

El IMSS (2002) define tales programas como *"una estrategia de prestación de servicios sistemática y ordenada, consistente en acciones de promoción y protección de la salud, organizadas por grupos de edad"* (p.6). Los grupos considerados son: niños menores de 10 años; adolescentes de 10 a 19 años; hombres de 20 a 59 años; mujeres de 20 a 59 años; y adultos mayores de 59 años. Con esto se pretende dar una atención integral de salud, fundamentada en tres pilares: la prevención, la curación y la rehabilitación.

El personal encargado de la aplicación del programa se encuentra en el primer nivel de atención, y está conformado por el médico de familia, el médico de

fomento de la salud, el personal de enfermería, de trabajo social médico y los promotores de la salud, quienes buscan trabajar de manera coordinada en la realización y registro de acciones preventivas.

A continuación se hará una breve descripción de los objetivos generales y específicos que rigen el programa, así como las estrategias para la consecución de dichos fines.

Objetivos generales:

1. Elevar la cobertura y el impacto de los programas de salud.
2. Mejorar la calidad de la atención en las unidades de medicina familiar.

Objetivos específicos:

1. Cambiar el enfoque de los programas orientados hacia la prevención de enfermedades y riesgos específicos, por el de la protección de la salud de grupos poblacionales.
2. Otorgar a cada derechohabiente, de acuerdo a su edad y género, un conjunto de acciones preventivas y educativas para la promoción de su salud.
3. Estimular la participación corresponsable de los derechohabientes en el cuidado de la salud.
4. Ordenar y agilizar la prestación de los servicios en las unidades de medicina familiar, actualmente fragmentados en múltiples áreas.
5. Facilitar las tareas de los equipos de salud al ordenar y agrupar los numerosos programas de carácter preventivo.

Estrategias:

1. Información a la población: sistema institucional de cartillas de salud, guías para el cuidado de la salud y programa de comunicación social.
2. Capacitación del personal: actualización de la nueva normatividad con el uso de guía práctica y guías técnicas, e incorporación de los trabajadores IMSS a los programas integrados de salud.
3. Modernización del sistema de información: desarrollo de sistemas informáticos que permitan el registro nominal de acciones preventivas y curativas; la vigilancia del cumplimiento de los programas de salud en

cada derechohabiente; el acceso de las unidades médicas a sus propias bases de datos, para el análisis oportuno de la información.

4. Evaluación: indicadores de cobertura de los componentes de los programas en la población adscrita a cada médico familiar y a cada unidad médica; indicadores de impacto de los programas en natalidad, morbilidad y mortalidad; y realización de encuestas en unidades médicas y hogares.

Una vez señalado lo anterior, es necesario entender a detalle las actividades que conforman los programas integrados de salud y la manera en que se realizan. La selección de los componentes de los programas en los diferentes grupos de edad obedece a cuatro criterios: magnitud, que incluye mortalidad, morbilidad y factores de riesgo; vulnerabilidad, evaluada a través de la tecnología disponible para el diagnóstico, la prevención y el tratamiento; trascendencia económica, social y en los servicios de salud; y factibilidad de las intervenciones en función de su aceptación social y los recursos disponibles.

Así, los programas definieron como sus principales procesos la promoción de la salud, prevención de enfermedades, detección de enfermedades, salud reproductiva y nutrición. Para fines prácticos, se consignarán algunas de las actividades concernientes a los tres primeros procesos, por ser los de mayor importancia en relación a la problemática que atañe al presente trabajo.

Las acciones institucionales de promoción de la salud están dirigidas a tres intervenciones básicas: la promoción de los programas integrados de salud, la formación y seguimiento de grupos de ayuda y la educación para la salud. Para la promoción de los programas se cuenta con el sistema institucional de cartillas, que constituyen documentos informativos para la población con el propósito de que ésta conozca los servicios preventivos que se le ofrecen y participe en forma corresponsable en el cuidado de su salud.

Otra estrategia que busca tal corresponsabilidad es la educación para la salud, la cual se realiza a través de la programación de sesiones educativas, a las cuales se invita de manera abierta a la población derechohabiente que asiste a consulta. En tanto, los grupos de ayuda procuran constituirse como una estrategia

de apoyo social para individuos que comparten una problemática común, y se restringen a tres padecimientos en los diferentes grupos poblacionales: sobrepeso y obesidad; violencia familiar y adicciones, siendo ésta última sustituida por desnutrición en el grupo de niños. El personal sanitario, puede referir a los pacientes a tales grupos en caso de considerarlo pertinente.

En el rubro de prevención de enfermedades, las acciones se centran únicamente en la protección contra padecimientos de tipo infeccioso, una parte de ellos evitables por vacunación y, el resto, a través del aporte de información y métodos protectores, como en el caso de las enfermedades de transmisión sexual y la tuberculosis.

Por último, los procedimientos de detección de enfermedades se restringen a los procesos de desarrollo, incluidos defectos visuales, posturales y de la marcha, e hipotiroidismo congénito en la población infantil y adolescente. Mientras que en la población adulta se hace énfasis sobre los cuatro principales padecimientos: cáncer cervicouterino, cáncer de mama, diabetes mellitus e hipertensión arterial. Cabe señalar, que no se aplican procedimientos de detección en el caso del cáncer en la población masculina.

Finalmente es importante señalar, que a través de las medidas precedentes, el programa guarda las siguientes expectativas a corto y mediano plazo:

1. Incrementar la participación de los derechohabientes en el cuidado de su salud.
2. Empoderar a los derechohabientes para el cumplimiento de los programas de salud.
3. Mejorar la salud de los derechohabientes y promover su desarrollo físico y mental.
4. Equilibrar la atención preventiva con la curativa.
5. Mejorar los servicios y la imagen del IMSS.
6. Contribuir con mayor eficiencia al cuidado de la salud de todos los mexicanos.

5.3.2 Análisis del programa PREVENIMSS.

Dado que el programa PREVENIMSS representa una integración de los esfuerzos aislados de programas instaurados con anterioridad, éste se centra en mejorar los procesos administrativos y organizacionales del Instituto, en pro de la agilización de sus servicios. Por esta razón, aún cuando está encaminado al cumplimiento de objetivos relacionados con la cobertura, impacto y calidad de los servicios de salud, la mejora en estos rubros se concibe en términos organizativos y logísticos antes que sanitarios.

Esta situación deja ver la inexistencia del supuesto cambio de visión, ya que la atención se sigue fundamentando en la reducción del daño a través de la atención primaria, por lo cual no se erige como un auténtico plan preventivo, sobre todo a un nivel primario. Con esto no se pretende negar que el programa considera dentro de sus fines el cumplimiento de objetivos preventivos y de promoción de la salud, sin embargo las acciones contempladas se muestran exiguas, puesto que no existe una estrategia real para la consecución de tales metas.

Es evidente que una estrategia de información a la población resulta insuficiente para lograr su involucramiento activo, puesto que como señala Restrepo (2001), ningún tipo de acción social, cultural o educativa que pretenda alcanzar un objetivo debe dejarse sujeta a la total espontaneidad de quien o quienes la realizan.

En este mismo sentido, parece poco funcional reducir la capacitación del cuerpo de salud a la simple tarea de actualizarse en la nueva normatividad para instaurar acciones que se limiten a la supervisión, monitoreo y programación de actividades y procedimientos de cribado. La capacitación del cuerpo de salud debería tener un cambio de trasfondo, que permita modificar sus valores, aptitudes y creencias, puesto que ellos son los encargados de poner en marcha las acciones en beneficio de los derechohabientes.

Esta situación, propicia que no se dé un cambio real en la atención, que sigue centrada en la clínica y limitada a la información, y deja en segundo plano la

prevención de padecimientos y la promoción de la salud en los escenarios reales. Ésta se lleva a cabo a través de acciones muy limitadas e inconsistentes, si bien debe reconocerse que a través de estas actividades se ha dado un primer acercamiento a la comunidad.

No obstante, es preciso señalar que aún cuando se considera la prevención de factores de riesgo desde edades tempranas para el desarrollo de enfermedades crónico-degenerativas, en el caso del cáncer no existe una auténtica estrategia de promoción de la salud, lo cual resta importancia a la prevención primaria al interior del IMSS.

Los esfuerzos preventivos se dan a un nivel secundario, y están limitados a la atracción de las personas hacia la clínica para la realización de procedimientos de detección, que se restringen a mujeres de 20 años y más como grupo de alto riesgo de desarrollar cáncer cervicouterino o de mama.

En el caso de la población masculina no se aplica ningún procedimiento de cribado de manera continua, si bien la detección de la hiperplasia prostática benigna, sin ser un procedimiento de cribado propiamente dicho, representa una opción para los adultos mayores de 59 años que puede contribuir eventualmente a la detección de cáncer prostático.

En este sentido, es importante tomar en consideración, como señalan March, García y Prados (1998), que para la realización de acciones preventivas es imprescindible el análisis de los estilos de vida y el acceso a los servicios de salud, las creencias y actitudes hacia la enfermedad, y otras variables sociodemográficas que pueden favorecer u obstaculizar la puesta en marcha de un plan preventivo.

Sin embargo, este programa no parece haber realizado una evaluación lo suficientemente profunda de las particularidades culturales de la población a atender, desdeñando su heterogeneidad y olvidando que estas variables influyen en la viabilidad de la modificación de estilos de vida, la realización de las pruebas de detección, la asistencia o no a los centros sanitarios, etc.

Tal situación dificulta la consecución de un verdadero empoderamiento de los derechohabientes en el cuidado de su salud, y muestra la ausencia de una dimensión comunitaria que potencie el cumplimiento de los objetivos del

programa. A su vez, se devela como una falacia el supuesto cambio de la atención centrada en factores de riesgo a la centrada en grupos poblacionales, pues esto representa meramente una división administrativa que no cambia en nada el enfoque biomédico tradicional. Esta visión anacrónica tiene importantes implicaciones en el trabajo que realiza la Institución.

En primer lugar, es clara la inexistencia de una auténtica estrategia de promoción de la salud y prevención primaria del cáncer, lo que redundaría en la necesidad de atención primaria de múltiples casos que bien pueden ser evitados. Con esto no se pretende restar importancia a los procedimientos de detección tan útiles para la prevención secundaria, sino señalar que la realización de prevención primaria efectiva reduciría los costos psicológicos, sociales y económicos de la enfermedad.

