



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA**

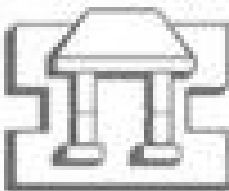
**“PROPUESTA DE UN INSTRUMENTO PARA EVALUAR
PATÓGENOS CONDUCTUALES COMO FACTOR DE
RIESGO EN LA INCIDENCIA DE CÁNCER DE MAMA EN
ESTUDIANTES UNIVERSITARIAS”**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A:

SOLÍS DE LOS RÍOS YAZMIN BETZABÉ

ASESORES:

MTRA. NORMA YOLANDA RODRÍGUEZ SORIANO
MTRA. MARIA REFUGIO RÍOS SALDAÑA
MTRA. MARIA ARACELI ALVAREZ GASCA



IZTACALA

TLANEPANTLA, EDO. DE MEXICO, ENERO DEL 2007



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

- AGRADECIMIENTOS -

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

UNAM

Lugar de infinitas experiencias, recuerdos, desvelos, alegrías, anhelos, sabiduría y crecimiento. Por todos esos inolvidables momentos que dejarán huella en lo más profundo de mi ser. Ser parte de ti me hace grande...

A DIOS

Te agradezco señor por brindarme la oportunidad de culminar esta meta tan deseada
Te agradezco por todas las pruebas que haz puesto en mi camino
Porque gracias a ti recibo bendiciones día con día, para seguir adelante y no claudicar
ante las adversidades...
Simplemente gracias por permitirme existir y poner mi granito de arena

A MIS TUTORAS:

NORMA YOLANDA RODRÍGUEZ SORIANO

A ti Norma que haz sido parte fundamental de esta tesis, quien me enseñó que lo más bello de ser Psicóloga no era el reconocimiento vano sino el Amor a la profesión. Compartir todo este tiempo me ha mostrado la maravillosa persona que eres, no solo en tu ardua dedicación, constancia y tiempo, sino en los bellos momentos vividos que enriquecieron mi vida profesional y personal.
Gracias por ser mi amiga...

MARIA REFUGIO RÍOS SALDAÑA

Admiro tu experiencia aquella que solo se consigue con el trabajo arduo y tenaz que siempre haz manifestado
Gracias por motivarme a alcanzar mis metas, por compartir tu sabiduría
Pero sobre todo agradezco tu ejemplo a seguir

MARIA ARACELI ALVAREZ GASCA

Tu motivación, tu conocimiento, tu interés y tus consejos me han hecho crecer inmensamente.
Gracias por permitirme compartir contigo este proyecto...

Gracias por ser el ejemplo fiel de la grandeza de la multidisciplinaria que nos une como individuos con un mismo fin...

Mi infinito agradecimiento y profunda admiración a mis tres tutoras, a todo el equipo de profesionales que forman parte del proyecto, a mis compañeros que junto conmigo iniciaron este camino en busca de su realización profesional y a los profesionales invitados quienes enriquecieron ampliamente mi conocimiento sobre otras disciplinas además de la Psicología.

A MI PADRE

A quien hago un especial reconocimiento y dedico mi tesis
Por todo tu esfuerzo que día con día me permitió seguir adelante...
Por tus enseñanzas, por tu tiempo, por tu sabiduría, por tus regaños, por todos los momentos que Dios me permitió vivir junto a ti...
Porque a pesar de que partiste antes de culminar esta tesis, sé que aunque no estás conmigo físicamente, siempre me cuidas...
Porque sé que tengo un ángel muy especial en el cielo...
Por todo eso y más, para ti papá con todo mi cariño...

A MI MADRE

A ti, que admiro tu enseñanza, tu dedicación, tu fortaleza, tu perseverancia, tu amor infinito para forjarme quien ahora soy...
Por ser mi motor para salir adelante y realizar mis metas...
Por compartir este sueño que no es solo mío, es tuyo y de mi papá también...
Por brindarme la oportunidad de vivir y de tenerte a mi lado...

EDITH, MANUEL ALBERTO y CARLOS

Les agradezco su apoyo a lo largo de mi vida, reflejado en la confianza que siempre me han demostrado para culminar mis metas, sueños y deseos.
Agradezco las constantes alegrías, los bellos momentos y la oportunidad de aprender de ustedes día con día
Los quiero...

CARLOS DANIEL

Arcangelito, agradezco tu presencia en nuestras vidas, como reflejo del amor y las enseñanzas que me has dado al compartir casi tres años de tu vida...

LEONARDO

Agradezco a la vida por permitirme estar a tu lado y conocer esa maravillosa persona que eres me hace inmensamente feliz...
Por tu apoyo incondicional en los buenos y malos momentos...

Por confiar en mí, acompañándome en mis metas y sueños por más locos que estos
parezcan...

Por compartir este logro conmigo y por crecer a tu lado.....

A MIS AMIGOS

Con quienes he compartido infinidad de vivencias, disfrutando juntos momentos
inolvidables en nuestras vidas...

Por brindarme su amistad, cariño y consejo...

Por estar conmigo en los buenos y malos momentos de mi vida, los quiero y los respeto

Gracias...

INDICE

RESUMEN	7
INTRODUCCIÓN	9
CAPITULO 1 Psicología Aplicada a la Salud.....	13
1.1.- Origen y definición de la Psicología Aplicada a la Salud.....	13
1.2.- Áreas relacionadas con la Psicología Aplicada a la Salud.....	15
1.3.- Papel del psicólogo de la Salud.....	19
1.4.-Importancia de la Prevención de la enfermedad y la promoción de la salud conocida como atención Primaria a la salud.....	22
1.5.- Salud en México.....	27
1.6.-Estrategias alternativas de la Psicología Aplicada a la Salud en el periodo epidemiológico actual.....	32
CAPITULO 2 Patógenos, Inmunógenos Conductuales y su Relación con las Enfermedades Crónicas.....	39
2.1.- Calidad de Vida y Enfermedades Crónicas.....	39
2.2.- Historia y Conceptualización de Calidad de Vida.....	40
2.3.- Patógenos e Inmunógenos Conductuales.....	43
2.4.- Niveles de Prevención del Cáncer.....	44
2.5.- Prevención del Cáncer de Mama.....	45
2.6.- Adherencia al Tratamiento.....	47
CAPITULO 3 Cáncer de Mama y Factores de Riesgo.....	51
3.1.- Factores de Riesgo.....	54
3.1.2.- Factores Genéticos y Familiares.....	55
3.1.3.-Factores Hormonales y Reproductivos.....	56
3.1.4- Factores Dietéticos.....	58
3.1.5.-Factores Ambientales.....	61
3.1.6.-Factores Geográficos y Étnicos.....	61

3.2.-Factores Psicológicos.....	63
3.2.1.- Estrés y Cáncer.....	64
3.2.2.- Estrés y Cáncer de Mama.....	67
3.2.3.- Patrón de Conducta Tipo C.....	67
3.2.4.- Estilos de Afrontamiento.....	70
CAPITULO 4 Psicología y Salud.....	74
4.1.- Evaluación Psicológica.....	75
4.2.- Justificación del Instrumento.....	79
CAPITULO 5 Propuesta del Instrumento. Factores de Riesgo Asociados y Categorías Psicológicas.....	86
Fase 1. Análisis de la información.....	85
Fase 2. Selección y definición de categorías.....	87
Fase 3. Elaboración de reactivos para cada factor.....	90
CONCLUSIONES	95
REFERENCIAS	98

RESUMEN

Teniendo en cuenta que el cáncer de mama se ha convertido en un problema de salud pública, es necesario reconceptualizarlo desde una perspectiva biopsicosocial, en la que diversos profesionales de la salud aporten sus conocimientos para enfrentar la incidencia y prevalencia de cáncer de mama.

La importancia social que tiene el abordar tal problemática en torno al conocimiento psicológico en la prevención del cáncer de mama, subyace en identificar su origen encontrando a la conducta como el principal factor de riesgo, no solo para el cáncer mamario en particular, sino para cualquier enfermedad crónico-degenerativa. Por lo tanto, el objetivo del trabajo es presentar una propuesta teórica-metodológica de evaluación multidisciplinaria, que identifique factores de tipo biopsicosocial que hacen propensa a una mujer, a desarrollar cáncer de mama.

Es una propuesta de reactivos tentativos, los cuales integrarán un instrumento encaminado a identificar factores de riesgo biopsicosocial, desde una perspectiva psicológica, en una población de 18 a 34 años. Por lo tanto, no pretende invadir, ni demeritar otros ámbitos de ejercicio profesional, su intención es integrar aspectos de tipo biológico, psicológico y social, como indicadores de riesgo para desarrollar cáncer de mama en el futuro.

La realización del trabajo se dividió en tres fases, de las cuales, la primera se orientó a obtener información acerca de instrumentos construidos para evaluar el riesgo de desarrollar cáncer de mama y analizar las características de cada uno de ellos. En la segunda fase, se seleccionaron y definieron desde una perspectiva psicológica, factores involucrados con el riesgo de enfermar de cáncer, mencionados en la literatura médica y psicológica. Por último, se procedió a la elaboración de reactivos pertinentes a los factores delimitados y a las competencias conductuales elegidas.

Se espera que la propuesta promueva el inicio de futuras investigaciones en torno al cáncer de mama partiendo de un punto de vista multidisciplinario, en el que se delimiten las funciones de cada profesional; se visualice al cáncer de mama como un problema de salud pública y no solo como una enfermedad; se amplíe el rango de edad del grupo estudiado; y se generen estrategias de prevención efectivas para que en conjunto disminuyan los índices de morbimortalidad por esta causa.

INTRODUCCIÓN

La Psicología Aplicada a la Salud es un enfoque novedoso dentro de la disciplina, ya que ha emergido para transformar la concepción de la salud y la enfermedad dando respuesta a las necesidades de nuestro tiempo.

La salud y la enfermedad son tan antiguas que desde las primeras civilizaciones existieron diferentes intentos por explicarlas. Estos procesos se ajustaban a etiologías muy diferentes entre sí; desde comprensiones espirituales y naturales, el surgimiento de enfermedades mortales de tipo infeccioso o hasta los primeros indicios de la medicina moderna; son prueba fehaciente de los continuos intentos por aliviar los efectos inmediatos de la enfermedad: la muerte.

Como resultado de todo ello, el modelo biomédico imperó; basado principalmente en los aspectos biológicos y fisiológicos de un organismo e intentó dar respuesta a las enfermedades del ser humano. Sin embargo el reduccionismo mente-cuerpo no le permitió soportar más allá de sus propias carencias. En la actualidad el desarrollo de nuevas tecnologías farmacológicas, la reducción en la incidencia de enfermedades infecciosas y el incremento en la longevidad de la población ha dejado paso a las enfermedades crónicas, que a su vez ha traído como consecuencia el incremento de los costos de los servicios de salud, ya que ahora las personas viven más y tienden a desarrollar este tipo de enfermedades que requieren tratamiento medico integral y a menudo caro, debido al uso de alta tecnología.

Sin embargo, en las últimas décadas ha habido un giro en el modelo de salud, considerada como un proceso que hay que desarrollar y no como algo por conservar. El modelo biopsicosocial surge para enfatizar la importancia que cada nivel tiene para la salud; hace hincapié en la relevancia de los factores psicológicos en el desarrollo y mantenimiento de la enfermedad.

Esta concepción de salud señala que los factores biológicos son condiciones necesarias pero no suficientes en el inicio de una enfermedad pues la

enfermedad es el resultado de complejas interacciones entre variables psicológicas, biológicas y sociales, las cuales conjuntamente explican las variaciones que se producen en el inicio, la severidad y el curso de la misma (Engel, 1977 en Martínez-Donate y Rubio, 1999 y Oblitas y Becoña, 2000).

El cambio en los índices de morbi-mortalidad de la población ha puesto en duda la concepción de enfermedad, dado que antes se refería más al resultado que al proceso; ello quiere decir que la mayoría de estas enfermedades tales como el cáncer y enfermedades cardiovasculares, entre otras, están relacionadas con nuestra conducta y se pueden prevenir.

Siendo el cáncer una enfermedad muy antigua pero también una realidad poco grata en el mundo y en específico en nuestro país, es necesario entender porqué ha venido aumentando considerablemente en nuestro tiempo; sabemos ya, que es considerada como una enfermedad crónica. ¿Pero, qué sabemos acerca del desarrollo de la misma?, no sólo en busca del componente biológico, sino en su componente psicosocial. ¿Por qué el cáncer de mama en específico es una enfermedad que requiere de un estudio detallado de su origen?

Según las cifras del Registro Histopatológico de Neoplasias en México, entre las mujeres mexicanas, el carcinoma mamario es la segunda causa de muerte por cáncer, esto significa que en ese último año murieron por cáncer de mama casi nueve mujeres cada día, lo que representa la muerte de una mujer cada dos horas y media aproximadamente. Las tasas de mortalidad por cáncer mamario indican una tendencia creciente, no solamente en cuanto a número de casos reportados sino a la disminución en la tasa de edad. En ese sentido, de continuar las condiciones actuales, es decir, un crecimiento lento pero constante de la mortalidad por cáncer de mama, la tendencia permite prever que la tasa de mortalidad por este tipo de cáncer, para el nivel nacional, seguirá incrementándose en el grupo de mujeres de 25 años y más. (Secretaría de Salud, 2002)

Se han identificado factores de riesgo, cuya modificación y mantenimiento hacen variar la frecuencia de aparición del cáncer, en este caso específico del cáncer de mama, se enmarcan de acuerdo con la literatura especializada los siguientes factores: genéticos y familiares, hormonales y reproductivos, dietéticos, ambientales, geográficos, étnicos y psicológicos.

El índice de mortalidad femenina por cáncer de mama es un problema de salud pública grave, obviamente, la situación actual ha rebasado ya el ámbito médico y ha despertado el interés de investigadores de diferentes disciplinas. Tratándose de un tema tan complejo, analizarlo desde una perspectiva multidisciplinaria o incluso interdisciplinaria, ofrece una visión integral que seguramente proporcionará más elementos de análisis y consecuentemente, mejores estrategias de investigación y tratamiento.

Es entonces cuando surgen las siguientes interrogantes ¿es el cáncer un problema de salud pública que ya rebasó a la propia humanidad?, ¿el cáncer es prevenible?, ¿quiénes son los profesionales encargados del estudio e intervención del cáncer?, y así mismo ¿qué papel juega la Psicología Aplicada a la Salud en todo ello?

Para poder resolver las interrogantes anteriormente planteadas, es necesario indagar y entender cuales son los elementos que entran en juego al momento en que el individuo se ve envuelto en un proceso canceroso. Para este propósito se desarrolló un marco teórico que nos permitiera entender la relación que mantiene la Psicología Aplicada a la Salud, los Patógenos Conductuales, Factores de riesgo y el Cáncer de mama.

El marco teórico en su primer capítulo trata de explicar qué entendemos por Psicología Aplicada a la Salud y cómo se vincula ésta con un proceso de salud-enfermedad, partiendo de su definición, áreas relacionadas, la función que ejerce el Psicólogo en dicho proceso, promoción de la salud y un panorama general de la salud en nuestro país; posteriormente en el segundo capítulo se abordan a los patógenos e inmunógenos conductuales como conceptos bien delimitados en contraparte con la calidad de vida y su relación con las

enfermedades crónicas; ya en el capítulo tercero se analiza al cáncer de mama como un proceso multifactorial definiendo y desarrollando cada uno de ellos; el cuarto capítulo retoma cada uno de los aspectos mencionados para así analizar la evaluación psicológica en el presente marco de referencia y justificar la propuesta de evaluación; y finalmente en el quinto capítulo se exponen las diferentes fases en las cuales se procedió a construir categorías de evaluación así como sus pertinentes reactivos psicológicos.

Esta propuesta consiste en la construcción de un instrumento de evaluación dirigido a un problema de salud pública como es el cáncer de mama. Tomando en cuenta que la conducta mantiene una estrecha relación con el desarrollo del cáncer mamario, el presente instrumento parte de una orientación psicológica, la cual se ha omitido en instrumentos previos, debido a que dichos instrumentos mantienen una visión meramente médica del cáncer mamario; de ahí que emerja una imperiosa necesidad de visualizar y de comprender al individuo integralmente en el que lo biológico, lo social y lo psicológico definen su estado de salud.

CAPITULO 1 PSICOLOGIA APLICADA A LA SALUD

1.1. Origen y definición de la Psicología de la Salud

La salud es tema central en cualquier ámbito del ser humano, en la antigüedad a la enfermedad se le atribuían cualidades sobrenaturales desde el momento que se daban los primeros síntomas. Los conceptos se han ido modificando no sólo a través del tiempo sino por los grupos humanos, ya que el concepto de un estado saludable está íntimamente relacionado con la significación y prácticas culturales.

La psicología ha desarrollado un área de aplicación, en la cual puede incidir de manera interdisciplinaria con los diferentes profesionales al cuidado de la salud, y promover la atención del paciente de una manera integral; es decir, en los tres niveles de atención, como organismo biológico, psicológico y social.

La psicología de la salud nació a partir de una perspectiva sistémica e integrativa, con la participación de diferentes áreas psicológicas. Matarazzo (1980; en Matarazzo, 1995) define la psicología de la salud como: “la suma de las contribuciones profesionales, científicas y educativas específicas de la psicología como disciplina, para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y la disfunción asociada, además del mejoramiento del sistema sanitario y la formulación de una política de salud” (pag. 31)

La Psicología Aplicada a la Salud surge básicamente por cuatro razones. Primeramente el cambio en la concepción de los términos de salud y tener buena salud que se ha dado. Recuérdese que tradicionalmente la salud ha sido conceptualizada como la ausencia de enfermedad. Sin embargo, más recientemente el concepto de salud ha sido redefinido involucrando las tres dimensiones de la salud, el completo estado de bienestar físico, psicológico y

social. Este cambio conceptual conlleva una visión holística de la salud que incorpora los aspectos psicológicos.

En segundo lugar, paralelo al cambio de esta definición ha sido el cuestionamiento del modelo biomédico basado en el reduccionismo y en el dualismo mente-cuerpo. Dicho modelo se centra en los aspectos físicos de la salud y la enfermedad e ignora los factores psicológicos y sociales.

En tercer lugar, el cambio en los patrones de enfermedad. Antes de los avances espectaculares de la medicina en el siglo XX, una gran parte de las enfermedades mortales eran de tipo agudo o infeccioso (neumonía, gripe, tuberculosis, difteria) (Usa Department of Health, Education and Welfare, 1979; en Becoña, Vázquez y Oblitas, 1995); pero el descubrimiento de fármacos, la reducción en la incidencia de dichas enfermedades y el incremento en la longevidad, ha dejado paso a las enfermedades crónicas (op.cit). Puesto que las enfermedades crónicas tienen qué ver con un proceso de deterioro del organismo, hay que desarrollar habilidades de adaptación ante la nueva circunstancia. Asimismo, hay que tomar en cuenta cuestiones de índole económica, que han jugado un papel determinante en la consideración de los factores psicológicos y conductuales en la salud, ya que los costos por cuidados de salud se han disparado.

Bazán (1997) señala que la Psicología provee un servicio amplio centrándose en mantenimiento y promoción de la salud, prevención, epidemiología y programas de intervención a gran escala. Tiene tres características esenciales: a) en primer lugar la psicología de la salud está vinculada con la psicología clínica; b) la segunda es la relación entre los factores psicológicos, la salud física y la enfermedad; c) finalmente es la que trabaja en ámbitos médicos o de atención a la salud tales como hospitales, clínicas, centros del desarrollo, asilos de ancianos y casas de asistencia, entre otros.

En su rama tecnológica o “aplicada” se puede señalar que la psicología surgió como una tecnología para la solución de problemas en el campo de los trastornos de comportamiento, de la educación y de la medición de aptitudes, (Rodríguez 2002). Por tal motivo el crecimiento de la psicología clínica y de la salud ha tenido como determinante el cambio que en las últimas décadas ha experimentado el concepto de salud. La vieja dicotomía de salud física-salud

mental se ha superado con el reconocimiento del componente biopsicosocial del enfermar, lo que dió gran auge al aspecto psicológico como un factor primordial en la salud del individuo. Una consecuencia inmediata de este cambio ha sido la necesidad de los equipos interdisciplinarios en todos los campos sanitarios, se ha destacado la creciente importancia de la intervención psicológica en la prevención de los trastornos en cuya génesis la conducta es un eje etiológico fundamental. Algunos de los padecimientos más importantes de nuestro tiempo como el cáncer, los accidentes de circulación, trastornos cardio-vasculares y el sida, entre otros; tienen en la prevención psicológica una importante y útil herramienta para la reducción de su incidencia. (Buela-Casal, Caballo y Sierra, 1996)

En este mismo sentido conviene llamar la atención sobre el hecho de que la psicología de la salud no solo toma en consideración los fenómenos o procesos anormales o patológicos de índice individual, sino que estudia y se aplica igualmente y cada vez con mas dedicación a los procesos y estados de salud y bienestar, tanto de los individuos como de los grupos.

1.2. Áreas relacionadas con la Psicología de la Salud

Como ciencia del comportamiento, a la psicología le ha interesado analizar las interacciones de los fenómenos afectivos y conductuales con la salud, lo que se demuestra con el surgimiento de disciplinas como psicología médica, medicina comportamental, salud comportamental, medicina psicosomática, psicología clínica, sociología y antropología médica; que son los más importantes antecesores de la moderna psicología de la salud.

Psicología médica

La psicología médica, al interesarse por la situación psicológica de la persona enferma, representa un campo antecedente de la psicología clínica de la salud, área de aplicación de procedimientos de intervención clínica con personas que padecen alguna enfermedad. Esta área se propone el desarrollo de conocimientos que permitan comprender y modificar la situación psicológica de

la persona enferma, tales como sus creencias acerca de la salud, el locus de control, el estilo de afrontamiento, y las situaciones afectivas que se viven en esta condición. También se plantean problemas de otra índole, como el cumplimiento del tratamiento, la preparación para intervenciones médicas, aspectos psicológicos de la hospitalización, y las repercusiones de la relación terapeuta-paciente.

Medicina Comportamental

La medicina comportamental es entendida como el uso de procedimientos derivados del condicionamiento instrumental de respuestas fisiológicas autónomas, para fines de curación de algunas enfermedades originadas en la alteración de esas respuestas. (Floréz, 2004)

Dicha disciplina surge de un interés especial por la conducta y por el cambio conductual y aunque su actividad funciona como parte de la práctica médica, se le puede definir como un campo que integra el conocimiento de las ciencias de la conducta con las ciencias biomédicas importantes tanto para la salud como para la enfermedad. Tiene la labor de prevenir, diagnosticar y desarrollar programas de prevención y tratamiento.

En la década de los años 70s las principales aportaciones a la medicina comportamental se hicieron desde el área del análisis experimental del comportamiento. Fueron muy relevantes las aplicaciones clínicas del biofeedback, así como los intentos de extender los principios esenciales del condicionamiento clásico y del condicionamiento operante al tratamiento de múltiples disfunciones.

Salud Comportamental

Según Matarazo (1980; en Matarazo, 1995), es un campo interdisciplinario dedicado a promocionar una filosofía de la salud acentuando la responsabilidad del individuo en la prevención de la enfermedad, mediante una variedad de actividades, individuales o compartidas. Por lo tanto la disciplina de salud

comportamental se focaliza en el uso de técnicas conductuales para el mantenimiento de la salud y la prevención de enfermedades entre individuos que actualmente gozan de buena salud.

Medicina Psicosomática

Dicha disciplina retoma sus principios en las ciencias biomédicas, inicialmente su desarrollo se fundamentó en el psicoanálisis y en los estudios de la psicofisiología. López (2002) refiere a la Medicina Psicosomática como aquella que parte de los supuestos de considerar que un malestar se deriva de factores tanto emocionales como psicológicos y que estos factores interactúan para producir un padecimiento. La medicina psicosomática hizo énfasis en el papel que juegan los factores mentales y la personalidad, tales como algunos mecanismos de defensa y los conflictos psico-sexuales, en la génesis de las enfermedades. Por otra parte, diversos trastornos que se relacionaron preferiblemente con la presencia de algunos conflictos de personalidad subyacentes, tales como la hipertensión arterial, se encuentran entre los más favorecidos por los investigadores en el campo de la medicina comportamental y la psicología de la salud.

Psicología Clínica

La psicología clínica es parte central de donde se desprende la psicología de la salud, sin embargo es conveniente diferenciarlas entre sí. Phares (1992; en Becoña, Vázquez y Oblitas, 1995) define a la psicología clínica como “un campo que tiene como objetivo el estudio, diagnóstico y tratamiento de los problemas psicológicos, trastornos psicológicos o la conducta”(p.3)

Debido a la relación de ambas disciplinas es vital identificar explícitamente la psicología clínica y la psicología de la salud. La psicología clínica se basa en aspectos del campo de la salud mental, por ejemplo, trastornos de ansiedad, depresión, esquizofrenia (entre otras). En lo que respecta a los trastornos relacionados con salud física como asma, cáncer, artritis reumatoide, y otras enfermedades crónico degenerativas, corresponden a la psicología de la salud.

Sociología Médica

Implica una variedad amplia de cuestiones relacionadas con los aspectos sociales de la salud y su cuidado. Para Bishop (1994; en Matarazzo, 1995) la sociología médica es: “la especialidad dentro de la sociología que estudia los aspectos sociales de la salud y la enfermedad” (p.9). Comprende temas como: patrones sociales en la distribución de la enfermedad y la mortalidad, efectos del estrés social en la salud, respuestas sociales y culturales a la salud y la enfermedad, organización institucional del cuidado de la salud, etc.

Si nos referimos a la sociología médica con respecto a la psicología de la salud, es importante destacar que la sociología médica se enfoca en los factores sociales que influyen la salud y elementos que definen su estado; mientras que la psicología de la salud se centra en los procesos psicológicos que interfieren en la salud de los individuos, aspectos relacionados con sus estilos de vida, el cual incluye alimentación, horas de sueño y ejercicio; comportamientos relacionados que afectan positiva o negativamente su estado de salud, como se mencionará más adelante.

Antropología Médica

La antropología médica estudia los aspectos culturales de la salud y la enfermedad. En la actualidad se centra en los aspectos culturales de la salud en la sociedad occidental (Foster y Anderson, 1978; en Matarazzo, 1995)

Como es notable, el énfasis que la antropología médica y la psicología de la salud le dan a sus respectivos campos difiere principalmente en la orientación y centro de interés, ya que la primera hace hincapié en los aspectos culturales de la salud; y cómo la gente dentro de una cultura comprende, apropia, internaliza y reproduce su conducta en función de su salud, como un reflejo de su cultura. Por ello la comparación transcultural de los sistemas de curación y creencias acerca de la salud son de vital importancia. En lo que respecta a la segunda, se reconoce la importancia de la cultura, pero se interesa más en las creencias individuales acerca de su propia salud, así como los patrones de comportamiento que llevarán al individuo a desarrollar algún proceso salud-

enfermedad. El Psicólogo de la Salud tiene una función sumamente importante en dicho proceso, precisamente basándose en lo relevante de su papel debe tener claro en qué radica su función.

1.3. Papel del psicólogo de la Salud

La aplicación del conocimiento psicológico debe plantearse a partir de modelos que vinculen el conocimiento teórico con el terreno profesional. Con respecto a los sectores sociales en los que la psicología podría tener una labor hay que señalar que son reconocidos como áreas o campos de actividad social, en los que se enmarcan: ecología y vivienda, educación, producción y salud, siendo éste último de nuestro principal interés (Rodríguez, 2002)

Rodríguez (op. cit.) propone que en el campo de la Salud el psicólogo participa activamente en cinco rubros: Detección, Planeación y Prevención, Desarrollo, Investigación e Intervención.

-Detección de estilos de conducta relacionados con la salud, análisis de competencias relacionadas con la salud, recursos ambientales.

-Planeación para la Prevención de accidentes y enfermedades, establecimiento de conductas instrumentales de salud en cualquier ámbito y planeación de objetivos del sector salud que mejoren la eficacia de este sector.

-Desarrollo. Entrenamiento a paraprofesionales y otras profesiones para el cuidado de la salud y la prevención.

-Investigación de competencias, estilos interactivos, y conductas de riesgo y prevención, factores disposicionales que probabilizan las conductas de riesgo, etc.

-Intervención empleo de técnicas y procedimientos para problemas de salud, adherencia médica, etc.

Tomando en cuenta lo anterior, el modelo médico-biológico de la salud, como carencia de enfermedad, hace énfasis en las condiciones propias del organismo y de los distintos subsistemas que lo integran. Por otra parte, el modelo sociocultural de la salud ha subrayado la correlación necesaria entre carencia de enfermedad y condiciones prácticas de vida. Existen indicios claros

de cómo las condiciones de vida, determinadas por el medio físico y las prácticas socioculturales, son auspiciadoras o directamente responsables de alteraciones de la salud biológica (Ribes. 1990).

Por ello el papel del psicólogo que trabaja en esta área es fungir como colaborador o asesor en la elaboración de la evaluación y el tratamiento de algún caso clínico en conjunto con otros profesionales de la salud. El psicólogo de la salud se dedica a aplicar los diferentes principios de la psicología a distintas enfermedades en diversos ámbitos y circunstancias para producir y mejorar la calidad de vida del paciente, sus funciones se aplican a diferentes escenarios, tales como la atención clínica, individual y la terapia de grupo en ambiente hospitalario y comunitario (Bazán, 1997).

En resumen, las responsabilidades del psicólogo en cuanto a la salud, se enmarcan en los objetivos de las acciones de prevención, promoción, atención y rehabilitación; así como las actividades específicas que realiza tales como aplicación de pruebas psicológicas con fines de diagnóstico, desempeñar labores de psicoterapia individual y grupal; actividades recreativas y educativas, de investigación, de enseñanza, de capacitación y evaluación en general.

Litwin, Kraft y Boswell (1991; en Salinas, 1995) encontraron al respecto de las funciones profesionales, que muchos psicólogos tienen el privilegio de conducir una evaluación, terapias e investigación; además de responsabilidades importantes como son la admisión, dar de alta, ordenar tratamientos o restricciones independientemente de los médicos. Sin embargo una cantidad considerable carece de estos privilegios básicos, ya que a los psicólogos no se les permite diagnosticar ni dar terapia sin aprobación del médico. Parecería que el psicólogo podría tener mayor posibilidad de ejercicio profesional independiente en instituciones de atención a la salud; sin embargo, es desplazado a un segundo término o subordinado por el médico. En suma, el ejercicio profesional del psicólogo es apoyado y aceptado abiertamente por el personal cuando muestra capacidad y utilidad, pero su reconocimiento es a nivel informal y, en México se prefiere destinar el presupuesto para contratar enfermeras y no psicólogos en centros de atención a la salud.

Es comprensible tomar en cuenta los rezagos en la satisfacción y demandas de salud que vemos en la actualidad, para así constatar el enorme esfuerzo que se necesita hacer en el campo psicológico, específicamente en el área de la salud, la cual exige acciones concretas para satisfacer problemas cada vez más complejos tales como depresión, ansiedad y obesidad; ubicados como problemas de salud pública, que en un futuro inmediato triplicarán su demanda al sector salud. A este respecto es importante aclarar que el sistema de Salud de nuestro país si contempla dichas patologías, sin embargo no asume la génesis de la que se deriva un proceso salud-enfermedad: la conducta, por lo tanto sus acciones se encaminan hacia la intervención de dichos procesos, más que a la prevención.

El papel del psicólogo dentro de este campo se presta a infinidad de connotaciones; sin embargo, a pesar de que las áreas de intervención son amplias, el psicólogo debe tener claramente definido cuál es su papel en el área de la salud, para así desplegar todo tipo de estrategias propias de su campo, ya que se pueden utilizar en personas que se enfrentan a enfermedades crónicas o incluso a su propia muerte y para esto es necesario que el personal que trabaja en el hospital este conciente del efecto psicológico que pueden causar al darle una noticia de esta índole.

1.4. Importancia de la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud conocida como Atención Primaria a la Salud.

Cuando se habla del estudio de las áreas de la salud, no se puede prescindir de un par de conceptos que muy a menudo, suelen ser traslapados por su semejanza. Nos referimos a los términos de promoción y prevención de la salud. Algunos autores, han puesto énfasis en distinguir ambas términos, de manera que se pueda trabajar en su utilidad específica.

Amigo, Fernández y Pérez (1998) hablan sobre la comprensión de los conceptos de la siguiente manera: “ Se suelen contraponer ambos conceptos sobre la base de que mientras la promoción de la salud tiene como objetivo fundamental de sus intervenciones la adquisición y mantenimiento de comportamientos saludables, y por lo tanto, la mejora de la calidad de vida; la

prevención de la enfermedad englobaría aquellas intervenciones cuyo objetivo es el de la reducción o eliminación de aquellos comportamientos que se pueden clasificar como de riesgo para el desarrollo de algún tipo de enfermedad.” (p, 22)

De estas dos, se puede observar la importancia de la prevención como una fase que al ser cumplida con anterioridad a la otra, resulta ser muy efectiva. Por medio de dinamizar la prevención es que se pueden evitar tantos padecimientos en las personas y la sociedad. Amigo, Fernández y Pérez (op.,cit.) refieren lo siguiente con respecto a la prevención: “Según la clasificación de Fielding (1978, citado en Oblitas y Becoña, 2000), comúnmente aceptada dentro del campo de las ciencias de la salud (aunque no exenta de críticas), se pueden distinguir tres tipos fundamentales de prevención: la prevención primaria, que se refiere a las medidas tomadas para prevenir la aparición de la enfermedad en personas sanas; la prevención secundaria, que se refiere a los esfuerzos necesarios que se realizan para detener el progreso de la enfermedad una vez que ésta ha iniciado; y, finalmente, la prevención terciaria, que incluye los procedimientos de tratamiento y rehabilitación de aquellas enfermedades que ya han mostrado sintomatología clínica.”

La prevención y promoción recoge fundamentalmente el trabajo de intervención comunitaria de los psicólogos de la salud. Sus funciones preventivas y promotoras de salud se centrarán en:

- Capacitar a los mediadores de las redes sociosanitarias de la comunidad, para desempeñar funciones de promoción de la salud y de prevención.
- Analizar la problemática de las personas con prácticas de riesgo, elaborando estrategias encaminadas a aumentar el contacto con ellas y valorando la adecuación de la oferta real de tratamiento a dicha problemática.
- Incrementar el nivel de conocimientos de las personas en situación de riesgo de la comunidad, sobre la enfermedad o enfermedades correspondientes, o sobre los factores de riesgo.
- Fomentar y promover los hábitos de salud en la población general.
- Promover una mayor accesibilidad a los instrumentos preventivos.

- Dar a conocer diversos recursos humanos y materiales para la prevención y promoción.

Como podemos observar, el cumplimiento de objetivos tanto de la promoción como de la prevención, están en función del comportamiento de la población hacia la cual se dirigen sus esfuerzos. Matarazzo (en Amigo, Fernández y Pérez; 1998) propone dos conceptos para nombrar el comportamiento que se relaciona con la salud la salud: “...**patógeno conductual** e **inmunógeno conductual**. El primero de estos conceptos haría referencia a todos aquellos comportamientos que incrementan la susceptibilidad de la persona a las enfermedades de mayor prevalencia y que son, actualmente, la causa más importante de mortalidad en las sociedades industrializadas. No obstante, las personas pueden desarrollar comportamientos que permiten reducir el riesgo de enfermar; es lo que Matarazzo denominó inmunógenos conductuales.” (pag.32)

Por otro lado, hay autores que refieren la influencia directa de instancias sociales en los ámbitos de la promoción y la prevención. Stokols (en Amigo, Fernández y Pérez, op.,cit.) sostiene que: “mientras el concepto de promoción de la salud enfatizaría el papel de los individuos, grupos y organizaciones como agentes fundamentales del desarrollo de las prácticas y políticas de salud para mejorar el bienestar individual y colectivo, la prevención de la enfermedad se limitaría al ámbito clásico de la salud pública, destacando el papel que desempeñan los profesionales sanitarios y las administraciones públicas en la salud.” (Pág. 68) El mismo autor señala la necesidad de situar el marco de actuación dentro del ámbito de la salud no tanto en programas centrados en las personas o en grupos, cuanto en una actuación más amplia de carácter ambiental que proporcione los recursos necesarios para promover la salud y el bienestar de la población. De hecho, un 20% o más de las muertes prematuras en Estados Unidos, así como una notable cantidad de enfermedades y discapacidades, se podrían eliminar a través de la protección ambiental.

En la actualidad se está difundiendo más el reconocimiento de la necesidad de poner en práctica la promoción y la prevención de la salud, sin embargo, existen diferentes obstáculos que de no ser atendidos a tiempo, podrían provocar un gran retroceso en los logros hasta ahora obtenidos. Amigo,

Fernández y Pérez (1998) dan a conocer qué tipo de barreras se oponen al cuidado de la salud:

“Actitudes y pautas culturales. Como una grave paradoja de la sociedad occidental, existen unos valores que motivan el cuidado de la salud; pero, existen otros valores que también ocupan una posición muy alta dentro de nuestra jerarquía cultural y que entran en clara contradicción con el de la salud. Tener éxito, vivir cómodamente o experimentar sensaciones muy fuertes son algunas de las motivaciones que se oponen en muchos casos, al comportamiento saludable. Por otra parte, una segunda actitud que dificulta los esfuerzos de prevención es la equiparación que se hace de la buena vida y hábitos poco saludables. En este contexto se sobreentiende, por ejemplo, que los alimentos más apetecibles son los de alto contenido en colesterol o que el sedentarismo es más reconfortante que un moderado ejercicio físico. A todo lo anterior habría que añadir que la continua publicidad sobre el poder de la tecnología médica para curar a través de trasplantes, órganos artificiales y técnicas quirúrgicas puede servir como justificación para no emprender medida preventiva alguna.

La naturaleza de los hábitos saludables. La dificultad de la prevención se sitúa también en la propia naturaleza de los hábitos saludables. Mientras que muchas de las conductas que pueden ser perniciosas para la salud (fumar, beber en exceso, las prácticas sexuales poco seguras, entre otras etc.) llevan casi siempre a una gratificación inmediata que las refuerza positivamente, los hábitos de salud, por el contrario, suponen casi siempre una demora de la gratificación, por lo que cuando ambos tipos de conducta entran en contradicción, existe una menor probabilidad de ocurrencia de las conductas saludables. Habría que añadir que dichos hábitos tan sólo reducen la posibilidad de enfermar en términos de probabilidad relativa. Este hecho hace que muchas personas desprecien la diferencia entre tener un riesgo bajo de sufrir un infarto o tener un riesgo alto. Finalmente, en muchas conductas de riesgo no existen señales anticipatorias o estímulos discriminativos de los problemas que pueden acarrear. Por el contrario, hay gente que fuma a diario y no padece enfermedad grave alguna o mantiene relaciones sexuales azarosamente y no se ha contagiado del SIDA.

La estructura del sistema sanitario. La propia estructura de nuestro sistema sanitario supone una dificultad añadida para la práctica de la prevención. Desarrollado sobre el modelo biomédico, su objetivo primordial es el tratamiento y la curación de la enfermedad, por lo que no es de extrañar que los profesionales de la salud sean entrenados, fundamentalmente, en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades específicas. Hay, además, reforzadores positivos muy potentes, como el prestigio, las retribuciones económicas o un cierto sentido de capacidad profesional, muy ligados a la medicina curativa. Por el contrario, los esfuerzos por la prevención se acompañan de muy poco reforzamiento.

La orientación de la Psicología clínica. En primer lugar, la Psicología clínica se ha centrado histórica y tradicionalmente en el campo de la salud mental, en el cual se abordan problemas afectivos y emocionales. El interés por la salud física es mucho más reciente y no ha cuajado en una actividad profesional propia a pesar de disponerse, en problemas muy concretos, de técnicas mucho más eficaces que la intervención médica. Por otra parte, al igual que ocurre con la práctica médica, la práctica de la Psicología también se ha entendido como una interacción privada entre el paciente y el clínico. Esta actitud ha limitado el desarrollo de programas de intervención en escuelas, lugares de trabajo, etc.” (Pág. 45)

Como ya se mencionó anteriormente, el énfasis puesto en el comportamiento de la población hacia la cual se dirigen los programas de promoción y prevención se expresa en una serie de actitudes que se confrontan a la enfermedad de formas diversas. Por ello, el cambio de actitud puede considerarse como una estrategia de prevención. Hay algunas teorías que consideran esto como totalmente válido. Amigo, Fernández y Pérez (op. Cit.) plantean que el cambio en las actitudes y creencias constituye un prerrequisito de la modificación de conducta. Por lo tanto, estimular conductas de prevención requiere convencer a la población de su susceptibilidad a determinadas enfermedades, tales como el cáncer o cardiopatía isquémica, y convencerla también de que existen estrategias efectivas para prevenirlas. Ellos enuncian las siguientes estrategias de prevención:

- Campañas informativas

- ❑ Apelaciones al miedo
- ❑ Cambio de actitud y conducta

México es un país en vías de desarrollo que necesita constantemente del perfeccionamiento en la promoción de la salud en el contexto clínico, en los medios de comunicación, en escuelas, en sitios de trabajo y comunidades, entre otros. Sabemos que no es fácil, pero es imprescindible atender a las demandas que como país tiene para así sumar esfuerzos teniendo en cuenta sus carencias.

1.5. Salud en México

La demanda actual de servicios de salud para la atención de los problemas de enfermedad de la población mexicana, incluyendo su variedad de niveles socioeconómicos y en todos los rincones del país, va en aumento; por lo tanto, prevenir la enfermedad y mejorar la calidad de vida requiere necesariamente, de la intervención de los servicios de salud, incluyendo en ellos a la investigación y también, en forma destacada, la participación de los individuos, de los grupos y poblaciones en su conjunto (García, Silva y Salas, 2000)

Antes de analizar los sistemas de salud en México, es importante mencionar que el término Salud Pública, se refiere a “la organización y dirección de los esfuerzos colectivos para proteger, fomentar y reparar la salud, y su relación con la medicina preventiva” (García, 1994, Pág. 204)

Considerando el Modelo de Salud Mexicano en términos de las funciones básicas que todo sistema de salud debe desempeñar, es factible observar que el sistema de salud Mexicano está organizado por grupos sociales, es importante mencionar que dicho modelo divide o segrega a sus grupos sociales en dos, los “asegurados” y los “no-asegurados” a un Instituto de Seguridad Social (IMSS, ISSSTE’s, ISSFAM).

Los Institutos de Seguridad Social son responsables de atender a la población llamada “asegurada”, la cual se conforma por todos los trabajadores públicos y privados con un empleo “formal”. Aquellos que no cuentan con un empleo

formal son considerados dentro de la población “no-asegurada”. En este rubro se consideran a su vez dos subgrupos, las clases medias y altas que acuden al sector privado, ya sea a través de seguros de salud (gastos médicos mayores o gastos médicos totales) y/o pagando los servicios médicos privados de su bolsillo, -situación que se ha comentado frecuentemente, como sumamente ineficiente para financiar los servicios médicos-. De hecho muchos miembros de estas clases, en particular los que cuentan con un empleo formal, pagan sus contribuciones a la seguridad social, pero no la utilizan y se atienden en el sector privado.

El segundo subgrupo dentro de la población “no asegurada” lo constituyen las clases más pobres, urbanas y rurales, las cuales en teoría, deben ser atendidas por la infraestructura de la Secretaría de Salud (SSA), la cual, como sabemos es insuficiente. Es importante comentar que en este subgrupo también se da con frecuencia el nocivo “pago de bolsillo” por servicios de salud privados. (Lara Di Lauro, 2006)

Laurell y Ortega (1991) señalan características comunes a la mayoría de los países de la Región como son las consecuencias del impacto de la crisis y la puesta en marcha de una política neoliberal en todos los sectores de la sociedad, lo que ha tenido como una de sus consecuencia recortes drásticos del gasto fiscal y en específico, del gasto social del Estado, generando la descapitalización de los servicios públicos, en especial los de educación y salud.