En segundo lugar pero no menos importante, está la falta de reconocimiento de la importancia del trabajo psicológico tanto en las diferentes etapas del padecimiento, como dentro del propio trabajo preventivo y de promoción de conductas que favorezcan la salud.

A este respecto, cabe señalar que dentro de los profesionales de la salud involucrados en las acciones del programa PREVENIMSS no se incluye a los psicólogos ni a ningún otro profesional de las ciencias sociales, lo cual limita en gran medida la supuesta visión integral del padecimiento. Esto sitúa la labor sanitaria muy lejos de un trabajo preventivo multidisciplinar, y a años luz de la interdisciplinariedad.

Tal situación no implica la inexistencia del trabajo psicológico en el IMSS, sin embargo, éste se limita a las clínicas de especialidades del segundo nivel de atención, en donde actúa dentro de un grupo más amplio de profesionales, pero como un elemento de segunda mano, lo cual le ubica en un lugar devaluado y con un margen de acción pobre.

Como señalan López y Sevilla (1998), se trabaja con el enfoque habitual de considerar el primer nivel como filtro que debe ocuparse de lo poco importante, y asignar al siguiente nivel los casos complejos, en la falsa idea de que es en la especialización donde reside el saber y la capacidad de resolución.

Así, aún cuando en teoría los programas debían ser la respuesta coordinada de los servicios sanitarios en todos sus niveles, en la práctica, la atención primaria y la especializada son organizaciones que se ignoran y desconocen mutuamente, incapaces de coordinarse, y en donde los médicos especialistas adquieren el protagonismo en la intervención.

Ahora bien, no se pueden desdeñar los intentos que el IMSS realiza para la implementación de acciones promotoras de la salud y de prevención de enfermedades, y el presente trabajo considera que una labor crítica carece de validez y se muestra incompleta si no viene acompañada de una labor propositiva, finalidad del subsecuente apartado.

5.4 Psicología y prevención del cáncer.

La labor preventiva en el ámbito de los procesos de salud y enfermedad ha estado durante mucho tiempo en manos de la medicina, y ha permitido poca injerencia desde otras áreas. No obstante, en las últimas décadas, con el reconocimiento del carácter multifactorial de los padecimientos, el consecuente advenimiento de la multidisciplina, y el énfasis reciente en la interdisciplinariedad y las intervenciones comunitarias como forma de trabajo deseable para la consecución de objetivos sanitarios, han surgido nuevos marcos desde los cuales se posibilita realizar acciones preventivas y de promoción de la salud. Uno de estos importantes esfuerzos lo representa la psicología preventiva.

5.4.1 Psicología preventiva y cambio social.

FernándezRíos y Cornés (1997) definen a la psicología preventiva como *“un campo de investigación-acción interdisciplinar que desde una perspectiva proactiva, ecológica y ética y una conceptualización integral del ser humano en su contexto sociomaterial o sociocomunitario real y concreto, trata de utilizar los*

principios teóricos y la tecnología de la intervención actualmente disponible en cualquier disciplina que resulten útiles para la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud física y mental y de la calidad de vida a nivel comunitario, tanto a corto como a largo plazo". (p. 42).

Tal definición implica un énfasis en la interdisciplinariedad, que resulta en la integración y uso de los desarrollos teóricos y tecnológicos de diversos campos de conocimiento, con el fin último de elevar los niveles de bienestar de las poblaciones, y no solamente la reducción de los factores de riesgo. Todo esto, desde una concepción integral del ser humano en su *hábitat* social y material, y a través de intervenciones proactivas, éticas y respetuosas de los derechos individuales y comunitarios en los individuos reales y concretos.

De acuerdo con Fernández-Ríos (1994) *"la intervención preventiva consiste en una acción intencionada y planificada, llevada a cabo generalmente a través de algún tipo de interacción interpersonal, que tiene como objetivo la reducción de la incidencia de una determinada patología en una población concreta en un tiempo delimitado, población que se encuentra viviendo en unas condiciones sociomateriales concretas"*. (p. 246). Los objetivos últimos de la intervención preventiva son siempre los mismos en cualquier nivel: prevenir la enfermedad y promover la salud y calidad de vida.

Este tipo de intervención, parte de la idea de que la salud no se encuentra en las clínicas, sino en los escenarios reales donde la gente interactúa cotidianamente, lo cual implica, como señala Onnis (1997), que todo comportamiento humano sólo pueda ser entendido y eventualmente cambiado trabajando en el contexto y junto al contexto de pertenencia. Por este motivo, se hace imperante la consideración de la comunidad en cualquier intervención.

Newbrough (1989, cit. en Gómez del Campo, 1999) define a la comunidad como *"un sistema social humano que incluye la interdependencia, el desarrollo y el equilibrio, que funcionan mejor dentro de una organización flexible, resaltando la importancia de la igualdad y la participación de sus miembros para el desarrollo de un sistema social sano"*.(p. 63).

Tal concepción señala la necesidad insoslayable de considerar las interrelaciones entre las diferentes esferas micro y macro que conforman los fenómenos comunitarios a la hora de crear acciones encaminadas a la prevención y promoción de la salud.

Esta situación demuestra la necesidad del análisis exhaustivo de las particularidades de la población, y con base en éste, su potenciación en las acciones a realizar. Así, las intervenciones comunitarias se muestran imprescindibles para implicar a los individuos que la conforman en el proceso de conseguir las condiciones de vida más favorables para mejorar y conservar su salud, y por supuesto, prevenir la enfermedad.

En este sentido, se hace evidente la necesidad del cambio social, pensado desde y para la comunidad, lo cual requiere de la implicación activa de todos los sujetos que le conforman, pues sin este precurrente, resulta imposible llevar a cabo cualquier objetivo de cambio, a cualquier nivel. Tal situación no representa una tarea sencilla, puesto que plantea la necesidad de trascender el individualismo y las desigualdades sociales que permean las formas de vida actuales, y prefiguran las futuras.

Debe reconocerse que todo cambio social conlleva consigo la oportunidad de un desarrollo personal y comunitario, y resulta de suma relevancia potenciar el impacto de dicho desarrollo a través de la planificación de lo que se desea cambiar.

Vicens (1995) señala que el concepto cambio social ha sido usado en diferentes ramas tanto para referirse a los cambios en la superficie de la estructura social, por ejemplo los introducidos por una innovación tecnológica, como a los que se dan en un primer nivel de profundidad de ésta, en donde el cambio afecta estructuralmente a una institución sin afectar todo el sistema.

Sin embargo, existe un tercer tipo de cambio todavía más profundo que cuestiona la validez de las normas que rigen el sistema. Este tipo de cambio no sólo busca nuevos conocimientos para apilarlos junto a los viejos, sino que busca

nuevas formas de acceder a ellos y pone en duda que la ciencia moderna con sus viejos métodos sea la única vía para conseguirlo.

Por ello Morin (2001) señala que para articular y organizar los conocimientos y así reconocer los problemas es necesaria una reforma de pensamiento, pero ésta debe ser paradigmática, no programática. Por ello, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad deben partir de la idea clara de que los procesos de cambio social no obedecen a una lógica lineal y cartesiana, son procesos dialécticos y complejos antes que procesos lineales simples de acción-reacción. Sólo así, podrá concretarse un auténtico cambio de visión, base de un profundo cambio paradigmático, y no un simple eufemismo.

5.4.2 Enfoque sistémico en la prevención del cáncer.

Los nuevos programas sanitarios han intentado cambios profundos en la estructura social, sin embargo, en muchas ocasiones esto no ha dado como resultado un verdadero cambio paradigmático, que redimensione la forma de entender los padecimientos y que implique en el proceso preventivo a los múltiples factores involucrados y las relaciones complejas entre ellos. Tal labor, requiere de una visión integral y sistémica, que superando pensamientos dicotómicos, acceda a la salud integral de los individuos.

Así, sería conveniente rescatar el comentario de Onnis (1994), acerca del abordaje de la enfermedad, el enfermo y la familia crónica:

“No existe otro campo de la patología humana en el cual una perspectiva como la sistémica pueda permitir mejor a los operadores rastrear y recoger la multiplicidad de los factores que concurren a provocar la aparición de la perturbación. Esta multiplicidad de factores puede ser captada, elaborada, comprendida y, en el plano de la intervención, afrontada, sólo a través de la renovación de las categorías conceptuales que,

superando relaciones deterministas de causalidad o simplificaciones reduccionistas, enseñen a establecer correlaciones circulares y dialécticas entre los diversos componentes concebidos unitariamente, más allá de toda dicotomía artificiosa". (p. 133).

La postura sistémica plantea entonces el pasaje del reduccionismo de los modelos biomédicos dominantes en la ciencia médica hacia una perspectiva que considere múltiples niveles, no como entidades separadas, sino como aspectos de la realidad en un continuo circular, con el fin de superar las explicaciones de tipo lineal que parecen dejar fuera elementos contextuales indisociables del individuo.

Tal posición considera que en la enfermedad coexiste un cúmulo importante de factores, pero no como una sumatoria de causas, sino como elementos de un fenómeno que se relacionan de manera compleja entre sí y con el padecimiento. Esto lleva a replantearse si es que la mera exposición a los denominados carcinógenos ambientales es el factor determinante de un cáncer, y qué papel juegan los estilos de vida actuales en la manifestación preponderante de cierto tipo de cánceres y la disminución en la presentación de otros.

Desde aquí, se rompe con el esquema evolutivo lineal en el cual el organismo debe adaptarse al ambiente para sobrevivir, al considerar al ambiente mismo como un organismo capaz de adaptarse y evolucionar. Esto implica, una relación dialéctica entre organismo y ambiente, de forma que el organismo no se adapta a un ambiente determinado sino que organismo y ambiente coevolucionan. En este sentido el padecimiento, viene a ser una expresión del desequilibrio en los sistemas donde el organismo se desenvuelve (Onnis, 1997).

Concebir el fenómeno desde la postura en turno, no implica meramente una descripción del propio evento bajo los conceptos de la corriente, sino la intervención del cuerpo teórico en búsqueda de una solución a los problemas ligados al padecimiento. Esta situación requiere ineludiblemente de la planeación de estrategias preventivas cuyo fin sea transformar diversas condiciones de los factores implicados.

En la búsqueda de esta serie de modificaciones se presenta un cúmulo de situaciones adheridas en los diferentes sistemas y cuya alteración guarda relación con el resto de los mismos. De ahí que dichas relaciones restrinjan, obstaculicen, faciliten e incluso atenten contra el desarrollo e integridad individual o social, condicionando la viabilidad de la intervención preventiva. Es imperativo considerar que si bien la salud depende en parte de los individuos, también se encuentra influenciada por su contexto, y esto implica que la capacidad para influir sobre la propia salud sea desigual.

De tal forma, existen ciertos precurrentes para la salud, que se encuentran en la esfera de lo social, y que no están en su totalidad al alcance de los individuos. Dentro de estos, Villalbi y Nebot (1989) consideran la paz, la vivienda, el acceso a la educación, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad. Para los pueblos desprovistos de dichos requisitos, hablar de la salud como prioridad colectiva tiene poco sentido, puesto que otras cuestiones están por encima.

Aunado a esto, en las últimas décadas se ha dado un debilitamiento de las estructuras tradicionales de apoyo social, un ejemplo de ello sería la disminución de contacto con la familia extensa, forzando el ritmo de la vida social. La nueva organización social ha conllevado el incremento de los hogares unipersonales, lo cual coadyuva en la percepción negativa de soledad y ausencia de apoyo social, y representa la dificultad para recibir ayuda a través de programas alternativos, en el caso de la manifestación de signos de enfermedad.

Colom (1997) considera que tales condiciones de soledad y aislamiento, han reducido las redes sociales que hasta hace poco tiempo cubrían una parte importante de la ayuda parcial y temporal que podían surgir. Sin embargo, la aceleración del ritmo de vida también ha traído consigo la impersonalidad en la interacción de los individuos con el contexto al que pertenecen, provocando el estrés, ya sea en el trabajo, en las actividades cívicas, incluido el ocio, o en las mismas relaciones interpersonales. Las urgencias y prisas son manifestaciones cotidianas de la aceleración, que conducen a vivir el tiempo de una manera más

angustiante, y han propiciado la reducción de las relaciones interpersonales o las han condenado a la impersonalidad.

Por tanto, actividades diarias que son básicas para el bienestar humano, como la relación con el *hábitat*, las formas y contenidos del trabajo, las relaciones humanas o el ocio, se ven sumidas en un ritmo vertiginoso, que limita la instauración de pautas de conducta saludables.

Esto no significa la improbabilidad de las intervenciones, sino la necesidad de considerar estas variables sociales como factores relacionados con la salud de las comunidades, y por tanto, elementos necesariamente involucrados en las labores preventivas y de promoción de la salud.

Así, Vicens (1995) considera que podrían modificarse las actitudes básicas respecto a la manera de trabajar, habitar, alimentarse o descansar, y cambiar así muchos de los hábitos que tienden al anquilosamiento y alienación, reorientándolas hacia otras más saludables.

En este sentido, la red social juega un papel fundamental, al ser el principal recurso sanitario. Esto significa el reconocimiento de que los individuos, las familias, los amigos y los grupos sociales en general, son los agentes más idóneos para el proveimiento de los principales cuidados para la salud.

De tal forma, se hace patente la importancia de elementos como el sistema informal de salud, conformado por compañeros, amigos y familiares, el voluntariado o las asociaciones de ayuda mutua en el bienestar comunitario y la salud de sus individuos. Sluzki (1998) y Wolfberg (2002) consideran que una red social personal estable, sensible, activa y confiable protege a la persona 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.

Asimismo, Sluzki (1998) señala que la presencia de enfermedad en una persona, especialmente una enfermedad de curso prolongado tal como es el cáncer deteriora la calidad de su interacción social y, a la larga, reduce el tamaño y la accesibilidad de su red social. Esta doble acción permite perfilar círculos virtuosos en donde la presencia de una substancial red social 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 en una persona afecta negativamente su red social, lo que a su vez impactará del mismo modo en la salud del individuo o del grupo social al que pertenece, cosa que a su vez aumentará la retracción de la red, y así, en espiral de deterioro recíproco.

Sin embargo, no deben sobrevalorarse los efectos de la red *per se*, puesto que el entramado de relaciones sociales en que se da la construcción del individuo está conformado tanto por vínculos positivos como negativos. Existen redes que lejos de confluir a la salud, propician la enfermedad, como aquellas redes sociales que influyen para el consumo de drogas, las relaciones laborales causantes de estrés, o las familias cuya constreñida comunicación ocasiona la inhibición de estados emocionales, trastornos depresivos y ansiógenos, etc. En esa situación, es fundamental entender que la construcción de la red debe potenciarse en un sentido benéfico para las personas, de manera que la extensión de estas redes ayude a construir una sociedad más saludable basada en la salud de cada uno de sus miembros.

De tal forma, un programa encaminado a la consecución de objetivos preventivos primarios en la comunidad, debe hacer énfasis en la promoción de la salud, la interdisciplinariedad, y una visión holística, sistémica y compleja de la realidad, siendo uno de sus principales componentes, el desarrollo y la consolidación de una red estable de relaciones informales y el aprendizaje o reaprendizaje de las habilidades necesarias para establecer, nutrir y mantener relaciones sociales activas.

5.4.3 Consideraciones finales: una propuesta.

En consonancia con lo revisado a lo largo del presente trabajo de tesis, se propone la intervención en diferentes niveles interrelacionados.

En primer lugar, es evidente que en la prevención del cáncer la no exposición a factores exógenos resulta además de complicada insuficiente, dada la gran cantidad de elementos ambientales que han sido incluidos bajo el rótulo de

iniciadores o promotores de la carcinogénesis, y con los que estamos en contacto cotidianamente.

Tal situación, hace necesaria la **reconceptualización de la génesis y desarrollo del padecimiento** a través de una visión que enfatice no sólo la multifactorialidad de éste, sino las relaciones dialécticas que se dan entre los diferentes elementos relacionados con el padecimiento y entre sí. Esta reconceptualización, representaría tanto un precurrente como un objetivo de la intervención. Esto quiere decir, que para conseguir un cambio en las creencias, modos de vida y formas de ver el padecimiento en la población atendida, es indispensable que los propios profesionales de la salud cambien su visión.

No obstante, este cambio no implica negar la importancia de los factores exógenos en la génesis y desarrollo del padecimiento, sino al contrario, enriquecer los procesos preventivos al dotarlos de la complejidad que la realidad posee. Esta visión compleja, implicaría el énfasis en una intervención, que recoja tales elementos en la instauración de los procesos preventivos y curativos.

Así, se manifiesta imprescindible la ponderación de factores hasta ahora desestimados, como los estilos de relación interpersonal en diferentes escenarios de la vida social como el familiar, el escolar, el laboral, el barrio, etc.; los estilos de afrontamiento de situaciones potencialmente estresantes; las condiciones contextuales generadoras de enfermedad en múltiples contextos entre los que se pueden enumerar a el ruido, la contaminación, el hacinamiento, la aceleración del ritmo de vida, etc.; la satisfacción de necesidades emocionales y el manejo de estados emocionales disruptivos principalmente depresivos y ansiógenos; entre otros múltiples factores que se encuentran relacionados entre sí y con el proceso salud-enfermedad.

La integración de estos elementos en los procesos preventivos y curativos, conllevaría para el psicólogo, en tanto profesional de la salud, la necesidad de promover estilos positivos de interacción social y ecológica, que eviten el surgimiento o cronificación de estados emocionales nocivos, fomenten e incrementen las conductas de autocuidado, y la cantidad y calidad del apoyo social. Esto apuntaría asimismo, hacia una mejoría de la calidad de vida en las

diferentes esferas en que cada individuo se encuentra inserto, en la medida que las condiciones de cada individuo, grupo o comunidad lo permitan.

En tal reconceptualización los profesionales de la salud fungirían como agentes de cambio, incidiendo en las creencias y prácticas de la población que se ve afectada por el padecimiento, pero sin violentar los procesos que definen a cada grupo.

La consecución de tal objetivo plantea de forma ineludible **la reconceptualización de las funciones propias de cada profesión en el marco del trabajo interdisciplinario**. Tal acción, conllevaría la evitación de protagonismos excesivos y abusos de poder en el ámbito de la salud, además de un énfasis teórico-práctico en la labor social y comunitaria en la formación de los profesionales de la salud, desde perspectivas que atiendan la complejidad de los fenómenos que habrán de enfrentar, tanto en el nivel preventivo como en el curativo y la rehabilitación.

Debe entenderse, como señala Gómez del Campo (1999) que la interdisciplinariedad no es una mera yuxtaposición de disciplinas, sino la integración de conceptos, métodos y técnicas para lograr disminuir la distancia entre la ciencia y la profesión.

Esta reconceptualización deberá concretarse en la conformación de equipos profesionales donde se conjuguen realmente los saberes de las diferentes disciplinas en un contexto de atención integral, ya que como señala Najmanovich (1995) las disciplinas científicas siguen en muchos casos pensando en términos de compartimientos estancos y territorios exclusivos, creyéndose independientes de la cultura y la sociedad que las nutre.

En esta reorientación el psicólogo deberá asumir un papel proactivo, de manera que no se convierta en un elemento de segunda mano, y pueda realizar un trabajo eficaz que no esté completamente supeditado al trabajo biomédico, pero sí relacionado con el mismo. Por ello, consideramos que el trabajo psicológico no debe ser solamente una alternativa a los límites de éste o trabajar con los cambios somáticos del padecimiento, sino prever los mismos en el marco de un auténtico trabajo interdisciplinario.

Siguiendo a Rolland (2000), creemos indispensable que los profesionales de la salud mental cuenten con una visión psicosocial de la enfermedad, que encauce su labor hacia las demandas generadas a lo largo del padecimiento, y en particular, hacia los momentos críticos o períodos de transición entre las diferentes fases por las que cursa éste.

Esto posibilitaría en primera instancia, el no adscribir por completo el trabajo psicológico al modelo biomédico y su forma de trabajo, ganando cierta independencia en sus intervenciones, pero sin desligarse del tratamiento somático curativo.