Otro hecho que la crisis pone de manifiesto con crudeza, son las crecientes desigualdades entre los distintos grupos y sectores sociales, en términos de su acceso a los servicios de atención en salud y el tipo y calidad de los mismos. Ello, afirman las autoras (op. cit.) es consecuencia directa del desarrollo divergente de los tres subsectores de salud existentes en México.

El sector salud mexicano en general está dividido en tres subsectores, el paraestatal de seguridad social, el estatal público y el privado. Estos subsectores atienden a diferentes grupos poblacionales. El subsector de

prestación de servicios públicos se encuentra hoy en día en proceso de descentralización y se financia con impuestos y cuotas pagadas al momento del uso del servicio. El subsector privado se financia con el pago por el servicio y éste es de acceso abierto para quien pueda pagarlo. El subsector privado de la salud en México ha crecido paralelamente al público. Sin embargo, y a pesar de ello, no hay información suficiente y la que hay es muchas veces contradictoria. El sector privado proporciona todo tipo de servicios, desde la consulta externa hasta la atención hospitalaria de tercer nivel.

En este sentido Laurell y Ortega (2004) elaboran una caracterización de los distintos grupos de población que son atendidos por el subsector privado de la salud. En primer lugar, están los grupos que disponen de recursos necesarios para pagar los servicios de alta complejidad y que tienen un seguro médico privado. Este grupo representa un 9% de la población. Un segundo grupo, compuesto por los derechohabientes de las instituciones de la seguridad social, este grupo utiliza la consulta externa privada. Un tercer grupo sería la población con bajos ingresos y sin seguridad social que representa un 30% de la población total. Por último, estaría la población de extrema pobreza y que representa el 20% del total de la población general y que no tiene cobertura de servicios. Los datos anteriores revelan que aproximadamente un 50% de la población mexicana no acude a ningún tipo de servicio de salud o no tiene atención de salud del todo.

La ubicación geográfica de los servicios privados está localizada, en su mayoría, en los centros urbanos con mayor concentración industrial y por ende más desarrollados. Por otra parte, los servicios médicos localizados en los pueblos y zonas geográficas de baja densidad poblacional, bien comunicados y de carácter rural en su mayoría presentan altos grados de precariedad. Esta modalidad se combina con los servicios impartidos por las ONG's las cuales organizan diferentes actividades como son las de capacitación, preventivas y curativas, principalmente.

El proceso de privatización como parte de la política del Estado, en lo que se refiere al sector salud, está en sus inicios. Así mismo, Laurell y Ortega (op.cit.)

señalan varias modalidades de privatización, ellas son: Pago por el servicio público; proposiciones de subrogación de los servicios auxiliares; formas gerenciales de administración y financiamiento; venta de activos o de servicios y sobre todo se observa un crecimiento acelerado de la atención privada amparada por los seguros médicos privados. Las distintas modalidades de privatización de los servicios de salud no se presentan de la misma manera en la sociedad mexicana y tienen un peso distinto en cuanto a su desarrollo y tendencias.

En cuanto a la introducción o aumentos de cuotas por servicios, el caso más importante en esta modalidad es el presentado por los Servicios Médicos del Departamento del D.F. el cual está dirigido a la población de la zona metropolitana de la Ciudad de México. Estos servicios eran de carácter gratuito antes de 1987 y en cuanto a su especialización se dirigían hacia la atención de la población infantil a través de los hospitales infantiles y de traumatología. Aquí se han instrumentando las llamadas cuotas de recuperación, lo que ha incrementado considerablemente el cobro de las consultas externas, de laboratorios, de rayos X y demás servicios impartidos. Pareciera que detrás del cobro de las cuotas está la intención de incrementar también el autofinanciamiento de los hospitales públicos pasando una parte de los costos a los usuarios.

La práctica de la subrogación de servicios fue anunciada en 1991 y se refiere a la subcontratación de los servicios de limpieza, lavandería y cocina por el Instituto Mexicano de Seguro Social y los Servicios Médicos de Pemex. Esta medida tiene la finalidad de bajar los costos usando la ventaja comparativa en cuanto a menores salarios y prestaciones a pagar a los contratistas.

La venta de servicios o activos al sector privado significa el retiro del Estado de la prestación de servicios otorgándolos en concesión a la empresa privada por medio de licitaciones abiertas. Esta modalidad, por ahora no pasa de ser una proposición de un sector empresarial que expresa una ideología en contra del propio Estado. La atención médica derivada de seguros privados es la modalidad más importante. Las dos primeras modalidades señaladas no cambian la relación entre el subsector privado y el público, ya que este último

sigue teniendo el papel predominante en la prestación de servicios de salud. En cuanto a las dos últimas modalidades, pareciera que éstas no cuentan con la suficiente fuerza política necesaria para imponerse o más bien cuentan con suficientes resistencias por parte de las diferentes fuerzas y actores involucrados.

El objetivo central del proceso de privatización de los servicios de salud en México, es resolver los problemas de la salud de la manera más radical y políticamente menos conflictiva; para ello, el Estado le ofrece a la iniciativa privada un mercado rentable y garantizado. Por lo tanto, el proceso de privatización de los servicios de salud en México es selectivo y consiste en transferir grupos, anteriormente atendidos por la seguridad social, al sector privado por la vía de los seguros médicos privados, individuales o colectivos. Esta tendencia podría parecerse a la chilena, la cual se basa en la obligatoriedad de aseguramiento pero con un sistema dual de seguros y prestación de servicios. Uno basado en seguros médicos y producción de servicios privados dirigidos a los grupos de mayor poder y compra, y otro, apoyado en el esquema actual de seguro y producción de servicios paraestatales.

Se consideran a esta modalidad la más importante porque significa una redefinición conceptual de las bases de la política social y más específicamente de la política sanitaria. Aquí se transita del paradigma del Estado de Bienestar a otro de corte neoliberal que encarga al sector privado a resolver las necesidades sociales, es decir que el Estado pasa al paradigma asistencialista o caritativo. El motor de este proceso es la descapitalización y deterioro de la seguridad social y la presentación ante la sociedad de una oferta de solución individualizada.

1.6. Estrategias alternativas de la Psicología de la Salud en el período epidemiológico actual

Salinas (1995) menciona algunas propuestas que tienden a mejorar las condiciones de salud de la población mexicana. Dichas propuestas parten de

considerar que existen condiciones de salud determinadas en gran medida por las condiciones de producción material de la sociedad y que son problemáticas; también de que la oferta de servicios y acciones para mejorar la salud de la población han sido insuficientes, que en esto median intereses de clase que trascienden el campo de la salud; así como de que se han diseñado estrategias, no instrumentadas del todo, enfatizando la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud (Atención Primaria a la Salud) de igual manera que existen desarrollos conceptuales y metodológicos de la psicología que pueden ayudar a solucionar los actuales problemas en el proceso salud-enfermedad y la organización de los servicios de salud.

Se considera que para solucionar las necesidades de salud reales de la población es necesario cambiar el modelo actual en el que se basa la oferta de servicios de salud (Frenk, 1993). El cambio enfatiza un modelo preventivo de la enfermedad y la promoción de la salud, que integrado con el modelo biomédico, se oriente a grupos de la población y de acuerdo a los riesgos de salud que sus condiciones de vida material les imponen. Además, debe tenerse en cuenta que no se puede hablar de salud sin considerar la dotación de agua potable, el saneamiento ambiental, la alimentación adecuada, la seguridad laboral y social, la educación y la vivienda.

En este sentido, la psicología en el campo de la salud ha desarrollado aproximaciones conceptuales, metodológicas y estrategias que enfatizan el logro de objetivos de prevención de la enfermedad y la promoción de la salud en individuos y grupos. Además, la preocupación constante de la disciplina médica por elevar la calidad del trato humano de los servicios de salud como parte de su esquema de autorregulación profesional, así como las presiones de control presupuestario y la exigencia social, permiten enfatizar la importancia de la psicología para el logro de tales objetivos.

El actual sistema de salud ha demostrado su utilidad, las siguientes propuestas no tratan de dismantelar el actual sistema de atención a la salud sino de incorporar esquemas de atención complementarios que permitan la evolución

de los sistemas de salud con composiciones profesionales diferentes a las actuales.

1. Debido a que la condición epidemiológica de nuestro país se caracteriza por la coexistencia de enfermedades del subdesarrollo (enfermedades infectocontagiosas, desnutrición y parasitarias) con enfermedades del “desarrollo”, crónicas degenerativas, accidentes y adicciones, la organización de los servicios de salud médico-asistenciales y sanitarios deben reflejar la integración de servicios de salud médicos con los psicológicos, que son necesarios para dar respuesta a las demandas de atención a la población de manera integral y efectiva. La insuficiencia de los servicios de salud se deriva, en gran medida, de la organización de los mismos y una exhaustiva demanda debido a causas psicológicas que se manifiestan en los sistemas biológicos del individuo o quejas somáticas sin base biológica.

2. Dado que los factores que intervienen en el proceso de salud-enfermedad involucran aspectos biológicos, estilos de vida, psicológicos y ambientales así como la organización de los servicios de salud; y toda vez que estas áreas son abordadas por distintos tipos de profesionales, es necesario integrar equipos inter y multidisciplinarios para incidir integralmente en su estudio e intervención a fin de solucionar los problemas de salud de raíz. Bajo estas consideraciones, el médico, enfermera, psicólogo, antropólogo, sociólogo y trabajador social entre otros; deben integrar su colaboración a través de la identificación, investigación e intervención de los factores involucrados en el proceso de salud-enfermedad y diseñar programas individuales, familiares, grupales y comunitarios que los modifiquen.

En este caso, el psicólogo puede colaborar en la definición, detección y modificación de comportamientos y condiciones medio ambientales nocivas a la salud. Esto permitirá establecer programas y estrategias de prevención y tratamiento conforme a los riesgos de la población, que tiendan hacia una mayor equidad del acceso a los servicios de los grupos de población que más lo necesitan.

3. Un nuevo modelo debe enfatizar la atención primaria a la salud, lo cual implica anticipar el daño y tomar acción contra los riesgos (Durán, Becerra y Torrejón, 1991; en Lara Di Lauro, 2006). Para que esto sea posible, es

importante que la población juegue un papel activo en el sistema salud así como que éste último desarrolle procedimientos para la detección temprana y tratamiento oportuno del daño, mientras que al mismo tiempo intente prevenir riesgos de exposición futura. Esta consideración requiere la investigación de los factores de riesgo, de factores psicosociales y todos los programas tendientes a la prevención de enfermedades. La promoción de la salud y bienestar deben basarse en un entendimiento de la cultura, las tradiciones, las creencias y los patrones de interacción familiar y de grupos.

En este aspecto, la participación del psicólogo, se basa en la oferta de los conocimientos y estrategias de la psicología para desarrollar programas de penetración comunitaria, así como el desarrollo de indicadores de riesgo que en conjunto con otros profesionales den una respuesta a las necesidades inmediatas y mediatas de la población, propiciando un cambio en sus estilos de vida, generando conocimiento, así como hábitos de alimentación, sueño y ejercicio; que en conjunto se enfocan a un modelo de salud innovador para todos.

4. Debe enfatizarse el desarrollo de metodologías para la instrumentación de estrategias de promoción de la salud que implique la participación organizada y activa de la comunidad. Esta participación contribuirá a que la comunidad vaya adquiriendo mayor capacidad para resolver sus problemas y mayor responsabilidad para asumir la obligación de cuidar su salud.

También es importante que el personal de salud que labora en la comunidad utilice las metodologías y conocimientos de la psicología de la salud para estimular la participación comunitaria en la instrumentación de programas de promoción y prevención.

5. La instrumentación de una estrategia preventiva y conforme a los riesgos que sufre la población requiere el desarrollo y validación de instrumentos de evaluación para identificar factores de riesgo, a fin de que los profesionales de la salud los utilicen como base para su intervención pertinente (Durán y Cols., 1991; en García, Silva y Salas, 2000)

6. Es necesaria la reorganización de la oferta de los servicios para hacerla más flexible a las necesidades de la población, para lo cual es importante el desarrollo y validación de indicadores de calidad y productividad de los servicios de salud más sensibles al impacto de las acciones y programas de

salud instrumentados, sobre todo de tipo preventivo (por ejemplo, el impacto de campañas de fomento a la salud debe involucrar medidas del cambio de conducta), así como de intervención médica. La participación del psicólogo de la salud es de vital importancia en la evaluación de servicios de salud ya que posee conocimientos y metodología para el desarrollo de indicadores de calidad de la atención (por ejemplo, la satisfacción de la atención) y el desarrollo de las propiedades psicométricas de las escalas utilizadas en la evaluación, así como de la conducta de individuos y la población para determinar el impacto de las acciones de salud, conjuntamente con otros profesionales biomédicos y sociales.

7. Uno de los problemas que actualmente enfrenta el sistema salud de México es la baja calidad de la atención a la salud, debido entre otros factores, a la restricción presupuestaria, las condiciones de trabajo demandantes para el personal en general y las características de las estructuras organizacionales imperantes que se distinguen por ser rígidas y autoritarias influyendo esto en el clima laboral, todo lo cual tiene un efecto sobre la conducta organizacional y, por lo tanto, en la calidad de atención.

Debido a esto, es importante impulsar la reorganización práctica de los servicios de salud para incrementar la calidad de la atención, lo cual requiere determinar los factores psicosociales y motivacionales relacionados con el desempeño del personal, así como los condicionantes físico-ambientales. También es importante educar a los beneficiarios de los servicios de salud en el uso adecuado de los mismos, como parte de una estrategia más global que mejore la calidad de los servicios permanentemente. Finalmente, la reorganización práctica de los ambientes de la atención a la salud debe considerar las condiciones ambientales y organizacionales que influyen adversamente en la conducta de los prestadores de los servicios de salud; por ejemplo, el estrés al que es sometido el personal de áreas de atención crítica (urgencias, terapia intensiva, etc.) y en los cuales el psicólogo puede jugar un papel importante identificando los estresores ambientales, organizacionales y dotando de habilidades al personal para controlar sus efectos nocivos.

8. Debido a que existe una falta de comunicación entre el sector salud y las instituciones que forman al personal de salud, debe haber una retroalimentación entre ambas con base en las necesidades de la población

bajo un enfoque del cuidado de la comunidad, preventivo y de promoción de la salud, además de la atención individualizada de tipo curativo (Durán, Becerra y Torrejón, 1991). Se considera que si el profesional de la salud cuenta con habilidades de asesoría y consulta, así como de relaciones interpersonales, mejorará su capacidad para recolectar información “exploratoria” a la vez que proveerá soporte emocional al paciente, mejorando la calidez de la relación; esto, a su vez, se cree debe redundar en una menor utilización de tecnología diagnóstica compleja como pruebas de laboratorio y gabinete.

9. Se debe subrayar en relación con los factores psicosociales que están involucrados en el proceso salud-enfermedad y la atención al mismo, esto permitirá desarrollar procedimientos de prevención, curación y rehabilitación integrales y mejorar proceso de atención de individuos, grupos y poblaciones.

El psicólogo puede colaborar con la investigación de los factores psicosociales que están involucrados en el proceso enfermedad, el mantenimiento de la salud y en la atención a la enfermedad. Las contribuciones de la psicología en el campo de la salud enfatizan un interés en el fomento a la misma y como consecuencia, la prevención de enfermedades con un enfoque de riesgo, lo cual implica para el psicólogo, por las mismas consideraciones que se han hecho con el profesional de la medicina, trascender el modelo de atención individualizado para instrumentar estrategias de trabajo con familias, grupos y comunidades; asimismo, la participación del psicólogo requiere integración en equipos de trabajo ínter y multidisciplinarios con enfoque en grupos y poblaciones.

A manera de conclusión y como pudimos observar a lo largo del presente capítulo, históricamente es posible observar una serie de sucesos en los cuales la medicina es la encargada de salvaguardar la vida de la población en toda época, que van desde los primeros conocimientos o creencias sobre la etiología de las enfermedades infecciosas o contagiosas, sus descubrimientos y realidades enfrentadas; hasta lo que es en la actualidad. La preocupación por la salud y enfermedad ha sido una constante en el ser humano ya que su naturaleza así lo demanda.

El momento actual de la psicología de la salud se caracteriza por la búsqueda de una integración cada vez mayor entre los conocimientos básicos de la

ciencia psicológica por una parte, y sus extensiones al ámbito de la salud, por otra; muestra de ello es el auge de la investigación básica en el campo de la psiconeuroendocrinoinmunología y de sus extensiones a la comprensión de fenómenos como el estrés y sus asociaciones con la enfermedad.

En los últimos tiempos, la psicología ha inducido un giro en el modelo de salud, considerando a la misma como algo que hay que desarrollar. La meta más importante de esta línea es dar mayor fundamento teórico y metodológico a las actividades que se desarrollan para promover la salud y para prevenir las enfermedades, lo cual tiene una gran relevancia si se toma en cuenta el riesgo que representan los estilos de vida inadecuados en el contexto actual de morbimortalidad de nuestra población. La Psicología aplicada a la Salud surge para dar respuesta a las necesidades de nuestro tiempo partiendo del componente biopsicosocial y contrastando el aspecto psicológico como un factor primordial en la salud del individuo. Se confirma indiscutible y destacado el papel del comportamiento en la salud, y el énfasis de esta nueva área de trabajo orientada a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, ya que estos dos conceptos están íntimamente ligados a las actitudes, pautas culturales y hábitos (estilo de vida); así como a la estructura del sistema sanitario y políticas de salud pública, entre otras. De esta forma existe una imperiosa necesidad de abrir nuevos frentes para el pleno desarrollo de dichas actividades como pilares fundamentales en el futuro de la Salud en México que a pesar de no ser del todo claro, los índices cada vez mas altos del enfermar, nos muestran una vía de acceso necesaria e insatisfecha; para el restablecimiento de la salud con una visión integral para las necesidades de la población.

El inicio de la última década del siglo XIX se encuentra lleno de una modernidad tecnológica; ahora son otros los conceptos y otras las acciones para luchar contra las enfermedades que constituyen problemas de salud pública. Lo que en adelante se haga, tendrá que enmarcarse en otros conocimientos o teorías mas avanzadas en busca de una mejor calidad de vida, concepto que como veremos más adelante, sigue en una impetuosa lucha por definirse de una vez por todas.

CAPITULO 2. ENFERMEDADES CRÓNICAS Y SU RELACIÓN CON PATÓGENOS E INMUNÓGENOS CONDUCTUALES

2.1 Calidad de Vida y Enfermedades Crónicas

No podemos dejar de considerar la fuerte interacción que se da entre salud y calidad de vida, si el estado de salud es un factor determinante de la calidad de vida, la calidad de vida de la persona determina igualmente su estado de salud. Por ello es que la definición de la OMS se ha hecho presente en el concepto de salud como estado de bienestar físico, psíquico y social y no meramente la ausencia de enfermedad

La sensibilidad por la salud es un signo de nuestra época al que acompaña la preocupación por su continua y reiterativa evaluación. Lamentablemente, nuestra sociedad ha otorgado más énfasis al concepto de enfermedad (influido por el modelo médico-biológico individual), y ha prestado más atención a la curación que a la idea de prevención (Moreno y Ximénez, 1996; en Ascencio, 2001). El resultado ha sido el desarrollo de una altísima tecnología de intervención con unos costes económicos de difícil factura individual y social. Desde esta perspectiva, si se quiere evitar el colapso de los servicios de sanidad, se hace imprescindible el desarrollo de una actitud que promocióne la prevención y que se haga más sensible a las dimensiones positivas de la salud. En este contexto, la aportación de disciplinas como la demografía, la sociología y la psicología puede proporcionar elementos importantes. Específico de la psicología será el estudio de las causas de la enfermedad, por lo que se refiere a los estilos de vida asociados un padecimiento, o el examen de mediadores que incluyen variables cognitivas o sociales (Sarason, Levine, Basham y Sarason, 1983; op.cit.)

Nada limita tanto la calidad de vida como experimentar día a día el empobrecimiento de las actividades y el progresivo o permanente acortamiento de las propias posibilidades. Se sufre en estos casos la experiencia de una involución que fácilmente puede afectar al autoconcepto, al sentido de la vida y provocar estados o procesos depresivos. La preocupación por la calidad de

vida en la enfermedad proviene de la constatación de que no basta alargar la vida, ya que gran parte de los enfermos desean vivir y no meramente sobrevivir (Moreno y Ximénez, 1996, op. Cit.)

Por ello es de vital importancia comprender que una enfermedad crónica es entendida como aquel trastorno orgánico-funcional que obliga a una modificación en el estilo de vida de un individuo y que es probable que persista por largo tiempo. Son padecimientos que generalmente afectan la calidad de vida en los sujetos que las padecen, los tratamientos y sus consecuencias requieren de un cambio sustancial del estilo de vida de los pacientes ya que implica a la familia como el principal soporte, física y psicológicamente hablando. Pacientes que viven estas enfermedades necesitan afrontar situaciones adversas en su vida (Robles, 2000)

La calidad de vida en el caso del cáncer es un concepto que provoca mucho interés, pero a su vez es muy difícil de definir y acotar, pues hay muchos factores que influyen en él; tal es el caso de la cultura, la religión, las experiencias previas y la percepción que el individuo tenga de la enfermedad. Por lo tanto, considerar cuáles son los factores más importantes resulta una tarea muy ardua, aunque posible (Juan, 2003; en Montero, 2005)

En cualquier caso, la elección de las áreas que componen la calidad de vida de los enfermos con cáncer no ha sido muy consistente. Por tal motivo, se visualizan tres dimensiones de definición: la primera de ellas es el control de síntomas físicos, el funcionamiento psicológico y el nivel de actividad. La segunda de las dimensiones es la evaluación objetiva frente a evaluación subjetiva; unos autores refieren la naturaleza subjetiva de la calidad de vida, mientras que otros se refieren a una situación objetiva. En tercer lugar, encontramos definiciones de calidad de vida como un concepto general frente a otras que la entienden como un concepto específico para cada enfermedad. Es decir, que para unos autores hay un concepto de calidad de vida, sea cual sea el contexto en el que hablamos de ella, puesto que toda enfermedad tiene un efecto global inespecífico sobre la calidad de vida del paciente con cáncer, lo que determina su impacto sobre las funciones generales de la persona y

captura la variedad de disfunciones asociadas a la enfermedad. (Ascencio, 2001)

Moreno y Ximénez (op. Cit.) mencionan que el concepto de calidad de vida es multidimensional por su origen, por su estructura y por la vías de desarrollo que abre. No es posible un desarrollo sólido del tema en toda su complejidad sin aunar las diferentes perspectivas que se complementan mutuamente. Cuando se habla de la calidad de vida, de la felicidad y de la satisfacción de la población en general o de los ancianos, de los enfermos terminales, de los enfermos crónicos, de los que padecen retraso mental o de los que sufren cáncer, el panorama es tan inmenso que no puede cubrirse sin una clara convicción de los límites de la propia disciplina y de que su estudio sólo es posible abriendo nuevos frentes comunes.

2.2 Historia y conceptualización de Calidad de Vida

En los últimos tiempos se ha hecho muy frecuente el uso del término “Calidad de Vida” en diferentes contextos en donde varios especialistas aportan sus enfoques ya sea dentro del marco médico, político, social o económico. Sin lugar a dudas, el ámbito psicológico es uno de esos espacios en el cual centraremos nuestra atención.

El desarrollo del término “calidad de vida” proviene principalmente de la medicina, para extenderse rápidamente a la sociología y la psicología; sin duda desplazando a términos tales como felicidad y bienestar. Civilizaciones como la egipcia, hebrea, griega y romana son claro ejemplo de sus orígenes; remontándonos posteriormente a la edad media, el renacimiento y a la época actual, en donde frecuentemente se le alude.

A lo largo de su desarrollo histórico, el concepto de calidad de vida se ha caracterizado por su continua ampliación. De esta forma podría considerarse que si inicialmente consistía en el cuidado de la salud personal, pasa luego a convertirse en la preocupación por la salud e higiene públicas, se extiende posteriormente a los derechos humanos, laborales y ciudadanos, continúa con la capacidad de acceso a los bienes económicos, y finalmente se convierte en

la preocupación por la experiencia del sujeto de su vida social, de su actividad cotidiana y de su propia salud. El concepto deviene así más rico, complejo y también frágil (Moreno y Ximénez, 1996; en Ascencio, 2001)

La calidad de vida es un concepto complejo compuesto por diversos dominios y dimensiones y de difícil definición operacional. Se ha definido como un juicio subjetivo del grado en que se ha alcanzado la felicidad, la satisfacción o como un sentimiento de bienestar personal; pero también este juicio subjetivo se ha considerado estrechamente relacionado con indicadores objetivos, biológicos, psicológicos, comportamentales y sociales

Actualmente el concepto hace referencia a la evaluación objetiva y subjetiva de al menos los siguientes elementos: salud, alimentación, educación, trabajo, vivienda, seguridad social, vestido, ocio y derechos humanos; además puede ser definido en términos generales, como una medida compuesta de bienestar físico, mental y psicológico, tal como lo percibe cada persona y cada grupo (Levi y Anderson, 1980; Oblitas, 2000)

Desde esta perspectiva y desde el campo de la psicología, la calidad de vida es un concepto básicamente referido al tipo de respuesta individual y social ante un conjunto de situaciones reales de la vida diaria. Así, aunque se evalúan los componentes de bienestar objetivo, se considera primordial la percepción y estimación de ese bienestar objetivo, el análisis de los procesos que conducen a esa satisfacción y los elementos integrantes de ésta (Slevin, Plant y Lynch, 1988; op.cit.)

2.3 Patógenos e Inmunógenos Conductuales

Identificar el nivel psicológico de calidad de vida en un enfermo crónico nos obliga tomar en cuenta el comportamiento como objeto de estudio e investigación. En ese contexto, es inevitable hablar de los patógenos conductuales, que surgen a partir de la investigación de varios especialistas que después de fraccionar otros factores de riesgo conocido, concluyen que el relativo a muerte prematura es dos veces mayor en aquellos individuos que se

encuentren en cualquiera de estas conductas potencialmente patógenas: 1) fumar, 2) trabajar y vivir bajo un estilo de vida de estrés crónico, llamado Tipo conducta A (especialmente su componente de hostilidad), y 3) sobreingesta con ganancia de 50% de peso sobre lo normal. Por el contrario, la bibliografía acumulada provee evidencia de que el estilo de vida de un individuo asociado con conductas sanas, puede servir también como factor de protección. A este factor se le denomina inmunógeno conductual contra la muerte prematura, identificando conductas deseables que cuando se practican regularmente se asocian con un riesgo disminuido de mortalidad: 1) 7 u 8 horas de sueño diario, 2) desayunar casi todos los días, 3) nunca o casi nunca comer entre comidas, 4) peso recomendable de acuerdo a la estatura, no fumar, no tomar más de cuatro bebidas por ocasión y 5) comprometerse a realizar una actividad física (Matarazzo, 1995)

Con lo anterior se evidencia la magnitud que tiene el comportamiento de un enfermo crónico en su calidad de vida, por ello es de vital importancia tomar en cuenta que los patógenos e inmunógenos conductuales juegan un papel preponderante en la vida de un individuo, ya sea para obtener un amplia expectativa de vida o para aminorarla según sea su conducta. Si esto es un factor relevante para quienes tiene una enfermedad, cuanto más los será para quienes están sanos y desean promover su salud.

Retomando esto, es factible mencionar a las conductas de salud, como aquellas en las que toma parte un individuo que goza de buena salud, con el propósito de prevenir la enfermedad (Kasl y Cobb, 1966, en Matarazzo, 1995). Estas incluyen el amplio abanico de las conductas antes mencionadas. El concepto de conducta de salud contempla esfuerzos por disminuir los patógenos conductuales y practicar las conductas que actúan como inmunógenos conductuales. Puesto que dichas conductas no ocurren al vacío, para analizarlas uno debe de considerar los contextos en que ocurren. Este ambiente comprende una constelación de factores personales, interpersonales, ambientales e institucionales que incluyen aspectos como política pública, prácticas institucionales e influencias interpersonales, así como ambiente físico y social (Winnett, King y Atman, 1989; op.cit.).

2.4 Niveles de Prevención ante el Cáncer

Según Lostau (2001) está demostrado que el cáncer reduce su frecuencia con la prevención y el tratamiento adecuado. Así el estado actual de nuestro medio permite una supervivencia muy prolongada o una curación de aproximadamente el 50% de los enfermos, en comparación con el año 1950, cuando apenas se lograba en una cuarta parte.

Tomando en cuenta lo anterior, la lucha contra el cáncer, implica un conjunto de medidas diversas, basadas en el conocimiento científico para reducir el número de casos y defunciones por esta enfermedad. Se han identificado tres niveles básicos en el proceso de prevención de cáncer de mama según la Secretaría de Salud (Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2002):

- ✓ *La prevención primaria:* Todas aquellas actividades o acciones de promoción, educación o fomento de la salud, así como las de protección específica para la prevención de las enfermedades.
- ✓ *La prevención secundaria:* Todas aquellas actividades o acciones que están encaminadas a lograr el diagnóstico y tratamiento temprano con el fin de limitar los daños a la salud.
- ✓ *La prevención terciaria:* A las actividades que se dirigen a la rehabilitación reconstructiva, estética y psicológica de la paciente, o a evitar complicaciones. que tiene como meta minimizar los efectos adversos del cáncer una vez que se ha manifestado clínicamente, limitando el grado de incapacidad y evitando las complicaciones que llevan a un deterioro prematuro.

La detección oportuna, diagnóstico adecuado y tratamiento eficiente de los tumores malignos, se encuentran entre los principales problemas de salud en el país; cabe señalar que los tumores malignos se presentan en su mayoría en la población adulta (Mujeres y hombres en México, 2005).

2.5 Prevención del Cáncer de Mama

Al analizar la incidencia de los tumores malignos, se observa que el riesgo de contraer una enfermedad es diferencial entre mujeres (37 951 casos) y hombres (17 806 casos). En el mismo universo, de cada 100 ingresos hospitalarios femeninos ocurridos durante el año 2002 por tumores malignos, 33 se deben al de mama. (Mujeres y hombres en México, 2005)

Como en todos los tumores malignos, en el cáncer de mama se puede hacer una prevención primaria (actuando sobre los agentes iniciadores y/o promotores), para evitar el desarrollo de un carcinoma; o una prevención secundaria (mediante detección precoz), para incrementar la probabilidad de curación. La detección precoz tiene una gran importancia en la prevención del cáncer de mama y su objetivo es reducir la mortalidad, especialmente en mujeres asintomáticas; donde presumiblemente, el tumor está aún localizado y es potencialmente curable por los métodos convencionales de tratamiento. El estudio de poblaciones asintomáticas se conoce como Screening (Lostau, 2001)

Sin un detallado conocimiento de los mecanismos causales es inadecuado hablar de prevención. Avances en cirugía, radioterapia, quimioterapia y terapia hormonal han aumentado la supervivencia cuando se sigue el tratamiento, pero el determinante más importante de la supervivencia de un paciente no es el tipo de tratamiento, sino la detección precoz de la enfermedad y luego también el tratamiento que se siga (Rutter, Quine, Chesham, 1993; op.cit.)

El único camino para reducir la mortalidad del cáncer de mama es detectar la enfermedad antes de que el paciente note los primeros síntomas y el único camino posible para esto es que la población participe en programas de Screening mediante mamografía y/o autoexploración. No hay que dejar del lado que distintos estudios han demostrado la efectividad de programas de prevención secundaria como el antes mencionado.

Para tal motivo Lostau (2001) sugiere que la detección precoz está facilitada básicamente por dos tipos de factores, los cuales pretenden: 1) conseguir una

transmisión eficaz de información a la población general y, en especial, a las poblaciones de alto riesgo y 2) conseguir que se adquirieran hábitos periódicos y sistemáticos de detección o de visitas al médico, especialmente en las poblaciones de alto riesgo.

En lo que respecta a la Psicología Científica contemporánea, incorpora la optimización de los procesos de educación en salud y prevención del cáncer, considerado que un proceso efectivo de educación en salud tiene las características siguientes: aportar a la persona un conocimiento asimilable a las condiciones intelectuales de los problemas de salud que puede estar expuesta y de sus posibles soluciones; programar experiencias de aprendizaje variadas, dinámicas y vivenciales; tomar en cuenta los valores, creencias y cultura de las personas; producir cambios en los conocimientos, actitudes y práctica de las personas frente a la salud; y reflejarse en un incremento de la calidad de vida. (Guibert, et.al.2000)

Al ser el cáncer de mama una enfermedad en la cual el paciente puede tener algún control sobre la prevención y tratamiento, la detección precoz y la búsqueda de tratamiento inmediato son los medios más efectivos para lograr su control; por ello, que un paciente se retrase o no al buscar tratamiento, puede determinar el éxito del mismo.

Sin embargo un correcto proceso educativo debe entenderse esencialmente como una programación de oportunidades de aprendizaje de muy diversa índole (información, modelamiento, entrenamiento, capacitación, etc.) y tal proceso no puede lograrse a partir solamente de la transmisión de información, obviando el papel de los aspectos psicológicos, sino que resulta necesario involucrar procesos que propicien la autorregulación y favorezcan el proceso de adopción de precauciones (op. Cit.). La Secretaria de Salud refiere dentro de la Norma Oficial Mexicana: Prevención, Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia Epidemiológica del Cáncer de la Mama (NOM-041-SSA2-2002), la existencia de una serie de disposiciones generales con respecto al cáncer mamario como actividades de prevención, las cuales incluyen la comunicación educativa a la población para valorar los factores de riesgo y promover estilos de vida sanos que contribuyan a la disminución de la movilidad por el cáncer de

la mama, así como las actividades de detección temprana para la identificación, diagnóstico, tratamiento y control oportuno del cáncer de mama.

2.6 Adherencia al tratamiento

Como se dijo anteriormente la alternativa más importante para el cáncer de mama es la prevención, y para esta prevención es muy importante la participación de las personas en este tipo de programas, siendo fundamental el comportamiento de las mujeres al adherirse o participar en los reconocimientos médicos, ya que si conseguimos una mayor participación, obtendremos una prevención de mayor número de personas (Lostau, 2001)

En México, la mortalidad por tumores malignos va en aumento, una parte importante tiene como causa los tumores malignos en las mujeres. El cáncer de mama es la segunda causa de muerte por cáncer en las mujeres, después del cáncer cérvico-uterino. Una manera de conocer su impacto es por medio de la tasa de mortalidad¹, la cual estima el número de muertes debidas a este tipo de cáncer, por cada 100 mil mujeres de 25 años y más, en un año. Se calcula que casi 18 mujeres de 25 años y más, entre cada 100 mil, murieron por cáncer de mama durante el 2002, siendo los estados del norte de nuestro país los que enfrentan tasas de mortalidad similares a las de los países en donde el problema es particularmente grave, como es el caso de Chile. Así también llama la atención que Colima tiene la tasa de mortalidad por cáncer de mama más alta del país (Mujeres y Hombres en México, 2005)

Ahora bien, estadísticas del INEGI (2003) muestran que entre las principales causas de muerte se encuentran 58 599 casos de tumores malignos y que de ellos 3861 pertenecen al tumor de la mama. En consecuencia, en un margen de edad de 35 a 44 años, 669 casos se refieren a tumores malignos de la mama; de 45 a 64 años, son 1876 casos; y la morbilidad hospitalaria por diagnóstico del tumor maligno de mama del sistema nacional de salud es de un total de 12 886 casos, siendo 169 para los hombres y 12 717 para las mujeres.

¹ La tasa estandarizada se refiere al número de muertes por cáncer de mama por cada 100 000 mujeres de 25 años y más en el año. Fuente SSA. Salud: México 2002. Información para la rendición de cuentas.

Por tal motivo es de vital importancia atender esta problemática de salud que a todos nos atañe y en especial a las mujeres; manifestado como el grupo con una incidencia que va en aumento, considerando de esta forma que la adherencia al tratamiento es una vía de acceso para evitar el inminente incremento de la tasa de morbilidad por esta causa. Sin duda, definida en un alto porcentaje, por nuestra conducta.

Precisamente uno de los problemas más importantes que encuentran los profesionales de la salud es el no cumplimiento por parte de los pacientes de los regímenes prescritos, pudiéndose considerar un problema común de la psicología y de la medicina, la falta de adhesión o seguimiento del tratamiento médico o conductual. Según los datos aportados por distintos estudios (Haynes, Taylor y Sacke 1979; Dunbar y Agras, 1980; Masek, 1982; Meichenbaum y Turk, 1987; en Buela-Casal, Caballo y Sierra, 1996), pese a lo difícil de estimar la magnitud real del problema, se confirma el frecuente incumplimiento de las instrucciones terapéuticas, apreciándose que entre un 4 y un 92% de los enfermos no sigue de manera adecuada las instrucciones de los profesionales de la salud.

La adherencia es un complejo fenómeno que comprende desde la entrada en el propio tratamiento, el seguimiento de todo tipo de prescripciones y orientaciones, hasta la continuidad y conclusión del mismo. Como señala Buceta (1990; op.cit.), la adherencia constituye el quinto hábito (junto con la dieta alimenticia, el consumo de tabaco, la falta de ejercicio físico y el abuso del alcohol) que es primordial intervenir para actuar en función de la disminución de las siete principales causas de muerte; adherencia a diversas medidas favorecedoras de la salud, a la medicación, a los reconocimientos periódicos, a la práctica de estrategias conductuales, a los programas de rehabilitación física, a la limpieza regular de los dientes, etcétera.

Es importante decir que los pacientes con cáncer, además son sometidos a una serie de procedimientos médicos diagnósticos como las biopsias, las más de las de las veces dolorosas, lo cual genera estrés. A estos problemas debe agregarse que el paciente, al tener signos y síntomas molestos por los efectos

colaterales de los medicamentos y sufrir dolor por los procedimientos médicos invasivos de diagnóstico y tratamiento, manifiesta deseos de abandonar la terapia, lo cual sucede en muchas ocasiones. La consecuencia del abandono suele ser que la enfermedad se agrava o que los medicamentos dejan de surtir el efecto deseado (Reynoso y Seligson, 2005)

Como se ha dicho con anterioridad, nuestra conducta define nuestra salud y por tal motivo la adherencia al tratamiento es un factor fundamental de una enfermedad crónica, en este caso el cáncer de mama, ya que la eficacia de un tratamiento depende en gran medida de que el paciente siga las indicaciones para una pronta recuperación y/o rehabilitación. Según Cortinas (1990), la población en general no percibe aún la magnitud del problema o teme afrontarlo y como consecuencia descuida su salud, ignorando las señales que anuncian el desarrollo del cáncer y no consulta al médico oportunamente. Influyen también en el desarrollo de esas actitudes el periodo prolongado que transcurre para que el cáncer se manifieste, tras la exposición de un agente de riesgo, lo que dificulta su identificación o genera resistencias de tipo social o económico para su control.

A manera de conclusión es importante decir que el concepto de calidad de vida se encuentra enmarcado por la variedad de definiciones que se han realizado a lo largo del tiempo, tomando en cuenta el panorama tan inmenso que se ha abierto, es conveniente decir que los patógenos e inmunógenos conductuales son términos definidos por Matarazzo (1980; en Matarazzo, 1995), en los cuales se engloba la dimensión psicológica propiamente dicha de la psicología de la salud y por tal motivo se ajustan al presente enfoque, manifestando de esta forma la necesidad de abordar la problemática en su debido marco de referencia.

Se habló de la prevención como un aspecto fundamental para evitar el desarrollo del cáncer de mama, sin embargo esta práctica que está mediada indiscutiblemente por nuestro comportamiento, no es un común denominador en nuestra población ya que existe una dificultad para valorar los beneficios de la misma. Por tal motivo se hace hincapié en tomar en cuenta los factores psicosociales (valores, creencias, conductas, emociones y actitudes) que

predicen la participación o no en la prevención, así como los métodos de detección precoz (screening) que abarcan la mamografía y la autoexploración.

La adherencia al tratamiento es solo el resultado de la falta de prevención, por ello se hace un llamado a que el equipo de salud tome en cuenta la forma en que los sujetos perciben al personal encargado y su implicación, desde revisiones médicas preventivas hasta el tipo de tratamiento y de enfermedad, siendo un factor fundamental para el éxito de toda intervención.

CAPITULO 3 CÁNCER DE MAMA Y FACTORES DE RIESGO

El cáncer parece ser una enfermedad tan antigua como lo es la vida en nuestro planeta. Son testimonio de ello los tumores encontrados en los huesos de los fósiles de dinosaurio o en las momias humanas descubiertas en Egipto y Perú. Su estudio y tratamiento ha sido objeto de gran interés desde épocas remotas en distintas culturas, asentado en documentos, en los que se describe el avance del conocimiento y que nos hace ver el talento y capacidad de observación y deducción de nuestros antepasados. En tanto que su nombre, cáncer, se inspiró en la observación de los tumores de mama que, al crecer, toman la forma de un cangrejo, según explica Galeno (131-203 d.C.) en su tratado *Definitiones Medicae* (Cortinas, 1990)

Una vez hecho un esbozo general de su origen y definición, se retomarán las concepciones de algunos autores para que el lector tenga una visión más amplia del concepto.

La Secretaria de Salud, lo refiere como tumor maligno en general, que se caracteriza por pérdida en el control de crecimiento, desarrollo y multiplicación celular, con capacidad de producir metástasis. (Norma Oficial Mexicana, Prevención, Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia Epidemiológica del Cáncer de Mama, 2002)

El cáncer es una enfermedad en la que una o más células se alteran de tal manera que se multiplican de forma continua y producen millones de células con la misma alteración, algunas de las cuales se extienden a otras partes del cuerpo e incluso lo invaden (Doll y Peto, 1986; en Lostao, 2001).

Bajo la denominación de cáncer se engloban en realidad, distintas enfermedades que varían en sus manifestaciones clínicas y en su respuesta a las medidas terapéuticas, pero que comparten mecanismos desencadenantes comunes. Se han descrito más de cien formas distintas de cáncer de acuerdo con el órgano o tejido en el que se originan y el tipo de célula a partir del cual se forman. Los más frecuentes son los llamados carcinomas, que constituyen cerca del 90% de los cánceres, y que se generan en los epitelios o capas

celulares que recubren la superficie de nuestro cuerpo. Entre ellos, los más comunes son los que afectan al pulmón, al intestino grueso, a las mamas y al cuello uterino. En leucemias y linfomas¹, se producen a partir de las células formadoras de la sangre que residen en la médula ósea y en los tejidos linfáticos. Los sarcomas² son los más raros y se originan en las estructuras de soporte como el tejido fibroso, así como en los vasos sanguíneos (Cortinas, 1990)

Para Ascencio (2001), cáncer es un término genérico que se utiliza para caracterizar el crecimiento anormal de células que pueden invadir tejidos anormales o diseminarse a otros órganos (metástasis); o bien, como resultado de un cambio producido a nivel genético en el núcleo de las células. Debido a él, algunas se multiplicarán desordenadamente sin el propósito de satisfacer una necesidad orgánica específica y en una proporción mayor tanto en tiempo como en espacio. El grado de malignidad de un cáncer se basa en la propensión de estas células a invadir y a diseminarse a distancia (Tubiana, 1989)

Las neoplasias³ se dividen en dos grandes categorías: benignos y malignos. Los benignos se caracterizan por estar bien delimitados y se encuentran recubiertos por una cápsula protectora que los rodea y evita su diseminación. Además son similares al tejido que les dio origen, no invaden estructuras vecinas ni lejanas y crecen lentamente. Por otro lado los tumores malignos no se presentan encapsulados, invaden y destruyen los tejidos vecinos y pueden emigrar a sitios distantes a través de las vías linfática⁴ y sanguínea. Además, presentan diferencias respecto a las células que les dio origen, ya que a través de un crecimiento rápido invaden tejidos u órganos cuyas funciones normales se ven modificadas (Taladrid, 1989; op. Cit.)