En segundo lugar, propiciaría la inclusión de los diferentes actores involucrados en el proceso nosológico, siendo los principales el enfermo, la familia y el equipo de salud. Si bien, debe recalcarse que estos no están exentos de la influencia de otros sistemas con los cuales interactúan de manera cotidiana, y de los cuáles también forman parte.

Esto muestra la necesidad de basar cualquier clase de intervención en un profundo análisis de las relaciones entre los diferentes sistemas involucrados. No obstante, deben señalarse las limitaciones propias de una intervención que no modifique de manera directa las condiciones macrosociales que forjan y mantienen condiciones generadoras de enfermedad.

No obstante, Martínez (1995) señala que ante la creciente macrodesestructuración que permea las sociedades actuales, la solución a sus problemáticas plantea como elemento indispensable la participación de los individuos en la microestructuración de lo social. Esto quiere decir, que el abordaje de una problemática compleja no debe realizarse únicamente desde los consecuentes últimos o las características más visibles del problema, sino incidir en las bases que conforman éste.

Considerando la necesidad de una estrategia que considere los diferentes elementos y sectores involucrados en la creación de salud y enfermedad, susceptibles de ser modificados desde el ámbito psicológico, consideramos al ámbito comunitario como el idóneo para realizar tal labor.

Para ello, es necesario valerse de dos estrategias fundamentales: la **desprofesionalización**, y la **consolidación y extensión de redes sociales** encaminadas a la prevención.

La desprofesionalización se refiere a la salida del conocimiento y la responsabilidad sanitaria hacia los escenarios sociales, en donde la comunidad pueda apropiarse de ellos y participar activamente en la creación de su salud y la prevención de la patología.

Roth (1986) señala tres razones para justificar la práctica desprofesionalizada en el ámbito comunitario:

1. Al convertir a la comunidad en autoprestatarios del servicio, se evita violentar sus valores, actitudes y creencias. Esto posibilita mayor involucramiento de la comunidad en la resolución de su problema conforme a sus propios valores y objetivos, y al mismo tiempo, evita el abuso en el ejercicio de poder por parte de los profesionales sanitarios

2. Una intervención en la cual los objetivos y técnicas son definidos por la propia comunidad tiene mayores posibilidades de concurrir al cambio social y permitir su mantenimiento en el largo plazo, propiciando el empoderamiento de la comunidad.

3. La desprofesionalización garantiza la multiplicación gradual de la acción y, por tanto, un amplio alcance de los beneficios de la práctica desprofesionalizada.

Así, la desprofesionalización, en tanto capacitación de individuos y grupos, permite a la comunidad desarrollar y apoyarse en sus propios recursos para detectar, definir y resolver sus problemas, multiplicando las posibilidades de atención y administración de servicios y reconociendo a los miembros de la comunidad que de hecho ya se ocupaban de alguna manera de proporcionar atención a las personas que lo necesitaran.

No obstante, para que el proceso desprofesionalizante resulte exitoso, no basta con la simpleza pragmática de la transmisión de información, ni con el desarrollo de normativas y estructuras para la participación comunitaria. Esto será

siempre insuficiente si no se consideran las formas de trabajar y las actitudes, habilidades y posición en la comunidad de las personas implicadas.

Así mismo, deben evitarse las actitudes paternalistas que convierten a los programas sanitarios en burdas imposiciones que lejos de motivar la participación comunitaria, intentan obligar a la gente a adquirir artificialmente pautas de conducta que se encuentran en contradicción con sus condiciones o estilos de vida.

Aquellas acciones preventivas que desdeñen las condiciones socioculturales micro y macrosociales en las cuales serán implementadas, estarán siempre destinadas al fracaso. Por ello, la acción preventiva deberá encaminarse tanto a los factores de riesgo desencadenantes, como a los factores protectores que se hallan en el devenir de las familias y de las comunidades, para lo cual es necesario el trabajo en red.

Debe entenderse que esta intervención de corte sistémico, no se limita al trabajo con el sistema familiar, si bien en tanto contexto primario formador donde confluyen multiplicidad de niveles, representa un importante bastión en la conformación de acciones preventivas. Sin embargo, como bien señala Sluzki (1998), la elección de la unidad de análisis es prerrogativa del observador y no característica inmanente de lo observado.

Así, las fronteras del sistema significativo del individuo no están limitadas a la familia nuclear o extensa, su red social se conforma por todas aquellas personas con quienes interactúa cotidianamente, y que, en tanto co-constructores forman parte de su identidad. De esta forma, como señala Pakman (1995), la noción de red se convierte en una invitación a verse a sí mismo como partícipe reflexivo de la construcción de los otros.

De acuerdo con Saidón (1995) y Pakman (1995), es esta característica la que nos presenta a las redes sociales tanto como un modo de funcionamiento de lo social, es decir un grupo de interacciones espontáneas que aparecen en un cierto contexto definido por prácticas informales, como una propuesta de acción, con el intento de organizar esas interacciones de un modo más formal,

trazándoles una frontera o límite, que permita mantener, ampliar o crear alternativas deseables para sus miembros.

De forma que la estrategia de consolidación de redes, contribuya al refuerzo de la identidad de los miembros de la sociedad, vía para construir una mayor integración social. Las redes proporcionan a las personas experiencias positivas y un conjunto de roles o papeles estables y reconocidos socialmente por la comunidad, que devienen en el bienestar de sus miembros. Por ello, como señala Klefbeck (1995), un objetivo fundamental de la intervención en red es hacer concientes a las personas de que no son víctimas del comportamiento de otros, sino que en un alto grado pueden ser agentes activos y competentes en las redes sociales.

De igual forma, visualizar el trabajo en red como alternativa implica rescatar la idea del individuo con pertenencias múltiples, evitando psicologizar o comunitarizar el fenómeno, pues como señala Martínez (1995) el individuo no forma parte de una sola comunidad, sino de múltiples comunidades. Su identidad no proviene de algo autoimpuesto, sino que se expresa en ese conjunto de pertenencias.

Para poder acceder a esos diferentes niveles de complejidad de la comunidad, se requiere una estrategia que permita la involucración activa de los profesionales en las redes informales. Para ello hay que entender, que toda intervención en un sistema social se inscribe dentro de una historia en curso, y poder conectarse a las raíces de esa historia representa una puerta de acceso a la comunidad (Pakman, 1995).

Por ello, como señalan Bertucelli, Mercado y Lerda (1995), la intervención debe ser pensada en las redes preexistentes buscando la forma de optimizar su accionar. Esto es lo más práctico, puesto que permite articular la labor preventiva a partir de lo que ya se está haciendo para evitar el riesgo de descalificaciones en el ámbito social, además de superar el obstáculo que representa la creación de infraestructura con este objetivo.

En este sentido, los no profesionales y los paraprofesionales representan un importante enlace con las estructuras e instituciones locales, y juegan un papel

fundamental en la fase de detección de necesidades. En el caso del fenómeno neoplásico, existe un sector de la comunidad que se encuentra profundamente implicado en la problemática, este sector lo conforman los amigos y familiares de enfermos o finados por cáncer, en tanto red social personal del enfermo, así como aquellos enfermos que lograron recuperarse del padecimiento. La experiencia e involucramiento de este sector puede potenciarse en una mayor efectividad del proceso de concientización, y la consolidación y extensión de redes al interior de la comunidad, valiéndose de las estructuras existentes y creando los vínculos necesarios para penetrar en la comunidad a través de acciones efectivas.

Una razón fundamental para realizar una labor primaria con este grupo es que de alguna manera representa un grupo amenazado por el riesgo de cáncer. En el caso de la familia de una persona que en algún momento de su vida desarrolló cáncer, esto se debe en primer lugar, a la presumible relación entre factores genéticos hereditarios y el cáncer, en la transmisión del síndrome de cáncer hereditario, que se manifiesta en la predisposición a la aparición de tumores. Pero más aún, por la transmisión y/o afinidad de estilos de vida, de afrontamiento, de manejo emocional, de comunicación familiar, de relación con el mundo mediato e inmediato, de alimentación, ocupacionales, etc., en el seno familiar, en tanto sistema abierto con interdependencia de sus miembros.

Aunado a esto, Stefani y cols. (2003) señalan que los cuidadores de familiares enfermos crónicos, deben enfrentar junto al enfermo la pérdida de un estilo de vida anterior, y en muchos casos de su trayectoria vital. Frente a tal situación, emergen sentimientos de soledad y concomitantemente, el aislamiento como pérdida de relaciones importantes de la red social frente a la enfermedad de un miembro familiar. Tomando en consideración que las habilidades de afrontamiento condicionan y están condicionadas por el sentimiento de soledad y la situación de aislamiento emocional y social, estas personas se ven expuestas a una dinámica que elicit el desarrollo de enfermedades.

No obstante, debe resaltarse que la enfermedad no sólo erosiona las redes preexistentes, sino que también contribuye a crear nuevas redes, entre ellas, la conformada por el personal sanitario, y en algunos casos, los grupos de ayuda

mutua. Esta condición, puede ser aprovechada favorablemente no sólo en la instauración de los procesos preventivos, sino que puede ayudar a ligar estos con las labores curativas y de rehabilitación desde el ámbito institucional.

Esto implica que la intervención con las familias de enfermos oncológicos en el transcurso de la enfermedad potenció en gran medida el acceso a los recursos de la red, evitando la pérdida de vínculos sociales. El apoyo social fomentará un adecuado afrontamiento de la enfermedad por parte del sistema familiar y de cada uno de sus miembros, y reforzará límites permeables hacia la comunidad, en una relación dialéctica entre los diversos sistemas que conforman ésta.

Una de las actividades benéficas en este sentido, señalada en el capítulo cuarto, es el fomento a la participación del paciente y la familia en grupos de ayuda de enfermos oncológicos. Rolland (2000) considera particularmente útil la inserción de la familia del enfermo en grupos multifamiliares, considerando que el contexto grupal proporciona a las familias la oportunidad de aprender de sus pares en otras familias, y a partir de ello probar nuevas pautas de relación y de respuesta a la enfermedad. Aunado a esto, la inserción en este tipo de grupos ayuda a la disminución de la culpa y la vergüenza, evitando el sentimiento de estigmatización y aislamiento de los miembros de la familia en relación con su problemática particular.

El apoyo mutuo brindado por el grupo, hace que los cambios en las relaciones familiares resulten menos amenazadores y les permite a las familias que están aisladas formar redes de apoyo que pueden extenderse más allá de las sesiones grupales, contribuyendo a sortear las demandas de adaptación, no sólo en la fase de crisis, sino a lo largo de todo el proceso nosológico.

Al mismo tiempo, al apoyar la labor de adaptación familiar, este tipo de grupos pueden contribuir a reducir la carga de los profesionales sanitarios en su relación con la familia del enfermo, potenciando procesos de comunicación efectiva.

Es fundamental que este tipo de intervención no concluya con el desenlace del padecimiento, sino que se extienda con fines preventivos, tanto en el ámbito

familiar como en el comunitario. Así, el trabajo con los familiares de pacientes o enfermos de cáncer se encaminaría a la protección de su salud mental y física a través de la reactivación de las redes retraídas durante y posterior al padecimiento, y la extensión de las creadas durante éste, de manera que éstas sirvieran como un factor protector personal, y al mismo tiempo, tuvieran una función de regulación social, al extender prácticas saludables a lo largo de la comunidad entre sus miembros y grupos, mediante redes formales e informales. Esto permitiría no sólo un enlace directo con la comunidad, sino relacionar los procesos preventivos con las labores curativas y de rehabilitación en el ámbito institucional.

Para ello, sería necesario fomentar la participación de miembros de este tipo de grupos, en acciones de beneficio comunitario. Primavera (1995) señala tres consideraciones para la consecución de la participación ciudadana en proyectos comunitarios:

1. No forzar la participación de la gente, sino aceptar que las propias personas definan el grado y alcance de su participación;
2. Buscar plantear proyectos lo más multiplicadores y autonomizadores posibles;
3. Como profesionales, hacernos responsables de cómo participa el otro, ofreciendo alternativas, negociando, flexibilizando.

Aunado a los tres puntos anteriores, consideramos un cuarto punto, de particular importancia para los fines de esta labor:

4. Ofrecer a los participantes, a la par del beneficio comunitario, un beneficio individual y concreto. Éste puede ser tanto una remuneración por las actividades en las cuales se involucre, como el apoyo profesional en la resolución de problemáticas de índole personal.

Una vez conseguida la participación, y tras un proceso de capacitación constante, deberán formalizarse los vínculos entre estas redes con otro tipo de redes preexistentes, sean de orden institucional, deportivo, escolar, empresarial, civil, etc. a fin de extender las acciones preventivas.

Estos grupos, apoyados con recursos profesionales y económicos brindados por las instituciones sanitarias, tendrían como principales objetivos la distribución de información y el apoyo a la formación en la comunidad de conductas preventivas, a través de acciones psicoeducativas tanto en prevención primaria y secundaria como en promoción de la salud.

Debe aclararse sin embargo, que tales acciones no deben tener como finalidad el otorgamiento pasivo de información, ni la atracción de la población hacia la clínica. Por el contrario, debe aprovecharse la infraestructura existente en la comunidad, trabajando con las personas de los escenarios en que se desarrolla su vida regularmente, y evitando al mismo tiempo la sensación de amenaza que muchos individuos experimentan en ambientes institucionales restrictivos, como lo representan las instituciones sanitarias.

De igual forma, los profesionales de la salud deberán coadyuvar en la organización de grupos de trabajo al interior de las comunidades, los cuales centrarán su atención en las prácticas, creencias y prejuicios que rigen las actitudes de autocuidado, las conductas hacia los factores de riesgo, consumo o exposición, y la interacción entre los miembros de la red, con el fin de implicar a los diferentes sistemas involucrados.

Como bien señala Motta (1995), una red es un tejido de conexión entre iguales, por lo cual los flujos de información en su interior deben ser horizontales, no jerárquicos. No obstante, aún cuando los grupos estén organizados de una manera no jerárquica, una vez que se hayan autodefinido, el psicólogo deberá asumir las responsabilidades de guía en sus procesos. Ésta no es una labor sencilla puesto que existe el peligro de fijar rígidamente los límites y las funciones de la red, perdiendo así la ambigüedad creativa que le caracteriza, o a la inversa, confiar demasiado en su espontaneidad.

Para superar esta dificultad, es pertinente comentar el trabajo realizado por Zambrano y Hernández (1995), en el cual, dentro de una estrategia educativa de prevención primaria en el ámbito comunitario, todos los participantes, incluidos profesionales, paraprofesionales y no profesionales, compartieron en los grupos de trabajo, expectativas, conocimientos y vivencias que les permitieron interactuar

de manera más positiva y eficaz en el entorno familiar y social correspondiente. Este proceso posibilita un aprendizaje estructurado a lo largo de la confrontación constante entre experiencias y conceptualizaciones propias con las de los demás integrantes del grupo.

Este modelo intenta convertirse en un modelo de prevención autogestionario, basado en el desarrollo de acciones educativas particulares, que a través de su aplicación en el ámbito familiar impacten en el contexto comunitario, en el universo de la acción institucional y profesional.

No obstante, debe tenerse en cuenta que una intervención limitada a la esfera familiar resultaría insuficiente en la consecución de un profundo cambio social si no está acompañada de la acción sinérgica con otros sistemas. Esto hace indispensable la acción estructurada en otro medio de importante influencia en la conformación de la identidad individual y comunitaria: el ámbito escolar.

En este sentido, es fundamental el fomento de estilos de vida saludables, el cual requiere necesariamente del desarrollo de cierto tipo de conocimientos y habilidades: conductas de autocuidado; manejo de estados emocionales disruptivos; resolución de problemas; visión psicosocial y fisiológica de los padecimientos y sus vías de prevención; conocimiento de los factores intrínsecos y extrínsecos nocivos; conductas cívicas y de apoyo social; inclusión en actividades que fomenten el bienestar social; etc. Esto colaborará asimismo, en la desmitificación social de cuestiones relativas a la enfermedad que predisponen no sólo a la aparición de enfermedades, sino también a la retracción de las redes ante éstas.

Consideramos pertinente la adopción de este estilo de trabajo, en la búsqueda de impulsar formas de organización que posibiliten mejores condiciones de vida, basadas en profundos cambios sociales. No obstante, es preciso señalar que existen ciertos factores, sobre los cuales la comunidad no posee un importante grado de control, y que influyen, restringen, obstaculizan e incluso impiden de manera evidente las acciones, tanto de la comunidad organizada, como de los individuos aislados.

A este respecto, existen factores de orden macrosocial, como los de tipo sociopolítico, cultural, empresarial, gubernamental, etc., los cuales representan serias limitantes para la puesta en práctica de los planes de acción, dada la posible afectación de los intereses de terceros, ajenos al sector sanitario y al grueso de la población.

Es innegable en este sentido, la influencia de los medios de comunicación en los estilos de vida predominantes en las modernas sociedades actuales. El consumo de productos nocivos para la salud, la imitación de modelos inalcanzables, el impulso a la caridad social antes que a la participación comunitaria, el fomento a la automedicación, entre otras situaciones, inciden de manera negativa en la formación no sólo de conductas indiferentes ante la propia salud y la de los demás, y en la formación de un concepto de ésta basado en la medicación, sino también en la frustración de los individuos ante su propio nivel de vida, con graves consecuencias en el escenario individual, familiar y social en general.

No obstante, también debe reconocerse que la salud ha irrumpido fuertemente en los últimos años en el escenario de los medios de comunicación masiva, aún cuando sea como producto de consumo. Sería importante potenciar esta condición en la conformación de campañas publicitarias que utilicen estos medios valiéndose de las mismas estrategias de consumo, para potenciar así su impacto en la creación de formas de vida saludables, que puedan enfrentar el fomento de las condiciones patogénicas. Sin embargo, esto representa una labor sumamente complicada, en tanto representa luchar con poderosos intereses en desigualdad de condiciones económicas, políticas, de infraestructura, y de poder en el ámbito social en general.

Finalmente, es preciso señalar que esta propuesta debe concebirse como una parte inacabada de un proceso global de promoción de la salud, que implique las propuestas y acciones de otros profesionales de la salud y diversos sectores, en un énfasis interdisciplinario e intersectorial.

Es evidente que el proceso preventivo y de promoción de la salud no acaba en el cambio de conductas personales hacia hábitos más saludables, ni en el

cambio de actitudes de los profesionales de la salud ante su labor, si bien representarían importantes avances en el marco de las labores relacionadas al ámbito sanitario como la investigación, la prevención primaria y secundaria, el tratamiento y la rehabilitación.

Para lograr la salud social e individual, son urgentes cambios económicos, sociales y políticos que posibiliten su consecución. Mientras impere el estrés, la impersonalidad, el individualismo, la impotencia, el miedo; mientras persistan las formas de vida alienantes y vacías; mientras no existan los espacios sociales para la realización y el esparcimiento individual y social; imperará la enfermedad.

CONCLUSIONES.

Al dar inicio a la elaboración del presente trabajo de tesis, nuestro objetivo se definió en términos de la viabilidad de la prevención del cáncer desde el ámbito psicológico, en el desarrollo de una propuesta de prevención en el marco del trabajo interdisciplinario. No obstante, la revisión teórica y el acercamiento a los programas institucionales en vigor, planteó la necesidad de ampliar nuestra meta hacia una reconceptualización de la importancia de la intervención psicológica tanto en la prevención como en el tratamiento del cáncer.

A través de la literatura, pueden observarse importantes modificaciones en la concepción de los padecimientos neoplásicos y su génesis. Así, se ha pasado de las ideas que concebían al cáncer como el resultado de unas cuantas causas aisladas, al reconocimiento de que su origen se encuentra en múltiples factores. No obstante, entre estos se sigue otorgando un peso protagónico a los de orden biológico, por encima de los índole psicosocial.

Esta concepción tiene diversas implicaciones. En primer lugar, deja a los individuos al margen del cuidado de su salud, relegándoles a un papel pasivo, y depositando en los médicos la única verdad reconocida sobre el tema. Esta situación propicia los abusos en el ejercicio de poder en el ámbito sanitario por parte del médico, y concomitantemente, una intervención que en múltiples casos violenta las creencias y modos de vida de los individuos a quien se dirige. En segundo lugar, y en estrecha relación con el primer punto, está la devaluación del trabajo realizado por otros profesionales de la salud en el ámbito sanitario, entre ellos el psicólogo.