¹ Linfoma: Tumor originado en el tejido linfoide o adenoide; se generaliza fácilmente

² Sarcoma: Cáncer que se origina en los tejidos conectivo, tales como los cartílagos, la grasa, los músculos o los huesos.

³ Neoplasias: Crecimiento anormal (tumor) que se origina de una sola célula alterada; la neoplasia puede ser benigna o maligna. El cáncer es una neoplasia maligna

⁴ Sistema Linfático: los tejidos y órganos (incluyendo los ganglios linfáticos, el bazo, el timo y la médula ósea, que producen y almacenan linfocitos (células que combaten la infección). Todo el sistema linfático es parte importante del sistema inmunológico del cuerpo. A veces los tumores cancerosos invasivos penetran los vasos (canales) linfáticos y se propagan.

En lo que refiere al cáncer de mama, éste ocupa la tercera posición en la incidencia mundial de cáncer. Dado que se trata de una neoplasia casi exclusivamente de la mujer, este sexo ocupa la primera posición en incidencia en el mundo con 600,000 casos diagnosticados cada año, que representa el 18% de los cánceres de la mujer. Asimismo, en nuestro país el cáncer de mama se encuentra en la segunda causa de muerte femenina, después del cáncer cervicouterino.

Cerca de 25% de las mujeres padecerá cáncer y, de éstas, 25% presentará algún cáncer mamario. Una de cada 17 mujeres será afectada por un tumor maligno en algún momento de su vida. El 99% de los casos de cáncer mamario ocurre en el sexo femenino y la frecuencia en varones se informa entre 1 y 2%. Solo el 0.095 de cánceres de mama se presenta antes de los 20 años; 1.8% antes de los 30 años, mientras que 75% aparece después de los 40 años de edad, y su frecuencia máxima se halla entre 45 y 59 años de edad. (Torres, 1994)

Sin embargo, hay que hacer notar que en 1985 la tasa de mortalidad por cáncer de mama fue de 3.6 por 100,000 mujeres y que ésta ascendió hasta 6 por 100,000 mujeres en 1994, triplicando su peso relativo dentro de la mortalidad general, correspondiendo a las mujeres menores de 65 años la incidencia de esta tendencia ascendente. (Compendio Histopatológico de Neoplasias en México, 1999; en Ascencio, 2001). Este tipo de cáncer por lo general, se manifiesta ya sea por un nódulo⁵ indoloro, o por un escurrimiento con frecuencia hemorrágico, por el pezón. (Tubiana, 1989) En la sociedad actual, el cáncer ha adquirido una gran relevancia social, lo que ha provocado un buen número de connotaciones negativas en comparación con otras enfermedades de la severidad y gravedad del sida (Fife y Wright, 2000; Rush, 1998; Universidad de Navarra, 1981; en Torrico, Santín, López y Andrés, 2002). Identificar que es lo que lo causa proporciona elementos fundamentales que nos permite comprender su etiología, localizar los factores de riesgo es una parte medular del problema.

⁵ Nódulo: Protuberancia pequeña y sólida que se puede localizar mediante el tacto.

3.1 Factores de Riesgo

En principio conviene clarificar qué es un factor de riesgo para que el lector lo comprenda adecuadamente. Un factor de riesgo de cáncer es una circunstancia o situación que se cree incrementa la posibilidad de desarrollar un cáncer, por lo tanto dichos factores sumados incrementan la probabilidad de presentarlo. Sin embargo, conviene decir que la presencia de dichos agentes o factores no implica necesariamente que se sufra la enfermedad y la presencia de estos debe considerarse sólo como un riesgo a desarrollar la misma.

Según información obtenida, la primera observación publicada sobre un factor específico de riesgo de cáncer está fechada en 1775, cuando Sir Percival Pott, cirujano londinense, notó que los deshollinadores jóvenes tenían un incrementada incidencia de cáncer de escroto. Afirmó que la ceniza de chimenea aumentaba el riesgo de cáncer de escroto, comenzando así los estudios de factores ambientales que causan cáncer. (<http://www.tusalud.com.mx/120104.htm>, 2006).

Hace mas de tres siglos se ha encontrado los factores de riesgo asociados a la presencia de una enfermedad como el cáncer; significando de esta forma la creciente importancia que se le ha dado a los elementos ambientales, principalmente en la actualidad, lo que nos involucra como psicólogos profesionales de la salud, a desarrollar programas y estrategias dirigidas a disminuir los niveles de enfermedades crónico degenerativas de la población, consideradas como una problemática a nivel mundial. Se han identificado factores de riesgo, cuya modificación y mantenimiento hacen variar la frecuencia de aparición del cáncer, en este caso específico del cáncer de mama, se enmarcan de acuerdo con la literatura especializada los siguientes: factores genéticos y familiares, hormonales y reproductivos, dietéticos, ambientales, geográficos y étnicos y psicológicos.

3.1.2 Factores Genéticos y Familiares

Estudios epidemiológicos han mostrado claras pruebas de un aumento en la frecuencia de cáncer mamario entre hermanas y madres de las enfermas afectadas por esta neoplasia maligna. Debido a que son parientes de primer grado, se duplica el riesgo de padecerlo, ya que si se tratara de un pariente más lejano (abuela, tía, prima) sólo aumenta el riesgo ligeramente. (www.el-mundo.es/elmundosalud/especiales/cancer/mama6.html, 2006). Así mismo se han encontrado dos genes variantes que parecen intervenir, el Brca1 y el Brca 2. Los investigadores han identificado otros genes defectuosos que pueden causar cáncer de mama entre los cuales están el Brca 3 y el Noey2 (que es una enfermedad heredada sólo del lado paterno de la familia).

La reducción en la capacidad del cuerpo para eliminar las células anormales lleva a que se presente daño que se acumula gradualmente. (www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000913.htm). Los genes BARD1 y p53 también parecen ser importantes; en lo que refiere a éste último se ha encontrado que juega un papel importante en desarrollar otros cánceres aunados al cáncer de mama, como la leucemia, sarcoma de piel, osteosarcoma y tumores cerebrales como el síndrome de Li-Fraumeni (De Vita. Et al., 1999; en Arscencio, 2001). También se ha comprobado que las familias en las que dos o más mujeres enferman de cáncer de mama están más expuestas a padecer cáncer de colon, ovario, endometrio, sistema nervioso central, leucemias y sarcomas, lo cual conforma un verdadero síndrome de cáncer mamario hereditario. (Torres, 1994)

3.1.3.- Factores Hormonales y Reproductivos

Se ha mencionado que el cáncer de mama está claramente relacionado con las hormonas, y la incidencia de la edad de menarca (primera menstruación), menopausia y el primer embarazo; la mayor incidencia se encuentra en mujeres posmenopáusicas ya que la actividad ovárica juega un papel importante en el desarrollo del cáncer de mama principalmente por las altas concentraciones de estrógenos (Arscencio, 2001)

Se admite que el cáncer de mama es más frecuente en mujeres que tienen una larga vida menstrual; esto es, en aquellas que presentan una menarca temprana (antes de los 12 años) mayor es el riesgo (de dos a cuatro veces) de padecer esta enfermedad si se compara con aquellas que comenzaron más tarde (después de los 14 años). Lo mismo ocurre con la menopausia: las mujeres con una menopausia tardía (después de los 55 años). Embarazarse después de los 30 años o no haber tenido hijos (nuliparidad), también aumenta el riesgo. (Torres, 1994, www.el-mundo.es/elmundosalud/especiales/cancer/mama6.html, 2006) y www.ondasalud.com/edicion/noticia/0,2458,83285,00.html, 2006)

Los altos niveles hormonales durante los años reproductivos de una mujer, especialmente cuando éstos no han sido interrumpidos por los cambios hormonales del embarazo, parecen aumentar las posibilidades de que las células genéticamente dañadas crezcan y causen el cáncer. (www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000913.htm, 2006)

En lo que se refiere al uso de anticonceptivos orales, estos pueden aumentar ligeramente el riesgo de sufrir cáncer de mama, dependiendo de la edad y el tiempo de uso. En contraparte, investigaciones recientes mencionan que los anticonceptivos orales producidos antes de 1975 probablemente constituyeron un factor de riesgo de cáncer de mama. Sin embargo, los anticonceptivos modernos tienen cantidades muy pequeñas de estrógenos y el consenso en la actualidad es que no hay riesgo importante de desarrollar cáncer de mama (www.saludhoy.com/htm/mujer/articulo/canseno1.html, 2006). La terapia hormonal sustitutiva (THS) ha sido objeto de estudio por su posible relación con este tipo de cáncer. De los múltiples estudios que se han realizado en los últimos 25 años todavía no se ha extraído un dato concluyente que indique un riesgo añadido para sufrir tumor mamario, si se toma terapia hormonal sustitutiva. Algunos investigadores indican que a partir de los 10 años con tratamiento hormonal puede aumentar el riesgo de cáncer mamario, mientras que otros destacan que no importa durante cuánto tiempo se ha tomado en el pasado, puesto que el riesgo de cáncer existe entre las que siguen la terapia

hormonal, no entre las que la siguieron en un pasado (www.ondasalud.com/edicion/noticia/0,2458,83285,00.html, 2006)

Otra circunstancia entendida como un antecedente nivel personal, asociada a la presencia de dicha enfermedad se da en mujeres que tienen un gran número de conductos mamarios. Aún así, este riesgo es moderado. (www.el-mundo.es/e7177mundosalud/especiales/cancer/mama6.html, 2006). Así mismo Montero (2005), menciona la posibilidad que el tamaño mamario tiene como valor predictivo de riesgo, es decir, la talla se relaciona con un mayor riesgo de cáncer de mama.

Por otro lado, este tipo de cáncer resulta menos habitual en las mujeres que han dado a luz a edad temprana en comparación con aquellas que han tenido hijos posteriormente. En otras palabras, existe una importante relación inversa entre el desarrollo del cáncer de mama y el embarazo a una edad temprana (Levy, 1985; en Brannon y Feist, 2001) En este sentido algunos autores sostienen que la lactancia ejerce una acción protectora contra el cáncer mamario, mientras que para la mayoría esta acción no se ha demostrado, los primeros basan su afirmación en el efecto inhibitorio que la lactancia ejerce sobre la función ovárica simulando una ooforectomía⁶ durante el tiempo que la lactancia se prolongue. (Torres, 1994)

3.1.4.- Factores Dietéticos

Sin duda este factor es uno de los más importantes, aun dejando de lado la incidencia que tiene para el cáncer, se asocia a un sin número de enfermedades, como obesidad, diabetes, enfermedades cardiovasculares, etc., observando de esta forma la relación entre el consumo de ciertos alimentos y la repercusión que mantiene en nuestro cuerpo.

El hecho de que el cáncer de mama esté aumentado en los países anglosajones y en las capas altas de la sociedad, hace pensar en la forma de

⁶ Ooforectomía: Cirugía para extirpar los ovarios.

vida asociada a algunas costumbres pueden ser factores fundamentales para determinadas mujeres (Montero, 2005). Al comparar la frecuencia de los diversos tipos de cáncer entre varios países, se observa que de 25 a 30% de ellos se deben a factores alimentarios. Existe una correlación entre el consumo promedio de grasas de origen animal (es decir, de carne) en diferentes países, la frecuencia de ciertos tipos de cáncer, principalmente los de colon, del seno y de la próstata. Al parecer, también es importante el equilibrio dietético; por ejemplo, la relación entre las grasas saturadas y no saturadas, la preparación de los alimentos (en particular la cocción de las carnes y las grasas animales), la frescura de los alimentos, y las contaminaciones bacterianas o micósicas. En resumen, la alimentación interviene mediante diversos mecanismos en la carcinogénesis. (Tubiana, 1989). Desde hace muchos años se ha sugerido una asociación entre la dieta y cáncer mamario. La mayor frecuencia de esta enfermedad en Estados Unidos de Norteamérica y Europa y la baja incidencia en Asia y América Latina han sido correlacionados con el mayor consumo de grasas animales y azúcares refinados en la dieta occidental. (Arscencio, 2001) Desencadenante de dicha cultura es la obesidad entendida como un mecanismo que favorece la frecuencia de diversos tipos de cáncer (cuerpo del útero, vesícula, riñón, estómago, colon y seno). Las mujeres cuyo peso supera 40% de lo normal aumentan el riesgo de contraer cáncer en 55%, y los hombres en 33%. Así mismo otros científicos han recomendado a las adolescentes y a las mujeres jóvenes limitar el consumo de productos lácteos, a fin de no aumentar el riesgo de cáncer del seno. (Tubiana, 1989). Parece que la reducción en la ingesta de grasas y el incremento del consumo de frutas, legumbres y verduras ricas en caroteno (zanahorias, espinacas, tomate, durazno, melón, entre otras, etc.) y de aceite de oliva reduciría el riesgo de cáncer de mama. El caroteno y otros productos sintéticos similares, como los retinoides son inhibidores eficaces. Sin embargo, salvo prescripción médica, no es necesario consumir retinoides en grandes cantidades porque pueden ser tóxicos (Yubero, 2006; Átalah et.al., 2000 y Tubiana, 1989)

Dentro de los factores de riesgo del cáncer mamario que se han incrementado en los últimos tiempos, se encuentran el tabaquismo, el alcoholismo y el consumo de café (Arscencio, 2001). En lo que respecta al alcohol, su alto

consumo (mas de 1 o 2 tragos al día) durante varios años se relaciona con un mayor riesgo de sufrir cáncer de mama en un 50%. (Yubero, 2006, Átalah et.al., 2000 y www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000913.htm, 2006). El riesgo es proporcional a su consumo y sobre todo en gente joven. (Montero, 2005). En lo que refiere al tabaco, está claro que los carcinógenos ambientales y de la combustión del tabaco, se encuentran en los tejidos mamarios, existen investigaciones que indican un aumento del riesgo relativo así como de la agresividad del tumor, así mismo su efecto radica en alterar el metabolismo de los estrógenos y adelantar la menopausia. (op. Cit.)

Tomando en cuenta lo anterior y desde un punto de vista pragmático, para reducir la incidencia de aquellos tumores relacionados con la dieta, Montero (2006) recomienda lo siguiente:

- Incrementar el consumo de frutas y verduras (hasta al menos cinco porciones al día). Este factor aparece de forma consistente como protector frente a la mayoría de los tumores, en particular para el cáncer de colon y para cáncer gástrico.
- Aumentar de forma relativa el consumo de cereales no procesados (como fuente de polisacáridos no refinados)
- Disminuir el consumo de carne, especialmente de carnes rojas y procesadas. El consumo de este tipo de alimentos está relacionado con cáncer intestinal, mama, próstata y páncreas. La World Cancer Research Fund recomienda “si se desea comer carne roja, la ingesta de ésta no debe superar el 10% de las calorías ingeridas”. Dicho de otra manera se recomienda de forma individual no comer carne roja por encima de 80g/día.
- Evitar la obesidad. Sin llegar al extremo contrario, hay que recordar que en la mujer la obesidad está asociada con cáncer endometrial y con cáncer de mama de mujeres posmenopáusicas; y en el varón, con el cáncer intestinal. El peso corporal deberá mantenerse en el rango de lo saludable, es decir, un índice de masa corporal (peso/altura)² de 20-25.

- No abusar de dietas ricas en grasas. Más allá de su posible relación directa con ciertos tumores, está el problema de su contribución a estados de obesidad.
- Tratar de evitar (o al menos reducir) el consumo de alcohol, factor de riesgo para cánceres gastrointestinales, hepáticos, y de mama. Las recomendaciones (alternativas a la posibilidad de abstinencia) son consumos de no más de 2 unidades/día para las mujeres, y de 3 unidades/día para varones.
- Reducir o evitar el consumo de alimentos salazonados y ahumados.
- Abstenerse de suplementos vitamínicos innecesarios.

Todas estas recomendaciones dietéticas deberán ir acompañadas de unos hábitos de vida saludable, relacionados directamente con la aparición o no de diferentes cánceres. El hábito tabáquico, mencionado con anterioridad, la vida sedentario (no realización de ejercicio físico regular), la exposición prolongada al sol sin control, y el padecer hepatitis B y C, son quizás los factores ambientales mejor conocidos, cuyo control junto con una dieta saludable podría hacer que la reducción del cáncer en generaciones futuras sea una realidad

3.1.5.- Factores Ambientales

En lo que se refiere a este factor, la exposición a radiación ionizante, una exposición secundaria a un diagnóstico médico o procedimientos quirúrgicos (como el acné o enfermedad de Hodkin), incrementan el riesgo de cáncer de mama. (Arcencio, 2001). En dichas radiaciones ionizantes, es conveniente decir que su efecto es directamente proporcional a la dosis e inversamente proporcional a la edad. Por encima de 40 años el riesgo se reduce notablemente; por tal motivo la radiación es mucho más negativa en mujeres jóvenes (10-19 años), cuando los órganos están en fase de crecimiento y maduración, no en la senectud que están en fase involutiva (en especial el tejido mamario). (Montero, 2005). Otros factores ambientales entre los que se incluyen la exposición a rayos electromagnéticos y a pesticidas, suelen ser también un factor de riesgo a desarrollar cáncer de mama, aunque de estos últimos no existen firmes conclusiones. (Arcencio, 2001)

3.1.6.- Factores Geográficos y Étnicos

El cáncer mamario es uno de los tumores más frecuentes de la mujer occidental, su alta frecuencia es notoria en los países industrializados, es mayor en caucásicos que en la raza negra y es menor en adventistas, mormones, indios de Alaska, esquimales, indios americanos, japoneses, mexicoestadounidenses y residentes de Hawai. Las mujeres judías tienen cifras más altas que la media de frecuencia, y las de clase socioeconómica alta son más afectadas por el cáncer mamario que las mujeres de clase baja. La frecuencia más alta de cáncer mamario se observa actualmente en Estados Unidos y en los países nórdicos europeos; hay cifras intermedias en los países del sur de Europa, México y América del Sur; las más bajas están en Asia y África. Sin embargo, la frecuencia de cáncer mamario ha presentado un gran incremento en los últimos años, en muchos países de Asia, Europa Central, Centro y Sudamérica, incluyendo la República Mexicana; dicho aumento se registra particularmente en mujeres jóvenes. (Torres, 1994)

Esto concuerda con Yubero (2006) quien manifiesta que la incidencia de cáncer de mama es mayor en:

Clase Alta

Raza Judía

Raza Blanca (>40 años)

Raza Negra (<40 años)

Europa Occidental y Norteamérica

Sin embargo si observamos estos factores, surge una pregunta ¿Realmente se trata de grupos de riesgo o más bien nos encontramos ante poblaciones con más recursos y mayor acceso a los centros sanitarios?

La diferencia en la frecuencia de cáncer mamario en las diversas latitudes mundiales se ha interpretado de múltiples maneras. Lo anterior se pone de manifiesto al conocer un estudio sobre inmigrantes japoneses en Estados Unidos, quienes conservan cifras reducidas de frecuencia de cáncer mamario, como las de su país de origen, pero que a partir de la segunda o tercera generación adquieren el mismo riesgo de padecer cáncer mamario que una mujer blanca nacida en Estados Unidos. (Torres, 1994)

3.2.- Factores Psicológicos

Uno de los principales objetivos de la investigación, es la identificación y prevención de los factores que propician el cáncer, que sin duda alguna se trata de un problema relacionado con el modo de vida colectivo y sobre todo individual; por tal motivo, centrarnos en el comportamiento de un individuo nos permite sumergirnos en un desencadenante de dicha enfermedad: la conducta. Como sabemos, la aparición del cáncer no depende de un único factor, más bien parece que la enfermedad neoplásica posee una etiología multifactorial. La mayoría de los cánceres obedecen a múltiples causas, por tanto constituye un error reduccionista intentar atribuir en exclusiva cada cáncer a una única causa, además estaría en desacuerdo con las teorías actuales sobre la etiología del cáncer. El elemento carcinógeno más importante que se encuentra prácticamente en la base de todos los demás radica en la conducta del individuo (Lostao,2001). Retomando lo anterior, Brannon y Feist (2001) mencionan que la mayor parte de los factores de riesgo de contraer cáncer dependen de la conducta personal y el estilo de vida, especialmente en lo que respecta a hábitos como el tabaquismo y la dieta.

Last (1995; en Aburto, 2001) define a los estilos de vida como “el conjunto de hábitos y costumbres que es influido, modificado, estimulado o restringido por el proceso de socialización de toda la vida. Estos hábitos y costumbres incluyen el uso de sustancias como el alcohol, tabaco, té, café; hábitos dietéticos, ejercicio, etc., que tienen importantes implicaciones para la salud” (Pág. 49)

Siendo el ejercicio un factor implícito para el la promoción de una buena salud, éste puede disminuir el riesgo de desarrollar cáncer de mama, especialmente cuando se inicia temprano en la vida, si es vigoroso y realizado 3 a 4 veces por semana(<http://latina.obgyn.net/sp/articles/Noviembre99/Cancer%20de%20mama%20en%20mujeres%20m%C3%A1s%20j%C3%B3venes.htm>), sin lugar a duda dicha actividad será iniciada, regulada y/o mantenida por el propio sujeto.