En el intento de superar esta visión dogmática y anacrónica, diversas disciplinas han confluído en un esfuerzo creciente por integrar todos los elementos presentes en el proceso de enfermedad, en la búsqueda de metodologías y desarrollos teóricos que permitan un nuevo y mejorado abordaje del padecimiento. No obstante, muchos de esos intentos no han podido trascender las barreras disciplinarias, limitando así el alcance de sus conocimientos y de sus acciones.

De ello deriva la necesidad de reconceptualizar la génesis y desarrollo del padecimiento a través de una lente integral que no sólo se plantee la inclusión de factores hasta ahora desdeñados, sino que dote a la explicación del fenómeno de la complejidad de las relaciones entre ellos.

Sería absurdo creer que el psicólogo está en condiciones de realizar tal labor adscribiéndose únicamente al conocimiento emanado de su propia formación, pues ninguna disciplina por sí sola se encuentra en condiciones de hacerlo. Es para nosotros evidente, que la complejidad del fenómeno requiere de la incursión de diversos profesionales para su entendimiento.

Ahora bien, esto no significa la búsqueda de una explicación única y absoluta del fenómeno, sino al contrario, la apertura a diversidad de puntos de vista que puedan enriquecer el abordaje del padecimiento. Con ello, el presente trabajo desea enfatizar la importancia de la interdisciplinariedad como la forma más idónea de hacer frente a la complejidad del proceso salud-enfermedad.

El intento de realizar esta conjunción interdisciplinar ha propiciado la búsqueda de nuevas metodologías, las cuales puedan presentar visiones integradas de los fenómenos. Desafortunadamente, muchas de estas aparentemente nuevas concepciones no se escapan a la influencia de los esquemas de pensamiento que intentan refutar.

De tal forma, algunos que se envanecen de haber descubierto la terrible fragmentación de la que han sido objeto nuestros cuerpos y mentes, pretenden reunirlos a través de hilos endebles, en una sumatoria absurda, en donde al final alguna de las partes resulta ser la marioneta de la otra.

Así, como señala Onnis (1997), mientras en las teorías somato-genéticas todo factor psicoemocional queda reducido a la mera reacción neurofisiológica de un organismo biológico, en las teorías psico-genéticas toda manifestación del cuerpo queda explicada mediante un código de los procesos de simbolización, en la metáfora del *“cuerpo dominado por las emociones”* (López Ramos, 2002).

Ambas visiones radicales, han demostrado su insuficiencia, al centrarse en una sola clase de factores, escindiendo el fenómeno al tratar de unificarlo. El fenómeno neoplásico, en tanto se inscribe dentro de la realidad compleja actual,

requiere para su entendimiento de un modelo integrador, que no solo se plantee el rompimiento de la dicotomía mente-cuerpo, sino que trascienda el tipo de pensamiento que da origen a tal maniqueísmo, considerando al individuo como parte indisociable del entorno, con quien guarda una relación dialéctica.

El presente trabajo plantea el pensamiento en términos de sistemas como la opción más viable, para el abordaje teórico y práctico del fenómeno neoplásico y sus implicaciones psicológicas y sociales. Este enfoque, en tanto intenta cambiar la visión de elementos aislados predominante en la ciencia moderna, por una visión que enfatice en la interrelación entre los diversos elementos que componen los fenómenos, lleva implícito un principio dialéctico, es decir de influencia recíproca entre las partes, y un principio dialógico, es decir de complementariedad de los antagonistas.

Contrario a una creencia arraigada incluso entre partidarios teóricos de esta perspectiva, el paradigma sistémico no limita sus intervenciones a la esfera de lo familiar, sino que en sus desarrollos más recientes señala las intervenciones en red como las más viables en el abordaje de los problemas sociales.

Este modelo considera la existencia de un proceso coevolutivo entre individuo y ambiente, de construcción recíproca, en cuyo devenir dialéctico se generan condiciones que han creado nuevas patologías y exacerbado otras al interior del sistema, y en relación con otros.

Así, la velocidad del ritmo de vida actual, la constitución de dietas cotidianas por alimentos nocivos, la tendencia al deterioro de las formas de vida y el medio ambiente, la pérdida de control de los sujetos sobre su entorno estresante, el debilitamiento de los lazos familiares y la impersonalidad de las relaciones interpersonales que confluyen en una significativa reducción de las redes sociales, etc., son algunos de los múltiples factores que inciden negativamente en la salud de los individuos.

Este cambio de visión, no debe limitar su alcance quedando confinado al campo de la teoría. Es imprescindible que permee la realidad sanitaria actual que ésta muy lejos aún de la tan pregonada interdisciplinariedad. Consecuentemente, se muestra fundamental reconceptualizar las funciones propias de cada profesión

en el área de la salud en el marco del trabajo interdisciplinario, en los niveles preventivo, curativo y de rehabilitación.

Esta reformulación de la forma de trabajo exige en primera instancia, no sólo la inclusión de los diferentes profesionales de la salud en la creación y la aplicación de los programas de atención, prevención y curación; sino una apertura al campo de la salud pública a distintas tecnologías derivadas de áreas que hasta el momento no se presentaban con alguna vinculación importante en el proceso de la génesis, desarrollo, cronificación y rehabilitación de los padecimientos.

En este sentido, el tipo de profesionales que tiene cabida es vasto, sobre todo en la planeación de estrategias de acción que respondan a la complejidad de las realidades actuales, atendiendo a condiciones de distinto orden y nivel sistémico.

Esto implica ponderar la necesidad de un trabajo psicológico basado en un profundo análisis psicosocial de los elementos interactuantes en el proceso de enfermedad, que permita perfilar acciones preventivas con anterioridad y posterioridad al tratamiento curativo. No obstante, éste no debe ser un complemento supeditado al trabajo biomédico sino un elemento indisoluble dentro de un contexto de atención integral.

Con esto no se pretende otorgar mayor importancia al trabajo del psicólogo en detrimento del que realizan o debían realizar otros profesionales, sino por el contrario, señalar la importancia de las contribuciones interdisciplinarias en el abordaje de los procesos de salud-enfermedad.

En consonancia con Rolland (2000), consideramos fundamental que la labor de los profesionales de la salud se vea encauzada por una redefinición de la enfermedad en términos psicosociales y sistémicos, de manera que las intervenciones puedan dirigirse a las demandas generadas en el transcurso del padecimiento, y en particular, hacia los momentos críticos o períodos de transición entre las diferentes fases por las que cursa éste.

Esto confluiría en un trabajo psicológico que no se fundamentara por completo en el trabajo biomédico, gozando de autonomía, pero en interconexión con el trabajo del resto de profesionales de la salud. A su vez, permitiría la

inclusión de los diferentes actores involucrados en el padecimiento, tanto directa como indirectamente, en una intervención que atienda las necesidades del paciente, su familia y el propio cuerpo de salud, en un análisis de la dinámica de las relaciones entre ellos y con otros sistemas, aparentemente ajenos a tal problemática.

Este tipo de intervención no debe restringirse al tratamiento del cáncer, sino que debe extenderse a la instauración de los procesos preventivos, a través de intervenciones en los escenarios reales donde se genera la salud y la enfermedad: las comunidades.

Sin embargo, no basta con incluir al contexto dentro de la explicación y abordaje del fenómeno, sino que éste debe ser entendido en términos sistémicos. Lo sistémico no significa simplemente hablar de la importancia del contexto en términos de un elemento más que adherir a las relaciones causales lineales. Aprender a pensar en términos sistémicos significa asociar la idea de la unidad con la diversidad y multiplicidad. *“Las partes no se pueden entender aisladas del todo, al mismo tiempo que son interdependientes y están dinámicamente interrelacionadas entre sí dentro del contexto de una totalidad”*. (Ander-Egg, 2001, p. 127).

Esto implica no solamente la sumatoria de los factores relacionados al cáncer, sino la comprensión de que tales factores se relacionan de una manera dialéctica y compleja entre sí, con el padecimiento, y con otros elementos aparentemente externos a la problemática. La circularidad de tales relaciones, implica necesariamente una intervención que tome en cuenta todos aquellos factores relacionados, y que pueda prever que los cambios ocasionados en un sistema afectarán necesariamente a otros sistemas.

Así, las intervenciones comunitarias se han vuelto cada vez más importantes en el escenario preventivo, intentando devolverle a los individuos el protagonismo en el cuidado de su salud y la protección contra la enfermedad. No obstante, en la resolución del problema y atendiendo a una pretendida visión multifactorial, el pensamiento biomédico cartesiano ha dado una exagerada

atención al síntoma, de manera que la visión que ha predominado ha sido la de reducir el daño, antes que evitarlo.

Así, los programas preventivos siguen manifestando las limitaciones del modelo biomédico, siendo estos en muchos de los casos enfocados a la prevención secundaria de los padecimientos, y en aquellos que consideran prevención primaria, ésta se limita desde una lógica lineal a la no exposición y los cambios en los estilos de vida.

Programas como PREVENIMSS han caído en el error de querer adaptar a las personas al programa, pretendiendo llevar a cabo acciones de concientización o información estándar con el fin de atraer a la gente a la clínica, cuando lo requerido es llevar los servicios y las acciones a la población.

La comunidad debe ser entendida como un sistema social y ecológico complejo, para poder acceder a ella a través de sus diferentes niveles. Esto implica la importancia de la participación comunitaria y el cambio social en la consecución de condiciones salutogénicas y protectoras. Sin embargo, no debe perderse de vista que la obtención de la salud a nivel social requiere de diversos precursores a nivel micro y macro, muchos de los cuales se escapan a la acción de los individuos y grupos particulares.

Esto representa una gran dificultad para la elaboración de un plan de prevención eficaz, más aún para la aplicación del mismo. No obstante, las diferentes limitaciones existentes a la hora de implementar cualquier estrategia preventiva, no deben por mucho considerarse como una invitación al conformismo o la resignación. Deben ponderarse los beneficios de una práctica preventiva que pueda arrojar cambios sociales profundos en el mediano y largo plazo.