Hoy en día se considera que los factores medioambientales y los comportamientos tienen el mayor peso específico en la probabilidad de que las personas enfermen o se mantengan saludables. Este planteamiento conocido

como modelo de Blum, es aplicable al cáncer y a los factores responsables de su prevención pues el 80% de los cánceres dependen principalmente de la influencia de factores medioambientales y de conductas que asumen las personas, y por lo tanto son evitables. (Bayes, 1991; en Guibert; et. Al., 2000). El miedo, la ansiedad, la depresión y la ira son emociones negativas que están estrechamente relacionadas con estados de enfermedad. Además, ellas pueden elevar el potencial patógeno de algunos factores de riesgo de cáncer y aumentar la propensión y la probabilidad de mortalidad por esta enfermedad. (Friedman, et.al. 1989; Eysenck, 1988 y Temoshok et.al. 1992; op. Cit.). En este sentido, a juicio de Báyes (1985; en op. Cit.), los factores psicológicos, cognitivos, emocionales y motivacionales, producto de la historia individual de cada persona en un contexto cultural, socio-económico y político, influyen tanto en el proceso de enfermar humano, como en la prevención de los trastornos y enfermedades, y en el mantenimiento de un nivel óptimo de salud.

3.2.1- Estrés y Cáncer

El término estrés es de uso común y se le emplea para hacer referencia a una gama muy amplia de experiencias, por ejemplo: nerviosismo, tensión, cansancio, agobio, inquietud y otras sensaciones o vivencias similares. (Oblitas, 2000) En forma específica, Lazarus y Folkman (1986) definen el estrés como una relación particular entre el individuo y el entorno, éste último es evaluado por aquél como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar.

Los estilos de vida actual son cada día más demandantes, lo cual genera un incremento notable de tensión que hay que sobrellevar, situación que puede producir la aparición de diversas patologías y el estrés puede ser un desencadenante.

Debido a que el estrés es un factor que se encuentra presente en nuestra vida, es importante destacar de manera general, los factores y fuentes de él:

Para que se produzca estrés es preciso que una situación o estímulo de estrés la desencadene o la produzca. Al hablar del estímulo o situación estresante,

cabe hablar de estresores biofísicos, psicológicos y sociales. Los estresores biofísicos están constituidos por acontecimientos físicos o biológicos, normalmente ambientales e impuestos al sujeto en contra de su voluntad, como la contaminación, el ruido, el calor, el frío, el esfuerzo físico excesivo, la ingestión de drogas o sustancias, el ayuno, el padecer algún trastorno o enfermedad etc.; y que producen un desequilibrio homeostático. Los estresores psicológicos son principalmente observados en la sociedad y en nuestro estilo de vida actual ya que se encuentran relacionados con la interpretación y el significado psicológico o cognitivo que el sujeto asigna a los distintos estímulos o situaciones, sean estos físicos, interpersonales o procesos internos meramente personales, subjetivos o psicológicos. Los estresores sociales se manifiestan como un malestar psicofísico por tensiones de la vida humana representada por crisis de espacio, alimento, dinero, transporte, emociones, frustraciones, angustias, etc. Por ello puede decirse que el estrés es un fenómeno psicosocial, una cuestión de relación entre la percepción, interpretación, afrontamiento y evaluación del individuo y el contexto social donde se desarrolla. Las causas generadoras del estrés, por lo tanto tienen su origen en el contexto donde se encuentra quien lo padece. (Arsencio, 2001)

Desde hace siglos viene dándose por supuesto que los factores psicológicos contribuyen a la aparición de enfermedad neoplásica. Por ejemplo, se ha descubierto que la incidencia del cáncer es particularmente elevada en personas que han sufrido la pérdida de una relación emotiva importante. (Bahnsen y Bahnsen, 1964; Greene, 1966; Lombard y Potter, 1950; Séller, 1952; Schmale e Iker, 1964,1966; en Sklar y Anisman, 1985) Dicho de esta forma, los integrantes de la población general que estaban viudos, divorciados o separados tenían una incidencia de cáncer notablemente más alta que el resto de la población.

En este sentido el estrés como factor etiológico del cáncer ha sido valorado muy positivamente por Grozynki y Hollan, en función del modelo de respuestas psicológicas y de la excreción del cortisol. Miller en 1977 (op. Cit.) en su trabajo *Psychologic Aspects of Cancer* recoge numerosas referencias clínicas que indican una relación clara entre la personalidad, emociones, estrés y neoplasia.

Por su parte Stein y Cols. (1976, en Arscencio, 2001) demostraron la influencia del cerebro y la conducta sobre el sistema inmunitario sugiriendo que los procesos psicosociales influyen sobre la susceptibilidad de algunas infecciones, así como sobre los procesos neoplásicos.

Posteriormente Cox (Lazarus y Folkman, 1986) propone un modelo para explicar las relaciones entre estrés y cáncer, en el que establece que existen diferentes modos por lo que el estrés puede influir sobre la iniciación de un proceso canceroso. En primer lugar, determinados estilos de afrontamiento del estrés pueden propiciar que el sujeto se exponga a estímulos cancerígenos como sería el aumento en el hábito de fumar o beber como estrategia para el manejo de situaciones estresantes. En segundo lugar, la respuesta fisiológica de un individuo ante el estrés puede aumentar los efectos de una estimulación cancerígena ya existente, dicha respuesta fisiológica podría implicar cambios en el ambiente celular y hormonal, con el resultado de favorecer el desencadenamiento de cualquier proceso neoplásico latente. Estos datos confirman la hipótesis de que los estímulos emocionales crónicos pueden causar en los individuos especialmente predispuestos a un trastorno funcional y más tarde un trastorno orgánico.

En líneas generales, la investigación retrospectiva parece indicar una relación entre variables psicológicas y enfermedad neoplásica. De dichos estudios se deduce que el estrés, y sobre todo la incapacidad para combatirlo, pueden tener influencia en el desarrollo y crecimiento del cáncer. (Sklar y Anisman, 1985). Por ello es de suma importancia entender la relación que existe entre el estrés y cáncer de mama como un importante precursor, teniendo en cuenta la respuesta fisiológica del estrés sobre nuestro cuerpo.

3.2.2.- Estrés y Cáncer de Mama

Cuando se piensa en los efectos del estrés en el cáncer en general y por consiguiente en el cáncer de mama como caso particular, es preciso tener presente el marco global del problema. Existen pocos estudios que hayan abordado a fondo la cuestión de los factores psicosociales en la etiología del cáncer mamario. En este sentido la investigación de Greer y Morris (1975; Greer, 1979; en Newberry, 1985) demuestra que las pacientes con tumores

malgnos de mama tenían una tendencia a expresar sus emociones con vehemencia excesiva en comparación con los pacientes con tumores benignos. Se obtuvieron datos psicológicos de los casos antes de conocer la condición de los tumores, con lo que pudo lograrse una semejanza mayor entre los grupos maligno y benigno que si se hubieran averiguado después de la cirugía; además, los entrevistadores no tenían conocimiento de los diagnósticos provisionales. No existían diferencias entre los grupos en varios otros factores de predicción como extraversión, inteligencia, antecedentes de estrés, depresión y pérdida de allegados importantes; los datos sugieren cuando menos una asociación entre estado psicológico y tumor mamario maligno. (op.Cit.)

3.2.3 Patrón de Conducta Tipo C

Como sabemos, en los últimos veinte años el interés por los estilos de conducta ha tenido una gran repercusión en el ámbito de la salud, generando una creciente investigación en torno a ciertas características de personalidad que podrían mediar el desarrollo y progresión de una enfermedad.

Uno de los constructos más estudiados ha sido el Patrón de Conducta Tipo C (PCTC). El término fue acuñado por primera vez por Morris y Greer (1980; en Anarte, López, Ramírez y Esteve,2001), para referirse a un estilo de comportamiento que se caracteriza por una supresión de emociones ante situaciones estresantes. Así Greer y Watson (1985) señalan que "...la supresión de emociones, especialmente cuando existe enfado, se constituye en un aspecto central de este patrón de conducta" (p774). En esta misma línea Eysenck en el año de 1994 resume las características del comportamiento de los sujetos que presentan un estilo comportamental Tipo C como "...sumamente cooperativos, pasivos, evitadores de conflictos, supresores de emociones como ira o ansiedad, que usan la represión como un mecanismo de afrontamiento, rígidos y con mayor predisposición a experimental desesperanza y depresión" (Eysenck, 1994, p.168; en op.Cit.).

Este estilo de personalidad, caracterizado por la supresión de emociones, ha sido asociado con el inicio y la progresión del cáncer, Schanmale (Biondi, 1992;

en op. Cit.) indicó en los años setenta, que sujetos con cáncer pulmonar, de mama y uterino; tenían una baja tendencia al neuroticismo, una reducida capacidad introspectiva, modalidad comportamental rígida, convencional y sobre todo una notable dificultad para manifestar sus propias emociones. Por su parte Bleiker, (López, Esteve, Ramírez y Anarte, 1998; en Vinaccia, 2003) concluye que los sujetos que presentan este patrón comportamental se caracterizan por una marcada antiemocionalidad. Desde entonces, muchos investigadores han vuelto sus miradas hacia este estilo comportamental específico y han planteado cinco factores hipotéticos como diferentes dimensiones de la noción de personalidad tipo C, a saber:

- Control o defensibilidad emocional: se entiende por el grado en el que un individuo utiliza la razón y la lógica para evitar emociones negativas que pueden aparecer ante relaciones interpersonales.
- Racionalidad: o el grado en el que una persona utiliza la razón y la lógica como un modo general de enfrentarse al mundo.
- Expresión emocional: grado en que el sujeto exterioriza la emociones de enfado, ansiedad y depresión.
- Represión emocional: grado de la inhibición en la expresión de las emociones.
- Necesidad de armonía: indicativo de la inclinación del individuo a velar por el equilibrio en las relaciones interpersonales.
- Las primeras investigaciones buscaron asociar este patrón de represión emocional con el cáncer y concluyeron que la supresión emocional contribuye en gran medida al pronóstico de los tumores. La supresión emocional se conceptualiza como un estilo de afrontamiento que influye en la elección de determinadas estrategias que podrán ser activas, como no molestar a los demás y no implicar otras personas en sus propios problemas; en el desarrollo de un estilo cooperativo para evitar conflictos y suprimir emociones, y en el uso de la represión. (op. Cit.)

A pesar de que tradicionalmente el estilo tipo C ha sido asociado con el cáncer, este estilo comportamental también se ha relacionado con otras enfermedades crónicas. Así Traue y Pennebaker (1993) refieren que existe una asociación

entre la represión emocional y el desarrollo de enfermedad (problemas cardiovasculares, gastrointestinales, endocrinos, cáncer, dolor, asma...). Así mismo, Tozzi y Pantaleo (1985) encuentran que la represión emocional es una característica de personalidad común en personas que padecen cáncer u otras enfermedades crónicas como la diabetes, por lo que consideran que tal vez el patrón Tipo C constituya un factor de vulnerabilidad que determine el padecimiento de dichas enfermedades. (Anarte, López, Ramírez y Esteve, 2001)

Ahora bien, si el cáncer es grave, es también evitable, ya que se conocen los factores que lo favorecen. Sería necesario modificar el entorno: se trata verdaderamente, de una enfermedad de civilización, una enfermedad cultural. Pero, sin embargo, el mundo occidental no parece dispuesto a aceptar las medidas gracias a las cuales se podría controlar. Aquí nos enfrentamos a un conflicto permanente entre las costumbres y los imperativos de la salud, lo cual hace que la enfermedad sea cultural. ¿Llegará un día en que se acepte una ética de la salud?. El futuro dirá si la sabiduría y la ética de la salud han prevalecido (Sendrail, 1983; en Tubiana, 1989)

3.2.4.- Estilos de Afrontamiento

A lo largo del capítulo se ha abordado el afrontamiento como un concepto implicado en la conducta de un individuo generándole bienestar o en su defecto y como lo acabamos de indicar en el punto anterior, propiciando la aparición de diversas enfermedades como el cáncer. Por ello resulta de vital interés, atender a un estilo de vida que en la actualidad se concibe como fuente de estrés, ansiedad, depresión y demás padecimientos; que aunados a los factores anteriormente dichos, engloban al comportamiento como un eje en las demandas de la vida diaria.

En este contexto descrito, se ha desarrollado la investigación en los últimos 20 años sobre las denominadas estrategias de afrontamiento. Su objetivo es precisamente analizar cómo se enfrenta la gente ante elementos estresantes determinados: enfermedades crónicas, estresores cotidianos como un fuerte ritmo de trabajo o sucesos vitales estresantes como la pérdida del puesto de

trabajo o un diagnóstico de infertilidad. (Stanton y Dunkel-Schetter, 1991; en Vázquez, Crespo y Ring, 2000) De modo general, el afrontamiento se refiere a la serie de pensamientos y acciones que capacitan a las personas para manejar situaciones difíciles; consiste, por lo tanto, en un proceso de esfuerzos dirigidos a manejar del mejor modo posible (reduciendo, minimizando, tolerando o controlando) las demandas internas y ambientales. Por ello se puede pensar que las reacciones emocionales como la ira, o la depresión, también forman parte del proceso general de afrontamiento que efectúa un organismo ante una situación demandante. Por ejemplo, quedarse en la cama cuando uno se siente deprimido es un tipo de estrategia de afrontamiento, del mismo modo que lo puede ser una estrategia más activa (p. Ej., ir a la consulta médica). (op. Cit.).

Existen en realidad muchas estrategias posibles de afrontamiento que puede manejar un individuo. El uso de unas u otras en buena medida suele estar determinado por la naturaleza del estresor y las circunstancias en las que se produce. Por ejemplo, las situaciones en las que se puede hacer algo constructivo favorecen estrategias focalizadas en la solución del problema, mientras que las situaciones en las que lo único es la aceptación favorecen el uso de estrategias focalizadas en las emociones (Forsythe y Compas, 1987; en Vázquez, Crespo y Ring, 2000)

Aún asumiendo la validez de esta dicotomía general, investigaciones más recientes han puesto de manifiesto la existencia de una mayor variedad de modos de afrontamiento. En este caso la escala de Modos de Afrontamiento (Ways of Coping, WOC) de Folkman y Lazarus (1986) retoma lo siguiente:

- Confrontación: intentos de solucionar directamente la situación mediante acciones directas, agresivas o potencialmente arriesgadas.
- Planificación: pensar y desarrollar estrategias para solucionar el problema.
- Distanciamiento. Intentos de apartarse del problema, no pensar en él, o evitar que le afecte a uno.
- Autocontrol: esfuerzos para controlar los propios sentimientos y respuestas emocionales.

- Aceptación de responsabilidad: reconocer el papel que uno haya tenido en el origen o mantenimiento del problema.
- Escapa-evitación: empleo de un pensamiento irreal improductivo (p. Ej., “Ojalá hubiese desaparecido esta situación” o de estrategias como comer, beber, usar drogas o tomar medicamentos.
- Reevaluación positiva: percibir los posibles aspectos positivos que tenga o haya tenido la situación estresante.
- Búsqueda de apoyo social: acudir a otras personas (amigos, familiares, y/u otros etc.) para buscar ayuda, información o también comprensión y apoyo emocional.
- Evidentemente, éstas no son las únicas dimensiones posibles de afrontamiento. Posiblemente existen algunas otras que estén vinculadas a estresores específicos o a personas con características especiales.

A manera de conclusión y como se ha encontrado en el presente capítulo, existen diversos factores que juegan un papel fundamental para la aparición y desarrollo del cáncer. En el caso específico del cáncer de mama, se enmarcan factores genéticos y familiares, factores hormonales y reproductivos, factores dietéticos, factores ambientales, factores geográficos y étnicos y factores psicológicos, así mismo es importante decir, que solo la mitad de los cánceres de mama actualmente pueden ser explicados por factores de riesgo conocidos. Esto significa que el riesgo atribuible a la población es sólo de alrededor del 50%, no por ello conviene dejar de lado que de las mujeres que presentan cáncer de mama, el 95% manifiestan al menos un factor de riesgo, por tal motivo es imprescindible conseguir cuales son los factores con mayor riesgo y cómo se combinan entre sí.

Los factores psicológicos se englobaron en un apartado especial, ya que manifiestan un punto de partida para dar explicación de la génesis de diversos trastornos, como lo es el cáncer de mama. Bien sabemos que el comportamiento es el principal actor de dicha novela por así decirlo, porque de ahí se derivan todas las acciones que en un momento dado generarán un nivel óptimo de salud o un proceso de enfermedad.

El patrón de conducta Tipo C se desprende de este último como una revelación interna y externa de procesos cognitivos que componen la relación entre variables emocionales, estrés y desarrollo de diferentes tipos de cáncer u otras enfermedades crónicas, que consiste en un área de estudio de psicología de la salud. A esta perspectiva competen los estilos de afrontamiento, ya que la represión emocional es un ejemplo de una estrategia de afrontamiento negativa característica del patrón conductual Tipo C, entre otras, que en suma ponen en peligro el bienestar personal.

Por ello entender, enfatizar, comunicar y enseñar a la población que el cáncer y otras enfermedades crónicas degenerativas, no son una moda de fin de siglo por el simple hecho de cambiar, sino que son procesos que se van integrando en nuestro cuerpo, como un efecto multifactorial, modulado por nuestro comportamiento, nos permitirá entonces, aceptar la relación de un estilo de vida que nos genera padecimiento o bienestar.

CAPITULO 4 PSICOLOGIA Y SALUD

Sabemos que la salud es una entidad muy amplia y compleja, por lo tanto demanda cada vez más, mayores acciones a nivel nacional. Los ámbitos de aplicación de la Psicología de la Salud son múltiples, pudiendo desempeñar en cada uno de ellos variedad de funciones en diferentes contextos ya sea a nivel clínico, social, rural, político o económico, entre otros; todos con el fin de establecer y luchar por un cambio en la visión de la salud.

De esta forma cabe especificar la tarea o meta que los diferentes profesionales implicados deben desarrollar, buscando siempre el bienestar biopsicosocial en los distintos sectores comunitarios, pues la salud hay que entenderla en un sentido amplio, en cualquiera de sus niveles de trabajo (promoción o preocupación por incrementar las conductas saludables, prevención para detener las causas de los problemas de salud y tratamiento con el fin de recobrar la salud). El hecho de que frecuentemente se defina el estado de salud en función de la ausencia de signos que provocan el funcionamiento inadecuado del cuerpo, o como la ausencia de enfermedad, genera una serie de problemas derivados de considerar los términos de salud y enfermedad como independientes, cuando en realidad no lo son por existir grados en el proceso salud-enfermedad. Sin restar importancia al papel decisivo de los dispositivos de atención en salud y a las técnicas terapéuticas y preventivas específicas, la conducta humana especialmente en las sociedades más avanzadas, va adoptando patrones o repertorios que inciden de manera determinante en el nivel de salud y bienestar de una población. (Rivas y Fernández, 1996). Precisamente son dichos patrones o repertorios de comportamiento los cuales nos permiten a los profesionales de salud localizar y delimitar elementos básicos para establecer estrategias enfocadas a mejorar la salud, solo estudiando la etiología del problema podremos construir o diseñar instrumentos de evaluación dirigidos a predecir el riesgo percibido y por lo tanto prevenirlo.

4.1.- Evaluación Psicológica

La evaluación Psicológica es un campo sumamente amplio, por lo cual se practica en distintos contextos aplicados a diferentes áreas, esta expresión como nos lo marca la literatura, surge como una derivación de disciplinas tales como el “psicodiagnóstico”, “el mental o psychological tesing” y la “evaluación conductual”; ligadas entre sí, no solo por su definición, sino por sus procedimientos (Silva; en Garaigordobil, 1998)

Nos dedicaremos a la evaluación conductual, ya que rescata elementos fundamentales para la realización del presente instrumento. El término evaluación conductual surgió formalmente hasta la década de los 70's (Caminero, 1977; en Rodríguez, 1995), teniendo por antecedente el desarrollo de la modificación de conducta como alternativa teórico-metodológica en la investigación e intervención de lo que tradicionalmente se llamó “enfermedades mentales”.

En Psicología se le llama evaluación o diagnostico (en ocasiones se utilizan como sinónimos, aunque el primero se refiere al proceso y el segundo a la conclusión y pronostico basado en el primero). En el año de 1965 se ubica el surgimiento de la evaluación conductual como tal, sin embargo dicho modelo se empezó a cuestionar a la par con el desarrollo de diferentes posturas psicológicas, tal es el caso de la psicología diferencial como otra alternativa dada la necesidad de diagnosticar con métodos confiables. En ese mismo año, importantes investigadores como Kanfer y Saslow destacaron por su afán de identificar y analizar la evaluación conductual, definiéndola como: “...la descripción de la conducta problemática, los factores que la controlan y el medio a través del cual puede ser modificada...” (Kanfer y Saslow, 1961; op.cit.)

En lo que respecta al advenimiento de la evaluación conductual, Fernández y Carrobes (1981), partieron del enfoque diferencial y correlacional de la psicología, a través del cual se pretendía la evaluación de los sujetos según una serie de atributos, dimensiones, rasgos o factores de muy distinta índole (dinámicos, psicométricos, etc.), que permitirán la descripción según cualidades psicológicas, así como la explicación y predicción del comportamiento humano.

La vía de medición fueron los test (proyectivos, de personalidad, actitudes o inteligencia).

Ya que la presente investigación parte de la construcción de un instrumento de evaluación, es fundamental aclarar cuál es el propósito y procedimientos que sigue la evaluación conductual para tal fin.

EVALUACIÓN CONDUCTUAL

1. Propósito	Estimar la conducta exhibida por una persona
2. Forma de construcción del test	Se definen una serie de repertorios conductuales claramente y se pretende que los elementos o unidades de observación sean una muestra representativa
3. Especificidad de la información	La conducta es una muestra de dominio de conductas
4. Generalización de la información	La conducta es generalizable al universo de conductas especificado en los objetivos
5. Significado de una puntuación	La puntuación tiene significado en términos absolutos o con referencia a un procedimiento de clasificación o distribución de probabilidad condicional.

(Caminero, 1977; en Rodríguez, 1995)

Glaser y Nitko (1971; en Caballo, 1991) también analizan los criterios que deben seguirse en la realización de un instrumento de evaluación:

Propósito para el que fue construido el instrumento de evaluación.

Forma en que fue construido el instrumento

Especificidad de la información que proporciona acerca del universo de conductas bajo consideración, o dicho de otra forma, ¿qué mide el test?

Posibilidades de generalización de la información proporcionada por el instrumento al dominio o universo de conductas.

Significado dado a las puntuaciones obtenidas mediante el instrumento de evaluación.

Así mismo, dicho proceso conlleva dos criterios principales para el establecimiento y seguimiento de un instrumento integrado formalmente en nuestro campo de estudio psicológico; ellos son la confiabilidad y validez.

CONFIABILIDAD

Cuando medimos una característica de un objeto o sujeto, la media obtenida contiene una cierta cantidad de error aleatorio; esta cantidad puede ser grande o pequeña, pero siempre está presente de alguna forma. Debido a este error inherentemente a toda medida, dos conjuntos de medidas de la misma característica tomado sobre los mismos objetos o sujetos, nunca serán idénticos. Este hecho es constatado continuamente en toda medición y en todas las ciencias, desde las más desarrolladas (como la Física) hasta las que se encuentran en desarrollo (como la Psicología), y se conoce como la falta de fiabilidad de la medida. No obstante, las medidas obtenidas aplicando repetidas veces el mismo instrumento a características de los mismos objetos o sujetos, muestran también una cierta consistencia; los teóricos de la medida denominan fiabilidad a la consistencia con la que se mide el instrumento. (op. Cit.)

VALIDEZ

En lo que respecta a la validez, se refiere no a las puntuaciones o datos en sí mismo, sino a las inferencias que se hagan a partir de ellos bajo determinadas circunstancias (Cronbach, 1971; Vernon, 1964; op. cit.). Es importante mencionar que el desarrollo de tal concepto se permea por una serie de interpretaciones derivadas de la existencia de enfoques psicológicos en su intento por subrayar su aporte a este campo de estudio.

Después de varias modificaciones por estimar cual criterio de validez correspondía en un consenso general y sobre todo en el campo de la evaluación conductual, esta manifestación dio como resultado la validez de constructo, la cual interviene de tal forma que nos permite construir hipótesis explicativas acerca de la génesis, mantenimiento o modificación de una conducta en función de determinados procesos de aprendizaje, dicho de forma más simple, el proceso diagnóstico conocido como análisis funcional de conductas es un proceso de validación de constructo (Aragón y Silva, 2002).

En este sentido los enfoques conductuales orientados a la evaluación han enfatizado cada vez mas hacia el aspecto cognoscitivo. Kendall y Hollon (1981; en Phares y Trull, 1999) mencionan que las cogniciones junto con las conductas se han vuelto tema de intenso estudio, ya que se relacionan con el desarrollo de una situación patológica, su mantenimiento y cambios. Asimismo, se considera que las cogniciones y pensamientos del cliente (desde las autoimágenes hasta las autoafirmaciones) representan un papel importante en la conducta, son un elemento central del énfasis de la evaluación cognitivo-conductual.

La evaluación implica frecuentemente a más de una persona, puede ser directa e indirecta, así como individual o grupal. Como por ejemplo una pareja, una familia u otros grupos que se encuentren en constante interacción. El hecho de que la intervención en Psicología aplicada a la Salud cubra todos los posibles ámbitos de actuación, desde el individual hasta los diferentes niveles de colectividad, y tenga por objetivos la prevención de lo que aún no ha acontecido, provoca que la evaluación revista todas sus posibilidades y niveles, y se vea abocada al uso de todo tipo de prácticas e instrumentos de medición; desde las pruebas bioquímicas, la entrevista o el cuestionario de aplicación personal, hasta la encuesta masiva. (Gil, 2003)

Centrarnos en tales aspectos teórico-metodológicos, nos permite delimitar los alcances de nuestra investigación, teniendo en cuenta que la evaluación conductual nos proporciona elementos fundamentales en la realización de un instrumento de evaluación, dirigido a un problema de salud pública como es el cáncer de mama. El propósito es encaminar esfuerzos hacia una intervención preventiva por parte del equipo multidisciplinario y en específico del Psicólogo de la Salud, como un profesional encargado de la modificación de los hábitos y los estilos de vida inadecuados de los individuos, para lo cual la evaluación consiste en la reunión de información relativa a los repertorios conductuales, el funcionamiento cognitivo y el estado emocional de las personas. Sin dejar de lado, claro está, a los elementos contextuales que también definen el comportamiento (ambiente, familia, amigos, servicio médico, entre otros)

4.2.- Justificación del Instrumento

México ha registrado en este siglo cambios sustanciales en su estructura y dinámica poblacional que lo han llevado a una transición demográfica y epidemiológica. En 1990 existían en el país 16 951,260 mujeres de 25 años y más que representaban el 31.6% de la población femenina total. De acuerdo con las estimaciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO) para el año 2000 este grupo de mujeres llegó a 23 904, 201 con un porcentaje de 47.7%. Para los años 2010 y 2030 se espera que las mujeres de este grupo constituyan el 55.6% y 68% respectivamente de la población femenina total. Estos incrementos permiten anticipar el impacto en los servicios que el Sistema Nacional de Salud tendrá con este grupo de edad, considerando que es la población más susceptible de desarrollar una enfermedad crónica degenerativa como los cánceres del aparato genital femenino y de la mama. Para el año de 1998 la tasa de mortalidad aumentó a 3380 fallecimientos, esto significa que en ese año murieron por cáncer de mama casi nueve mujeres cada día, lo que representa la muerte de una mujer cada dos horas y media aproximadamente. En este sentido, de continuar las condiciones actuales, es decir, un crecimiento lento pero constante de la mortalidad por cáncer de mama, la tendencia permite pronosticar el aumento de la tasa de mortalidad por este tipo de cáncer, para mujeres de 25 años y más. (Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA-2002 Secretaria de Salud)

Es vital entender cómo ciertos patrones de conducta o personalidad (por ejemplo, Tipo A y Tipo C), la ejecución de conductas más simples (por ejemplo, vida sedentaria, fumar, abuso de alcohol, ingesta inadecuada), determinados fenómenos y habilidades (estrés y el afrontamiento) e incluso determinadas variables contextuales del sujeto (apoyo social); pueden constituir objetivos centrales de la evaluación en Psicología de la Salud. Tales conductas y patrones comportamentales son factores de riesgo para la salud, claramente relacionados con la aparición, mantenimiento y progreso de la enfermedad (Roa, 1995).

Se han identificado algunos factores de riesgo, cuya modificación y mantenimiento hacen variar la frecuencia de aparición del cáncer. Esto permite el desarrollo de acciones preventivas que modifiquen el nivel de exposición de la población a estos factores. Así mismo, la detección precoz del cáncer, mediante la aplicación de pruebas que clasifiquen a los individuos de una población en función de su probabilidad de estar enfermos reduce la morbilidad y mortalidad de la enfermedad, aumenta la supervivencia y mejorar la calidad de vida (Lostao, 2001)

Cada vez son más frecuentes los diagnósticos médicos que por negligencia omiten la revisión preventiva en mujeres jóvenes, quienes no se enteran de los riesgos que corren con las prácticas que llevan a cabo y terminan desarrollando cáncer de mama. Muchas estrategias importantes son accesibles para la evaluación cuantitativa de riesgo de cáncer de mama. Herramientas de evaluación para dichos factores de riesgo pueden llevar a mejorar la educación de las pacientes y al desarrollo de protocolos específicos de manejo. Las mujeres preocupadas por su riesgo de desarrollar cáncer de mama pueden ser reaseguradas con una valoración objetiva de su riesgo cuantificado, evaluando tanto factores biológicos como psicológicos. A las mujeres cuyo riesgo calculado objetivamente es alto, se les puede ofrecer supervisión clínica estrecha y participación en programas preventivos de educación para la salud, en específico para disminuir el riesgo

(<http://latina.obgyn.net/sp/articles/Noviembre99/Cancer%20de%20mama%20en%20mujeres%20m%C3%A1s%20j%C3%B3venes.htm>, 2006).

Por tal motivo es necesario que el Psicólogo de la Salud se incorpore efectivamente desde el proceso de evaluación, tomando en cuenta que la conducta mantiene una estrecha relación con el desarrollo del cáncer mamario. De esta forma el presente instrumento de evaluación parte de una orientación psicológica, la cual se ha omitido en instrumentos previos, debido a que dichos instrumentos mantienen una visión meramente médica del cáncer mamario; de ahí que emerja una imperiosa necesidad de visualizar y de comprender al individuo integralmente en el que lo biológico, lo social y lo psicológico definen su estado de salud. El trabajo multidisciplinario figura como una respuesta

hacia la forma en que en las sociedades actuales se padecen enfermedades crónicas como el cáncer.

El presente instrumento de evaluación, es un medio útil para conocer los factores de riesgo de padecer cáncer de mama en estudiantes universitarias. Su importancia radica en que mediante él, podremos conocer la probabilidad real de que el cáncer de mama se desarrolle en la población estudiantil, además de orientar el análisis de las necesidades de dicha población, como punto de partida para crear programas preventivos o programas de salud enfocados a que la población que resulte con un alto factor de riesgo de padecer cáncer de mama, conozca la manera de prevenirlo.

Para ello es importante decir que esta propuesta es una herramienta novedosa, ya que la literatura especializada evalúa factores de riesgo en poblaciones de 35 años en adelante y de lado a la población de 18 a 34 años; argumentando que a partir de los 35 años la mujer se encuentra más expuesta a dicho padecimiento. Sin embargo, como se ha venido manifestando en capítulos anteriores, el cáncer mamario es una enfermedad multifactorial, por lo tanto entender cómo se entretene el comportamiento y las emociones hacia diversos factores predisponentes al cáncer nos revela un marco de evaluación integral en poblaciones jóvenes, previniendo aún más el creciente número de morbilidad en nuestro país.

Dado lo anterior se hará una breve descripción de modelos encontrados para medir los factores de riesgo para el cáncer de mama.

En lo que respecta, el National Cancer Institute (CNI) creó una herramienta interactiva realizada por científicos del propio instituto y por el National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project (NSABP) (disponible en: <http://www.cancer.gov/bcrisktool/>, versión en inglés), se divulgan dos versiones. Una de ellas, An Interactive Tool For Measuring the Risk of Invasive Breast Cancer, identifica las características de riesgo, a partir de reactivos planteados en tercera persona, por lo tanto se entiende que está dirigido al médico tratante interesado en evaluar el riesgo de su paciente. Los reactivos de la otra versión están planteados en segunda persona y el lenguaje es mucho más coloquial,

además de hacer explícita la invitación a cualquier mujer mayor de 35 años de edad para responderlo. Es conveniente decir que en ambas herramientas se reporta el Modelo de Gail, el cual se basa en los siguientes elementos: la edad de la menarca, edad al nacimiento del primogénito, número de biopsias previas y número de familiares con cáncer. Se menciona que ambas versiones han sido validadas, aunque no se aclara bajo qué procedimiento. Están contruidos para mujeres blancas, sin embargo el trabajo relacionado con población negra, hispana y asiática sigue pendiente. Proyectan la probabilidad de desarrollarlo a 10, 20 y 30 años (Gail; et.al., 1989). Dicho modelo solo es aplicable si se tiene 35 años de edad en adelante

Aunque el modelo de Gail se considera un procedimiento confiable en la actualidad, diversos autores han divulgado trabajos orientados a confirmar su confiabilidad y validez.

Spiegelman, et. al. (1995), estudiaron la capacidad del modelo de Gail para predecir la exactitud del riesgo de cáncer de mama, comparando el número de casos predichos por el modelo, con el número de casos observados en mediciones posteriores. Los resultados apuntan a que el modelo es insatisfactorio para estimar riesgo de cáncer a nivel individual en mujeres de 25 a 61 años.

Mackarem, et.al. (2001), estudiaron la efectividad del modelo, para estimar el riesgo de desarrollar cáncer de mama en mujeres menores de 40 años. Los datos arrojaron que no es un medio útil para identificar el riesgo inmediato de padecer cáncer de mama en edades menores a 40 años.

Novonthy, et.al. (2005), evaluaron el riesgo de desarrollar cáncer de mama en una población checa utilizando y ajustando a su fin el Modelo de Gail. Los resultados sugieren que no es exacto para medir el riesgo en población checa ya que carece de elementos de tipo étnico o poblacional.

Euhus, et.al. (2002), investigaron las limitaciones del Modelo de Gail para evaluar riesgo de adquirir cáncer de mama. Los resultados apuntan a que es útil para predecir a partir de riesgo biológico, pero no considera historia interactiva familiar, ni personal, por lo tanto recomiendan desarrollar instrumentos que superen esta carencia.

Proveer esta información a las mujeres que están preocupadas acerca de su riesgo puede reducir su ansiedad, motivar su participación en programas de screening, e identificar a aquellas con riesgo muy alto que puedan desear prevención proactiva (Vogel,1995). Sin embargo, el modelo de Gail puede no ser el instrumento ideal para evaluar el factor de riesgo en mujeres cuyas historias familiares sugieren la presencia de una mutación genética predisponente

(<http://latina.obgyn.net/sp/articles/Noviembre99/Cancer%20de%20mama%20en%20mujeres%20m%C3%A1s%20j%C3%B3venes.htm>).

En este sentido de manera muy similar, se encuentra el Autotest del Cáncer de Mama (disponible en: http://tuotromedico.com/autotest/cancer_mama.htm), es un cuestionario cuyas preguntas se plantean en función de las características físicas, genéticas y etnogeográficas de la mujer que se somete al pronóstico (hermana/s con cáncer de mama, nuliparidad -no haber tenido hijos-, primer embarazo en edad mayor a los 30 años, antecedentes previos de cáncer, menarca, nivel socioeconómico, lugar de vivienda, tipo de raza, comienzo de menopausia y obesidad) Asimismo, se sugieren tres apartados más, correspondientes a proveer información relacionada con otros factores coadyuvantes (signos de alerta y detección precoz del cáncer de mama) que sirven de complemento para el diagnóstico, sin formar parte del instrumento.

En ninguno de los tres casos detectado se hace explícita la división en subescalas y están formados por un número que oscila entre 7 y 12 reactivos, con opción de respuesta dicotómica y visual; el cálculo de riesgo se proporciona de forma automática y a manera de porcentaje una vez seleccionadas las opciones de respuesta. Asimismo, es preciso decir que dichas herramientas se enfocan esencialmente a factores de tipo biológico-hereditario, así como cuestiones propias del desarrollo fisiológico de cada mujer. Sólo el Autotest-Cáncer de Mama es el que maneja reactivos sobre factores étnicos y estilo de vida (nivel socioeconómico y obesidad). Se observa que los instrumentos diseñados y utilizados desde una perspectiva médica evalúan factores de riesgo en poblaciones de 35 años en adelante, dejando de lado a la población de menor edad, con el argumento de que a partir de los 35 años la mujer se encuentra más expuesta a desarrollar cáncer mamario.

Se entiende que el grupo de edad entre 18 y 34 años, queda fuera de toda posibilidad de calcular su riesgo de adquirir cáncer de mama, si se utiliza el modelo matemático que pronostica confiablemente en el caso de mujeres de más de 35 años. Parece que con mujeres menores de 34 años, es más apto apostar a una evaluación de factores de riesgo medidos en función de elementos sociales y psicológicos; que dicho sea de paso, son a los que se atribuye la falla del modelo de Gail para el pronóstico de población checa, la cual si cumplía con el criterio de edad, según lo señalado por Novonty, et.al. (2005). Asimismo se menciona reiteradamente que es necesario considerar las variables psicológicas y sociales que también están involucradas en el proceso y en la mayoría de los casos se toman en cuenta informalmente o se omiten totalmente.

A través de este recorrido concluyo que la salud juega un papel fundamental en todo ser vivo y como sabemos, mantenerla no solo implica variedad de acciones a lo largo de nuestra vida, sino más bien es necesario comprender los alcances de nuestra conducta hacia un proceso de salud-enfermedad, recordando que no son indisolubles ya que se generan en una misma vía cuerpo-mente.

Por ello, es vital entender la necesidad que existe sobre todo en nuestro país, de reconceptualizar a la salud dejando de lado la idea que los factores ambientales o biológicos son únicos causantes del enfermar en la población. Se requiere de adoptar patrones o repertorios saludables, visualizando que en los próximos años la población femenina aumentará considerablemente y por lo tanto enfermedades como el cáncer cervicouterino y de la mama serán protagonistas de esta historia; si no se visualiza tal problemática como un fenómeno de salud pública en el que varios profesionales encargados de la salud incidan de manera efectiva en dicho padecimiento.

CAPITULO 5 PROPUESTA DEL INSTRUMENTO. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS Y CATEGORÍAS PSICOLÓGICAS

La realización del trabajo se dividió en tres fases, de las cuales, la primera se orientó a obtener información acerca de Instrumentos contruidos para evaluar el riesgo de desarrollar cáncer de mama y analizar las características de cada uno de ellos. En la segunda fase, se seleccionaron y definieron desde una perspectiva psicológica, factores involucrados con el riesgo de enfermar de cáncer, mencionados en la literatura médica y psicológica. Por último, se procedió a la elaboración de reactivos pertinentes a los factores delimitados y a las competencias conductuales elegidas.

Esta propuesta está dirigida a población de mujeres asintomáticas, que tienen entre 15 y 34 años de edad. Pretende identificar los principales factores biopsicosociales de riesgo que se han detectado asociados con el cáncer de mama en la literatura, en relación con prácticas comportamentales. Se trata de una propuesta de prevención primaria que proporcione la información necesaria para generar estrategias de intervención encaminadas a desarrollar comportamientos preventivos y auspiciadores de la salud.

5.1. Análisis de la información

Se llevó a cabo la revisión y análisis del material localizado en la investigación documental. Los trabajos se refieren a propuestas teóricas y propuestas metodológicas desde el punto de vista médico, médico-psicológico y psicológico; asimismo, se localizaron también aplicaciones concretas en forma de instrumentos de identificación de riesgos para desarrollar cáncer de mama en un futuro, calculados a partir de información relacionada con aspectos genéticos, hormonales y sociales. Los instrumentos se encuentran disponibles en páginas de Internet y dirigidos a profesionales de la salud y a usuarios interesados en el tema (<http://www.cancer.gov/bcrisktool/>, <http://latina.obgyn.net/sp/articles/Noviembre9>

9/Cancer%20de%20mama%20en%20mujeres%20m%C3%A1s%20j%C3%B3venes.htm, http://tuotromedico.com/autotest/cancer_mama.htm).

5. 2. Selección y definición de categorías

A fin de tener una evaluación integral, se propone tomar en cuenta factores de tipo biológico, social y psicológico. Por lo tanto la propuesta de evaluación comprende información de diferentes factores de riesgo conocidos sobre el cáncer mamario, que a continuación se presentan como factores:

Factores genéticos y familiares

Parientes de primer grado con cáncer de mama (genes)

Factores hormonales y reproductivos

Edad de la menarca

Menopausia

Primer embarazo (edad y tiempo de lactancia)

Nuliparidad

Anticonceptivos orales

Tamaño de mama

Factores dietéticos

Consumo:

Grasas de origen animal (grasas saturadas)

Azúcares refinados

Productos lácteos

Alimentos salazonados y ahumados

Alcohol

Tabaco

Factores geográficos y étnicos

Ser de raza caucásicas

Ser de religión judía

Factores psicológicos

Exposición al estrés

Afrontamiento

Locus de control

Sedentarismo

Información

Actitud

Factores ambientales

Exposición a:

Radiación ionizante

Rayos electromagnéticos o no ionizante

Pesticidas

Sistema de Asistencia Sanitaria

Servicio médico que tiene

Servicio médico que usa

Frecuencia con la que acude

Accesibilidad

Calidad

Datos Demográficos

Edad

Estado Civil

Ocupación Complementaria

Carrera

Semestre

Promedio

Nivel socioeconómico

Una vez que se identificaron y definieron los factores de riesgo involucrados, se procedió a elaborar una matriz de 8x4, para generar los cruces de cada factor de riesgo en relación con cada categoría psicológica. Cada nicho de la tabla, orienta en términos del tipo de pregunta que es pertinente formular, para cubrir todas las combinaciones posibles.

Datos Demográficos	Genéticos y Familiares	Hormonales y Reproductivos	Dietéticos	Ambientales	Geográficos y Étnicos	Sistema de Asistencia Sanitaria	Psicológicos
Información o conocimiento							
Conductas Preventivas o Auspiciadoras							
Actitudes (percepción)							

Tabla 2. Muestra la selección de variables en una matriz de 8x4 que sirve como base para la elaboración de los reactivos. En las columnas se ubican los factores de riesgo y en los renglones, las categorías psicológicas.

Las tres categorías psicológicas de análisis de la presente propuesta son:

INFORMACIÓN RELACIONADA CON CÁNCER DE MAMA (I): Se refiere al conocimiento obtenido y mediado en el entorno social y cultural en el que se encuentra inmersa la mujer, con respecto al cáncer de mama y su relación con cada uno de los factores.

CONDUCTAS PREVENTIVAS O AUSPICIADORAS (C): Lo que la mujer hace o deja de hacer, afectándole positiva o negativamente a cada uno de los factores de riesgo asociados con el cáncer de mama.

ACTITUDES (A): La disposición a actuar, influida y mediada por la experiencia, que da como resultado una acción protectora o de riesgo, asociada a la presencia o ausencia de cáncer de mama.

Estas tres categorías de análisis, participan constantemente con los factores de tipo genético y familiar, hormonal y reproductivo, dietético, ambiental, geográfico y étnico, así como psicológico. El resultado, es lo que la gente decide hacer y cómo se enfrenta a las situaciones que experimenta en su vida diaria, lo que da como consecuencia la elección de una forma de actuar y las circunstancias bajo las cuales lo hace, así como el contexto en el que todo esto sucede. A la larga, se transforman en comportamientos que se adquieren y fortalecen en el transcurso de la práctica cotidiana. Por tal motivo, las preguntas encaminadas a medir los comportamientos de riesgo asociados al desarrollo de cáncer de mama, no pueden soslayar cada una de las tres categorías, en relación con los seis factores de riesgo. Una vez identificado los

ejes de análisis se procedió a la formulación de reactivos de acuerdo a los cruces de categorías y factores.