De esta manera se hace necesaria la consideración de estos obstáculos en la creación de las estrategias de acción, sin que esto signifique que su creación se vea forzosamente restringida, redundando en acciones inconexas, con poco campo de acción, mínimo apoyo por parte de los sectores implicados y de poco impacto, relevancia, alcance y beneficio social.

Es precisamente esta causa la que nos obliga a trabajar e inmiscuirnos en cada uno de los sistemas involucrados en el proceso de la enfermedad, aún en los

más impensados, distantes, abstractos y complejos, condición que nos demuestra la funcionalidad de un trabajo interdisciplinario que permita el rompimiento de la concepción de campos y objetos de estudio exclusivos o privados.

Deben señalarse las importantes repercusiones tanto en la esfera individual como en la social del incremento de los índices de morbilidad y mortalidad por enfermedades crónicas en los últimos años. El presente trabajo ha intentado clarificar vías de acción tanto en la atención de estos padecimientos como en su prevención, dada la insuficiencia del enfoque médico ante estos problemas, y el devaluado o no considerado papel de otros profesionales en el campo de la salud y en las instituciones sanitarias. Rescatar las aportaciones de estas profesiones es fundamental para hacer frente a la enfermedad de una forma integral.

A lo largo del trabajo se han enumerado distintas afecciones que acarrea la transición epidemiológica, sin que ello significara circunscribir éstas a las perturbaciones fisiológicas del organismo, sino que, la consideración de las mismas se extiende hacia los diferentes elementos afectados. Este mismo reconocimiento de la multiplicidad de alteraciones esgrime un modelo de acción que atienda en completud a las demandas surgidas. Es por ello que consideramos que la propuesta parcial que se extiende a lo largo del presente trabajo redundaría en beneficios en los distintos niveles implicados (individual, familiar, sectorial, institucional y social.)

REFERENCIAS.

- Alonso, M. (2003). "Morbilidad psiquiátrica en los médicos." En: M. Alonso (ed.), Administración de servicios sanitarios. (305-349). Madrid: Quinto sol.
- Álvarez A., R. (1998). "Medicina preventiva". Salud pública y medicina preventiva, (43-56). México: El Manual Moderno.
- Ander-Egg, E. (2001). "Aprender a pensar en la era planetaria". Los desafíos de la educación en el siglo XXI, (123-130). Buenos Aires: Homo Sapiens.
- Arbizu, J.P. (2000). "Factores psicológicos que intervienen en el desarrollo del cáncer y en la respuesta al tratamiento". ANALES Sis San Navarra, 24, (1). pp.173-178.
- Argimón P., J. M. (1989). "Actividades preventivas en atención primaria". En: J. Gené (Ed.). Monografías clínicas en atención primaria, (1-12). Barcelona: Doyma.
- Barracough, J. (1999). "Emotional Problems in reaction to cancer". Cancer and emotion, (51-77). Boston: Wiley & sons.
- Barthe, E. (1997). "Enfrentarse al tratamiento". Cáncer: Enfrentarse al reto, (107-182). Barcelona: Robinbook.
- Bateson, G. (1993). "Síntomas, síndromes y sistemas". Una unidad sagrada, (330-333). Barcelona: Gedisa.
- Bayés, R. (1993). "Psicología y cáncer: Terapéutica y rehabilitación". Psicología oncológica, (111-124). Barcelona: Martínez Roca.
- Behar, D. (2003). "La comunicación y el enfermo en fase terminal". Un buen morir. (113- 118). México: Pax.
- Belcher, A. E. (1995). "Atlas en color de la fisiopatología del cáncer". Enfermería y Cáncer, (1-17). Madrid: Mosby/Doyma.
- Bertucelli, S.; Mercado, C. y Lerda, M. C. (1995). "Centros de acción comunitaria. Una nueva y antigua estrategia institucional para generar políticas sociales". En: Dabas, E. y Najmanovich, D. (Comp.). Redes. El lenguaje de los vínculos, (266-279). Buenos Aires: Paidós.
- Bieliauskas, L. A. (1993). "Cáncer, estrés y depresión". En: C. Cooper (Ed.), Estrés y cáncer, (45-57). Madrid: Díaz de Santos.

- Brannon, L. y Feist, J. (2001). "Introducción a la psicología de la salud". Psicología de la salud. (11-31). Madrid: Paraninfo.
- Buela, G. y Moreno, S. (2000). "Tratamiento psicológico del dolor asociado al cáncer en adultos y niños". En: L. Oblitas y E. Becoña (Coord.), Psicología de la salud. (199-210). México: Plaza y Valdez.
- Caballo E., V. y Simón A., M. (2000). "Acontecimientos estresantes vitales y trastornos psicopatológicos". En: L. Oblitas y E. Becoña (Coord.), Psicología de la salud, (111-121). México: Plaza y Valdez.
- Cairns, J. (1995). "El problema del cáncer". El cáncer, (12-23). España: Editorial Panamericana.
- Castel, R. (1995). "¿Qué significa estar protegido?" En: Dabas, E. y Najmanovich, D. (Comp.). Redes. El lenguaje de los vínculos, (151-158). Buenos Aires: Paidós.
- Castro R., M. L. (2001). "Calidad de vida y promoción de la salud". En: H. E. Restrepo y H. Malaga (coord.). Promoción de la salud, (56-75). Bogotá: Editorial Medica Panamericana.
- Colom, D. (1997). "Preparando el futuro". La atención sociosanitaria del futuro, (53-65). Zaragoza: Mira.
- Colomer, C. y Álvarez-Dardet, C. (2001). "Promoción de la salud: concepto, estrategias y métodos". En: C. Colomer y C. Álvarez-Dardet (coord.). Promoción de la salud y cambio social, (27-46). Barcelona: Masson.
- Cruzado, J. A. y De la Puente, M. L. (1997). "Salud y enfermedad. Trastornos psicosomáticos". Lo psicosomático, (11-57). Madrid: Aguilar.
- Cueto, A.; López, M. y Martín, J. (2001). "Estrategias de prevención y control del cáncer". En: P. Gil (coord.). Medicina preventiva y salud pública, (703-712). Barcelona: Masson.
- Dahlke, R y Dethlefsen, T. (1993). "El cáncer: tumoración maligna". La enfermedad como camino, (283-294). Barcelona: Plaza y Janes.
- Devolder M. N. (1999) "Aspectos psicosociales y relacionados con la calidad de vida" En: Otto S. E. (Ed.) Enfermería oncológica, (799-815). Madrid: Harcourt Brace.

- Diez, B. M. (1992). "De la emoción a la lesión". De la emoción a la lesión, (27-63). México: Trillas.
- Doll, R. y Peto, R. (1999). "Definición de evitabilidad del cáncer". Las causas del cáncer, (1-17). Barcelona: Salvat.
- Eia Asen, K. & Tomson, P. (1997). "La familia en crisis". Intervención familiar, (115-125). Barcelona: Paidós.
- Fernández-Ríos, L. (1994). "Historia, concepto y clases de prevención". Manual de psicología preventiva, (137-166). Madrid: Siglo XXI.
- Fernández-Ríos, L. y Cornés, J. M. (1997). "Psicología preventiva: concepto y perspectivas". En G. Buéla-Casal; L. Fernández-Ríos y T. J. Carrasco (coord.). Psicología preventiva, (39-87). Madrid: Pirámide.
- Ferrero, B. J.; Toledo, A. M.; Barreto, M. P. (1995). "Evaluación cognitiva y afrontamiento como predictores del bienestar futuro de las pacientes con cáncer de mama". Revista Latinoamericana de Psicología, 27, (1), pp. 87-102.
- Font, A. (1994). "Cáncer y calidad de vida". Anuario de psicología, (41-50). Facultad de psicología. Universitat de Barcelona.
- García, Q.; Martínez, E. y Cáceres, E. (2001) "Intervención cognitivo- conductual en el afrontamiento de la crisis generada por el diagnóstico y el tratamiento médico del cáncer." Psicología de la salud, 11, (1), pp. 113- 125.
- Gómez del Campo, J. F. (1999). "Algunas consideraciones básicas acerca de la intervención comunitaria". Psicología de la comunidad, (62-77). México: Plaza y Valdés.
- Gómez., A.; Tuca, A.; Moreno, A. y Mena, M. (1998). "Principios generales del control de síntomas en enfermos con cáncer avanzado y terminal". En: E. López (ed.), Enfermería en Cuidados Paliativos, (19-23). Madrid: Interamericana.
- González, B. M.; Chacón, J. I. y Colmenarejo, A. (1992). "Carcinogénesis". Fundamentos de oncología médica, (11-17). México: Mc. Graw Hill.

- González, B. M.; Jalón, J. J. y Feliu, J. (1996). "Definición del enfermo terminal y preterminal". En: M. González Barón (Coord.) Tratado de medicina paliativa. (1083-1090). Madrid: Editorial Medica Panamericana.
- Grau A., J. A.; Knapp R., E; Pire S, T.; Villanueva G., T y Rodríguez F., H. (1997). "La psicología en la lucha contra el cáncer". Psicología y Salud, 9. pp. 73-84.
- Hernández, G; Gervás, S. y Rodríguez, E. (2003). "Estrés en el equipo de salud". En: M. Alonso (ed.), Administración de servicios sanitarios. (276-304). Madrid: Quinto sol.
- Hernández, G. E. y González, H. A. (1999). "Cáncer cervicouterino: una mirada desde la perspectiva de género. Psicología y salud, 14, pp. 59-75.
- Holland, J.C. (2002) "History of Psycho-Oncology: Overcoming Attitudinal and Conceptual Barriers". Psychosomatic Medicine, 64. pp. 206-221.
- Instituto Mexicano del Seguro Social (2002). Programas integrados de salud: Guía técnica. México: IMSS.
- Jesen, M. M. (1990) "Estrés emocional y susceptibilidad a las enfermedades infecciosas". En: K. Bammer (ed.), El estrés y el cáncer, (65-77). Barcelona: Herder.
- Jiménez, P. J.; Grau, J. A.; Noriega, P. A.; Chacón, M.; Grau, R. y Martín, M. (1995). "Calidad de vida en el enfermo oncológico en etapa terminal: un estudio de intervención". Psicología y salud, 6, (2). pp. 59-73.
- Klefbeck, J. (1995). "Los conceptos de perspectiva de red y los métodos de abordaje en red". En: Dabas, E. y Najmanovich, D. (Comp.). Redes. El lenguaje de los vínculos, (345-356). Buenos Aires: Paidós.
- Lesko, L. (2000). "Aspectos psicológicos." En: H. De Vita; F. Hellmars y K. Rosemberg (coord.), Cáncer: principios y prácticas de oncología, (2879-2890). Madrid: Panamericana.
- López Ramos, S. (2002). "Las enfermedades psicosomáticas: una interpretación". En: S. López Ramos (coord.), Lo corporal y lo psicosomático, (23-34). México: Plaza y Valdés.