5. 3. Elaboración de reactivos para cada factor

Los reactivos se elaboraron con base en los factores de riesgo conocidos y las competencias psicológicas involucradas.

Genéticos y Familiares

1. ¿Algún familiar tuyo (madre, hermana o tía) ha tenido cáncer de mama? (I)
¿Sabes que la herencia es un factor de riesgo en el desarrollo del cáncer de mama? (I)
2. ¿Sabes si algún familiar tuyo ha tenido cáncer de cualquier tipo? (I)
3. ¿Por tus antecedentes familiares, crees que estás propensa a desarrollar cáncer de mama? (A)
4. Físicos, Hormonales y Reproductivos
5. ¿A que edad tuviste tu primera regla? (I)
6. ¿Qué talla de mama eres? (I)
7. ¿Has acudido a que te realicen un aborto? (C)
8. ¿Crees que tu cuerpo necesita supervisión médica una vez iniciado el ejercicio de la actividad sexual genital en pareja? (I)
9. ¿Sabes cuales son los signos o síntomas de alerta de una etapa inicial de cáncer de mama? (I)
10. ¿Crees que el cáncer de mama es mortal? (I)
11. ¿Has tenido hijos? (C)
12. Si contestaste afirmativamente en la pregunta anterior ¿A que edad tuviste tu primer embarazo? (C)
13. Si contestaste afirmativamente en la pregunta 11. ¿Amamantaste a tu hijo? (C)
14. Si contestaste afirmativamente en la pregunta anterior ¿Durante cuánto tiempo? (C)
15. ¿Has tomado anticonceptivos orales? (C)
16. Si contestaste afirmativamente en la pregunta anterior ¿Durante cuánto tiempo? (C)

17. ¿Te realizas autoexamen exploratorio en las mamas? (C)
18. Si contestaste afirmativamente en la pregunta anterior ¿Con qué frecuencia lo realizas? (C)
19. ¿Acudes con tu ginecólogo a revisiones periódicas preventivas? (C)
20. Si tu respuesta a la pregunta anterior es negativa ¿Por qué razón no acudes a revisiones ginecológicas periódicas? (A)
21. ¿Tienes vida sexual genital activa? (C)
22. Dietéticos
23. ¿Sabes que cierto tipo de alimentos te hace propensa a desarrollar cáncer de mama? (I)
24. ¿Sabes que hay relación entre el consumo de café, tabaco, alcohol, grasas, lácteos, alimentos sazonados con excesiva sal y ahumados así como azúcares refinados con el riesgo de desarrollar cáncer de mama? (I)
25. ¿Fumas? (C)
26. Si contestaste afirmativamente en la pregunta anterior ¿A que edad empezaste a fumar? (C)
27. Si contestaste afirmativamente en la pregunta 23 ¿Cuántos cigarrillos fumas al día? (C)
28. ¿Tomas bebidas que contengan alcohol? (C)
29. Si contestaste afirmativamente en la pregunta anterior. Cada vez que tomas, ¿cuántas copas bebes? (C)
30. ¿Realizas algún deporte o ejercicio? (C)
31. Si contestaste afirmativamente en la pregunta anterior ¿Cuántas horas dedicas a la semana? (C)
32. Si contestaste negativamente la pregunta 28 ¿Por qué razón no practicas algún deporte? (A)
33. ¿Cuántos días a la semana comes carne de res, cerdo, ternera, jamón, chorizo o tocino? (C)
34. ¿Cuántos días a la semana comes leche yogurt, quesos blancos? (C)
35. ¿Consumes regularmente alimentos salazonados o ahumados? (C)
36. Ambientales
37. ¿Sabes que el exponerte a ciertos fenómenos aumenta el riesgo de desarrollar cáncer de mama? (I)

38. ¿Te has expuesto a algún tipo de radiación de manera frecuente? (C)
39. Si contestaste afirmativamente en la pregunta anterior En qué circunstancias te expusiste: (1. Radiación ionizante 2. Rayos electromagnéticos 3. Pesticidas)? (C)
40. Si contestaste afirmativamente en la pregunta
41. ¿A qué edad? (I)
42. ¿Si te ofrecieran un excelente trabajo en el que sabes que la situación de radiación te puede perjudicar, lo aceptarías sin reservas? (A)
43. ¿Acostumbas averiguar el riesgo ambiental presente como criterio de decisión cuando cambias de domicilio? (A)
44. Geográficos Sociales y Étnicos
45. ¿Sabes que el cáncer de mama es más frecuente en mujeres de raza blanca? (I)
46. ¿Sabes que el cáncer de mama es más frecuente en mujeres judías? (I)
47. ¿A qué atribuyes que las mujeres de raza blanca y/o judías tengan más probabilidad de desarrollar cáncer de mama? (A)
48. ¿Qué servicio médico tienes? (I)
49. ¿Qué servicio médico usas? (C)
50. ¿Con qué frecuencia acudes? (C)
51. ¿Cómo consideras que es la calidad del servicio médico que usas? (A)
52. Psicológicos
53. ¿Tienes conocimiento de la relación que existe entre estrés y cáncer de mama? (I)
54. ¿Estás enterada de que una relación familiar armoniosa es un factor protector para la promoción de la salud? (I)
55. ¿Sabes que contar con una persona de confianza con quien compartir actividades, problemas, sentimientos, es un elemento protector para tu salud? (I)
56. ¿Tiendes a comer excesivamente cuando te enfrentas a una situación desconocida o estresante? (C)
57. ¿Cuándo te sientes estresada buscas ayuda? (C)
58. ¿Con quien acudes (familiar/pareja, sacerdote, médico, psicólogo, amigos)? (C)

59. ¿Cuando estás enojada: 1. Acostumbras a expresar tu inconformidad tratando de resolver la causa de tu enojo 2. Callas el malestar esperando que con el tiempo se te pase 3. Explotas sin importar las consecuencias de tus actos) (A)
60. ¿Postergas tus propias necesidades en beneficio de personas importantes para ti? (A)
61. ¿Que tan frecuente haces "corajes entripados" (mucho regular, nada)? (A)
62. ¿Consideras que algún momento de tu vida has estado deprimida? (A)
63. Si contestaste afirmativamente en la pregunta anterior ¿Cuanto tiempo duró? (I)
64. ¿Qué tan capaz te sientes de resolver las situaciones problemáticas a las que te enfrentas? (A)
65. ¿Crees que la suerte o Dios son elemento importante para conseguir lo que deseas? (A)
66. Cuando tienes un problema 1. lo ignoras 2. buscas ayuda 3. lo analizas para resolverlo (A)
67. ¿Como percibes tu situación familiar? (buena, mala, regular, difícil) (A)
68. ¿Tu familia representa un apoyo efectivo cuando tienes algún problema? (A)

Datos de identificación

Edad

Ocupación complementaria

Carrera

Semestre

Promedio escolar

Es importante mencionar que esta es una propuesta inicial que tentativamente formará parte de un instrumento de evaluación que se encuentra en proceso. En esta ocasión se está reportando la primera parte del trabajo. Las acciones posteriores estarán encaminadas a elaborar una primera versión del instrumento que se someterá a un pilotaje para evaluar la pertinencia y número de los reactivos iniciales. Posteriormente, se llevará a cabo la confiabilidad y validez del instrumento.

CONCLUSIONES

El cáncer de mama es un problema crónico, grave y complejo, considerado como la segunda causa de muerte en mujeres mexicanas, que amenaza con agudizarse a corto plazo. Tradicionalmente el ámbito médico ha sido el encargado de afrontarlo con los recursos de la propia disciplina y los resultados han sido positivos, pero no suficientes. Ante la evidencia de su carácter biopsicosocial, es preciso entenderlo como un fenómeno complejo que no puede ser resuelto desde una sola óptica, por lo tanto, es susceptible al estudio de otras disciplinas. Una alternativa de solución es el trabajo multidisciplinario, en el que diversos profesionales aportan sus conocimientos para el análisis y solución de una problemática en particular.

El ámbito psicológico aplicado a la salud, implica el estudio de la conducta a partir de la investigación, prevención e intervención; orientadas a generar estrategias o técnicas aplicadas a la solución de problemas, en este caso en el contexto de la salud. La prevención primaria es un espacio de desarrollo profesional por excelencia para el psicólogo, debido a que se basa en la investigación de los factores relacionados con la probabilidad de desarrollar cáncer de mama, conocidas como conductas de riesgo o conductas auspiciadoras de la salud.

La intervención psicológica se inicia con el diseño de una metodología efectiva de evaluación, la cual consiste en identificar, analizar y seleccionar todas las características afines al objeto de estudio. Por lo tanto, en esta etapa es fundamental, elegir adecuadamente las estrategias, ya que de ello dependerá la validez y confiabilidad de los datos que serán sometidos a análisis, así como de sus resultados.

Teniendo en cuenta que no existen herramientas de evaluación para detectar conductas de riesgo en el desarrollo de cáncer de mama con una orientación psicológica, es responsabilidad del Psicólogo generar los instrumentos que le permitan obtener la información necesaria para diseñar posteriormente una

estrategia de intervención, en este caso la prevención del cáncer de mama en un nivel primario.

La relevancia social de aplicar el conocimiento psicológico en la prevención del cáncer de mama radica en el componente etiológico que se ha encontrado en la conducta como el principal precursor de dicho fenómeno. El interés del Psicólogo se enfocará al estudio del comportamiento; es decir, lo que las mujeres saben y hacen así como la actitud que manifiestan, en torno a las conductas preventivas o auspiciadoras que afectan positiva o negativamente su salud.

El riesgo declarado en la literatura para desarrollar cáncer mamario, se inicia a partir de los 35 años de edad y por ese motivo las investigaciones se han dirigido únicamente a dicho rango. Sin embargo se ha omitido que la población entre 18 a 34 años, también se encuentra en peligro, según lo reporta el incremento de morbi-mortalidad por cáncer de mama (Secretaría de Salud 2002), ya que en esta etapa la mujer inicia su vida sexual, la maternidad y hace uso de métodos anticonceptivos; lo que a su vez trae implicaciones en relación con el cuidado de su cuerpo. Además, define hábitos alimenticios y un estilo de vida determinante para incrementar o disminuir el riesgo de desarrollar cáncer de mama.

La presente es una propuesta de reactivos tentativos, los cuales integrarán un instrumento encaminado a identificar factores de riesgo biopsicosocial, desde una perspectiva psicológica, en una población de 18 a 34 años. Por lo tanto, no pretende invadir, ni demeritar otros ámbitos de ejercicio profesional. Su intención es integrar aspectos de tipo biológico, psicológico y social, como indicadores de riesgo para desarrollar cáncer de mama en el futuro.

Se espera que la propuesta promueva el inicio de futuras investigaciones en torno al cáncer de mama partiendo de un punto de vista multidisciplinario, en el que se delimiten las funciones de cada profesional; se visualice al cáncer de mama como un problema de salud pública y no solo como una enfermedad; se amplíe el rango de edad del grupo estudiado; y se generen estrategias de

prevención efectivas para que en conjunto disminuyan los índices de morbimortalidad por esta causa.

El abordaje biopsicosocial de una problemática de tal magnitud como lo es el cáncer de mama nos permite comprenderlo integralmente y en su debido marco de referencia. Como se ha dicho con anterioridad, es primordial reconceptualizarlo como un fenómeno de salud pública en el que la conducta de un individuo es esencial.

BIBLIOGRAFÍA

- ψ Aburto C., (2001) Estilos de vida y salud: Su efecto en la mortalidad. Psicología y Salud. Vol. 11, Num. 1
- ψ Anarte M., López A., Ramírez C. y Esteve R. (2001) Evaluación del Patrón de Conducta Tipo C en pacientes crónicos. Anales de Psicología, Diciembre, Vol. 16, Número 2. Universidad de Murcia. España pp. 133-141
- ψ Amigo, I., Fernández, C. y Pérez, M. (1998). Manual de Psicología de la Salud. Madrid: Pirámide.
- ψ Ascencio L. (2001) "Estrategias de Afrontamiento y Calidad de Vida en pacientes con cáncer de mama". Tesis de Maestría en Psicología General Experimental. Facultad de Psicología UNAM.
- ψ Aragón L. y Silva A. (2002) Fundamentos Teóricos de la evaluación psicológica. México: Editorial Pax.
- ψ Atalah, E., Urteaga, C., Rebolledo, A., Medina, E. & Csendes. A. (2000) Factores de riesgo del cáncer de mama en mujeres de Santiago. Revista Médica de Chile. Vol. 128- 2
- ψ Bazán, R. G. E. (1997). Psicología de la salud en el tratamiento de pacientes con infarto de miocardio: aplicación de la tecnología conductual. Tesis de Maestría en Modificación de la Conducta no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Iztacala, Tlalnepantla, Estado de México, México.
- ψ Becoña E., Vázquez F. y Oblitas L.(1995) Antecedentes y Desarrollo de la Psicología de la Salud. Revista Psicología Contemporánea. Vol.2 No. 1
- ψ Brannon L. y Feist J. (2001) Psicología de la Salud. España: Thomson Learning.
- ψ Buela-Casal, G.m, Caballo, B. Y Sierra, C. (1996) Manual de Evaluación Clínica en Psicología Clínica y de la Salud. España: Siglo Veintiuno Editores

- ψ Caballo V. E., (1991) Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta. España: Siglo XXI Editores
- ψ Cortinas C. (1990) Cáncer, herencia y ambiente. México: Fondo de Cultura Económica.
- ψ Euhus D., Leitch A., Huth J. y Peters G. Limitation of the Gail model in the specialized breast cancer risk assessment clinic. Online [creado 2002 Enero=Feb;8(1):23-7] Disponible en:<http://www.pubmed.com>
- ψ Frenk, J. (1993) Síntesis: The health-care transition. Preparado para el seminario "innovations in Health Systems: an International Prespective". Organizada por la Fundación Mexicana de Salud y la Academia Nacional de Medicina, México, 10-12
- ψ Florez E., (2004) Psicología de la Salud. Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-141-1-psicologia-de-la-salud.html>
- ψ Gail M., Brinton L., Byar D., et. al. Projecting individualized probabilities of developing breast cancer for white females who are being examined annually. J Natl Cancer Inst. 1989;81;1879-1886. Disponible en: <http://latina.obgyn.net/sp/articles/Noviembre99/Cancer%20de%20mama%20en%20mujeres%20m%C3%A1s%20j%C3%B3venes.htm>.
- ψ Garaigordobil M. (1998) Evaluación Psicológica. Bases teórico-metodológicas, situación actual y directrices del futuro. España: Amaru Ediciones.
- ψ García J., C. (1994) Pensamiento Social en Salud en América Latina. México: Mc Graw-Hill Interamericana
- ψ García M., Silva J. y Salas K. (2000) La salud en México ante el próximo milenio. México: Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán". Grupo Editorial Miguel Ángel Porrúa.
- ψ Gil Roales-Nieto, J.G. (2003). Psicología de la Salud. Cap. 5. "Evaluación e intervención en Psicología de la Salud". España: Pirámide, pp. 150-187.

- ψ Guibert, W., Grau, J., Romero, P., Prendes, M. & Chacón, M. (2000) Procesos psicosociales en la educación en salud y en la prevención del cáncer. Revista Cubana de Medicina General Integral. Vol. 16-2.
- ψ INEGI (2003) Estadísticas del Sector Salud y Seguridad Social. No. 20, México
- ψ Lara Di Lauro, E., (2004) El modelo de Salud en México. Milliman México Salud. Disponible en: elara@grupotec.com.mx (Grupo Técnica, Consultores y Actuarios)
- ψ Laurell y Ortega (2004) La incorporación del gran capital privado en los servicios de atención a la salud. [En red] Disponible en: <http://www.unam.mx/prolap/maingmex.html>.
- ψ Lazarus, S.R., y Folkman, S. (1986). Estrés y procesos cognitivos. México: Ed. Martínez Roca
- ψ López, R.S. (2002) Lo corporal y lo psicosomático: reflexiones y aproximaciones I. México: Plaza y Valdés.
- ψ Lostau L. (2001) Detección Precoz de Cáncer de Mama. Factores asociados a la participación en un programa de screening. Madrid: Editorial Diaz de Santos, cap 1 y 3
- ψ MacKarem G., Roche C. y Hughes K. The effectiveness of the Gail model in estimating risk for development of breast cancer in women under 40 years of age. Online [creado 2001 Enero-Feb;7(1):34-9] Disponible en:<http://www.pubmed.com>
- ψ Matarazzo J., (1995) Revista Psicología Contemporánea: Conducta y Salud: Integración de la Ciencia y la Práctica en Psicología y Medicina, un siglo después Vol.2, No. 1
- ψ Montero, J. (2005) Cáncer de mama: generalidades, epidemiología, factores de riesgo, cáncer de mama esporádico, cáncer de mama familiar, cáncer de mama hereditario, clasificación TNM. Tomado de <http://www.uninet.edu>

- ψ Mujeres y Hombres en México (2005) Novena Edición México (Instituto Nacional de las Mujeres e INEGI)
- ψ Newberry B. (1985) El stress y el cáncer. Barcelona: Editorial Herder
- ψ Novothy J., Pecen L., Petruzelka L., Svobodnik A., Dusek L., Danes J., Skovajsova M. Breast cancer risk assessment in the Czech female population –an adjustment of the original Gail model. Online [creado 2005 Jun;(1):29-35] Disponible en:<http://www.pubmed.com>
- ψ Oblitas L. (2000) Psicología de la Salud y Calidad de Vida. México: Thomson Learning.
- ψ Oblitas, G. L. A y Becoña, I. E. (2000). Psicología de la Salud: Antecedentes, desarrollo, estado actual y perspectivas. En: Psicología de la Salud, México: Plaza y Valdés. Capítulo 1.
- ψ Phares, E. y Trull, T. (1999) Aspectos actuales de la Psicología Clínica (cap. 3). En Psicología Clínica. Conceptos, métodos y práctica. México: Manual Moderno
- ψ Reynoso L. y Seligson I. (2005) Psicología Clínica y de la Salud. Un enfoque conductual. México: Manual Moderno
- ψ Ribes I., E. (1990) Psicología y Salud: Un análisis conceptual. México: Martínez Roca
- ψ Rivas R. y Fernández P. El proceso de evaluación en la educación para la salud. Capítulo 34; en Buela-Casal G., Caballo V. y Sierra J. (1996) Manual de Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud. España: Siglo Veintiuno Editores S.A.
- ψ Roa, A. (1995) Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud. Capítulo 13 Modelos, Técnicas y Áreas de Evaluación en Psicología de la Salud. Madrid: Ciencias de la Educación Preescolar y Especial.
- ψ Rodríguez M. La Inserción Del Psicólogo En El Campo Aplicado. Psicología Y Ciencia Social. Vol. 5, Num. 1, 2002

- ψ Rodríguez, N. (1995) La entrevista conductual. Trabajo inédito. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Carrera de Psicología, Área de Psicología Clínica. México.
- ψ Salinas, R. J. L. (1995). El psicólogo en la atención a la salud. Tesis de Maestría en Modificación de la Conducta no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Iztacala, Tlalnepantla, Estado de México, México.
- ψ Secretaria de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2002, Prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de la mama.
- ψ Sklar L. y Anisman H. Contribución del stress al desarrollo y crecimiento del cáncer y la forma de combatirlo. Capítulo 5; en Bammer K. Y Newberry B. (1985) El stress y el cáncer. Barcelona: Editorial Herder
- ψ Spiegelman D., Colditz G., Hunter D. y Hertzmark E. Validation of the Gail et. al. model for predicting individual breast cancer risk. Online [creado 2006enero;95(1):29-35] Disponible en:<http://www.pubmed.com>
- ψ Torres R. (1994) Tumores de mama: Diagnóstico y Tratamiento. México: Interamericana Mc Graw-Hill
- ψ Torrico E., Santín C., López M. y Andrés M. Actitudes ante el cáncer de mama: miedos y realidad: Psicología y Salud, Vol. 12, Num.1, 1993
- ψ Tubiana M. (1989) El cáncer. México: Fondo de Cultura Económica
- ψ Vázquez C., Crespo M. y Ring (2000) Estrategias de afrontamiento. Cap.31; en Bulbena (2000) Medición Clínica en Psiquiatría y Psicología.
- ψ Vinaccia S. (2003) Revista Colombiana de Psiquiatría: El Patrón de Conducta Tipo C en Pacientes con Enfermedades Crónicas, Vol. XXXII, No. 1
- ψ Vogel V. Counseling the high-risk woman. In: Stoll BA, ed. Reducing Breast Cancer Risk in Women. Boston, MA: Kluwer Academic Publishers;1995:69-80. Disponible en:

<http://latina.obgyn.net/sp/articles/Noviembre99/Cancer%20de%20mama%20en%20mujeres%20m%C3%A1s%20j%C3%B3venes.htm>

- ψ Yubero A. (2000) Mujer de Riesgo para Cáncer de Mama: Prevención y Manejo. Unidad de Oncología Médica. Hospital General “Obispo Polanco”. TERUEL. Disponible en www.opolanco.es/Apat/Boletin14/breastca.htm

REFERENCIAS EN INTERNET

- ψ www.psico/clinica.htm, 2005
- ψ <http://www.cancer.gov/bcrisktool/>, 2006.
- ψ http://tuotromedico.com/autotest/cancer_mama.htm, 2006
- ψ www.ondasalud.com/edicion/noticia/0,2458,83285,00.html (abril, 2006)
- ψ www-el-mundo.es/elmundosalud/especiales/cancer/mama6html (abril, 2006)
- ψ www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000913.htm (abril, 2006)
- ψ www.saludhoy.com/htm/mujer/articulo/canseno1.html (abril, 2006)
- ψ <http://latina.obgyn.net/sp/articles/Noviembre99/Cancer%20de%20mama%20en%20mujeres%20m%C3%A1s%20j%C3%B3venes.htm> (mayo, 2006)
- ψ (<http://www.tusalud.com.mx/120104.htm>, 2006)