- López-Abente, G. (1998). "Epidemiología y prevención del cáncer". En: F. Martínez (coord.). Salud pública, (588-609). México: McGraw Hill.
- López, L. A. y Sevilla, E. (1998). "Los programas medico-preventivos". En: F. Martínez (coord.). Salud pública, (465-474). México: McGraw Hill.
- Luchina, C. (1995). "Factores psiconeuroinmunes en cáncer de mama, incidencia en el pronóstico". En: P. Arias (Ed.), Estrés y procesos de enfermedad. (221-245). Buenos Aires: Biblos.
- Magee G. M. (1999). "Prevención, cribado y detección". En: S. E. Otto (ed.) Enfermería oncológica, Vol. 1, (31-49). Madrid: Harcourt Brace.
- March, J. C.; García, M. M. y Prados, A. (1998). "Los métodos de investigación y evaluación en promoción de la salud". En: F. Martínez (coord.). Salud pública, (363-385). México: McGraw Hill.
- Martínez, R. (1995). "Redes sociales. Más allá del individualismo y del comunitarismo". En: Dabas, E. y Najmanovich, D. (Comp.). Redes. El lenguaje de los vínculos, (337-344). Buenos Aires: Paidós.
- Menassa, M.O. (1993). "Cáncer". Medicina psicosomática, (79-90). Madrid: Grupo Cero.
- Montiel C., M.; Urquidí T., L. E. y Gálvez L., M. (1999). "Afrontamiento y estados emocionales como predictores de ajuste psicosocial en mujeres con cáncer cervicouterino o de mama". Psicología y Salud, 14. pp. 43-49.
- Morales G, R. (1998). "El impacto psicológico del cáncer en el paciente, la familia y el equipo de salud". Psicología y salud, 2, (12). pp. 115-120.
- Morin, E. (2001). "Los principios de un conocimiento pertinente". Los siete saberes necesarios para la educación del futuro, (33-43). México: Ediciones UNESCO.
- Moro, L. (1994). "Estado actual del tema: revisión de trabajos anteriores". El enfermo de cáncer y su entorno, (41-81). Barcelona: La Caixa.
- Motta, R. D. (1995). "Las redes sociales informales y la búsqueda de la ecuación interactiva entre la toma de decisiones locales y la responsabilidad de la gobernabilidad global". En: Dabas, E. y Najmanovich, D. (Comp.). Redes. El lenguaje de los vínculos, (373-381). Buenos Aires: Paidós.

- Muñoz, J. L. y García, L. (2003). "Aspectos psicológicos y sociales del dolor en el cáncer." Psicología y salud, 1, (9), pp. 59-73.
- Najmanovich, D. (1995). "El lenguaje de los vínculos. De la independencia absoluta a la autonomía relativa". En: Dabas, E. y Najmanovich, D. (Comp.). Redes. El lenguaje de los vínculos, (33-76). Buenos Aires: Paidós.
- Onnis, L. (1994). "Utilidad de una formación sistémica". Terapia familiar de los trastornos psicósomáticos, (127-135). Barcelona: Paidós.
- Onnis, L. (1997). "Por qué un enfoque sistémico para la psicósomática". En: L. Onnis (Ed.), La palabra del cuerpo, (15-33). Barcelona: Herder.
- Pakman, M. (1995). "Redes: Una metáfora para práctica de intervención social". En: Dabas, E. y Najmanovich, D. (Comp.). Redes. El lenguaje de los vínculos, (294-302). Buenos Aires: Paidós.
- Pelechano, B. V. (1999). "Calidad de vida, familia y afrontamiento en la enfermedad física crónica: datos y sugerencias para un modelo". En: J. Buendía (ed.). Familia y psicología de la salud, (133-177). Madrid: Pirámide.
- Pfeifer, K. A. (1999). "Fisiopatología" En: S. E. Otto (ed.) Enfermería oncológica, Vol. 1, (3-21). Madrid: Harcourt Brace.
- Primavera, H. H. (1995). "Todo/nada, siempre/nunca, distinto/igual: acerca de redes sociales y participación". En: Dabas, E. y Najmanovich, D. (Comp.). Redes. El lenguaje de los vínculos, (159-188). Buenos Aires: Paidós.
- Restrepo, H. E. (2001). "Antecedentes históricos de la promoción de la salud". En: H. E. Restrepo y H. Malaga (coord.). Promoción de la salud, (15-23). Bogotá: Editorial Medica Panamericana.
- Robles, T. (1987). "Proposición de un modelo de trabajo con familias con enfermos crónicos". En: T. Robles; R. Eustace y M. Fernández (Ed.) El enfermo crónico y su familia. (79-96). México: Nuevomar.
- Robles, S. L. y Mercado, F. J. (2003). "El apoyo social y el cumplimiento del tratamiento médico en individuos con diabetes mellitus no insulino dependientes". Familia, salud y sociedad. (310-339). México: Universidad de Guadalajara.

- Rolland, J. (2000). "Las fases temporales de la enfermedad". Familias, enfermedad y discapacidad, (72-91). Barcelona: Gedisa.
- Rosch, P. (1993). "Cáncer y estrés". En: C. Cooper (Ed.) Estrés y cáncer. (3-21). Madrid: Díaz de Santos.
- Rose, G. (1994). "Objetivos de la medicina preventiva". La estrategia de la medicina preventiva, (1-9). Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas S. A.
- Roth, E. U. (1986). "¿Es el fenómeno comunitario objeto de estudio de la psicología?". Competencia social: El cambio del comportamiento individual en la comunidad, (15-26). México:Trillas.
- Roth, A. J. y Breitbart, W. (2003). "Principios de oncología psicosocial". En: P. Rubin (Ed.) Oncología clínica, (220-240). Madrid: Elsevier
- Ruiz, M. A.; Garde, S.; Ascunce, N. y Del Moral, A. (1998). "Intervención psicológica en pacientes con cáncer de mama". ANALES Sis San Navarra, 21, (3). pp 119-124.
- Saidón, O. (1995). "Las redes: pensar de otro modo". En: Dabas, E. y Najmanovich, D. (Comp.). Redes. El lenguaje de los vínculos, (203-207). Buenos Aires: Paidós.
- Sanz, O. (1995). "Medicina paliativa: diez años después". Medicina Paliativa, (31-34). Madrid: Elsevier.
- Sanz, J. (1998) "Consideraciones actuales sobre el morir". En: E. López (ed.), Enfermería en Cuidados Paliativos, (9-12). Madrid: Interamericana
- Sluzki, C. (1998) "De cómo la red social afecta la salud del individuo y la salud del individuo afecta a la red social". La red social: Frontera de la práctica sistémica. (71-91). Barcelona: Gedisa.
- Stefani, D.; Seidmann, S.; Pano, C.; Acrich, L.; y Bail Pupko, V. (2003). "Los cuidadores familiares de enfermos crónicos: sentimiento de soledad, aislamiento social y estilos de afrontamiento". Revista Latinoamericana de Psicología, 35, (1). pp. 55-65.

- Stierlin, H., Wirsching, M., Haas, B., Hoffman, F., Schmidt, G., Weber, G., Wirsching, B. (1997). "Medicina de la familia y tumor". En: L. Onnis (Ed.), La palabra del cuerpo. (153-176). Barcelona: Herder.
- Storey, P. (2003). "Cuidados paliativos". En: P. Rubin (Ed.) Oncología clínica. (893-896). Madrid: Elsevier.
- Torrigo, L. E; Santín, V. C; López, L. M. y Andrés, V. M. (2002). "Actitudes ante el cáncer de mama: miedos y realidad". Psicología y salud, 1, (12), pp. 41-48.
- Tubiana, M. (1991). "Epidemiología del cáncer". El cáncer, (9-39). México: Fondo de Cultura Económica.
- Uriarte, V. (1998). "Ansiedad y angustia". Psicopatología, (141-159). Barcelona: Paidós.
- Urquidí T., L. E.; Montiel C., M. y Gálvez L., M. (1999). "Ajuste psicosocial y afrontamiento en pacientes con cáncer de mama". Revista Sonorense de Psicología, 13, (1). pp. 30-36.
- Valderrama, I. P.; Carbellido, V. S.; Domínguez, T. B. (1995). "Ansiedad y estilos de afrontamiento en mujeres con cáncer cervicouterino". Revista Latinoamericana de psicología. 27, (1), pp. 73-86.
- Varela, R. (2003). "Farmacodependencia y alcoholismo en el personal de salud". En: M. Alonso (ed.), Administración de servicios sanitarios. (456-494). Madrid: Quinto sol.
- Vicens, J. (1995). "Usos del concepto cambio social". El valor de la salud, (11-22). Madrid: Siglo XXI.
- Villalbi, J. R. y Nebot, M. (1989). "Nuevas estrategias en prevención y promoción de la salud". En: J. Gené (ed.). Monografías clínicas en atención primaria, (13-22). Barcelona: Doyma.
- Villalobos B., E. (2004). "Adherencia al tratamiento". Diabetes, adherencia al tratamiento y apoyo social, (70-91). Tesis de Maestría: UNAM, FES Iztacala.
- Wolfberg, E. (2002). "Escenarios actuales en prevención". En: E. Wolfberg (Comp.), Prevención en salud mental: Escenarios actuales. (19- 25). Buenos Aires: Lugar.

Zambrano, S. y Hernández, J. (1995). "Perspectivas de una experiencia: de cómo construimos un modelo alternativo de trabajo en familia". En: Dabas, E. y Najmanovich, D. (Comp.). Redes. El lenguaje de los vínculos, (215-226). Buenos Aires: Paidós.