

U n i v e r s i d a d d e l a R e p ú b l i c a

Facultad de Psicología

Instituto de Psicología Clínica

Trabajo final de Grado – Monografía

**Cáncer de mama y factores
desencadenantes de estrés**

Sofía Micaela Ragghianti Ugarte

C.I.: 4.455.265-1

Tutora: Asis. Mag. Mariana Zapata

Tutor revisor: Asis. Dr. Lisandro Vales

M o n t e v i d e o, 30 de Julio de 2017

ÍNDICE

Resumen	3
Introducción.....	4
Psiconeuroinmunoendocrinología (PNIE) y Neuroplasticidad	5
Teoría del estrés y sistemas de alostasis.....	11
Etiología del término cáncer	18
¿Qué es el cáncer?.....	19
Cáncer de mama... ..	20
Vulnerabilidad	22
Factores emocionales, estrés y aspectos de la personalidad en cáncer de mama	27
Reflexión.....	31
Conclusiones.....	34
Referencias bibliográficas.....	36

RESUMEN

El presente trabajo se propone revisar publicaciones recientes sobre el cáncer de mama en la mujer. Se tendrá como referentes teóricos al paradigma integrativo Psiconeuroinmunoendocrinológico, aportes del Psicoanálisis, y de la Escuela psicosomática de París, con su principal representante Pierre Marty.

El objetivo de este trabajo es sistematizar bibliografía dentro de los referentes teóricos mencionados, que den cuenta de aspectos de la personalidad y factores emocionales (duelos, pérdidas) desencadenantes de estrés, que se relacionen con el cáncer de mama en la mujer. Se pretende que esa información pueda contribuir a desarrollar medidas de prevención.

Palabras clave: cáncer de mama, Psiconeuroinmunoendocrinológico, personalidad, factores emocionales, estrés.

ABSTRACT

This paper aims to review recent publications on breast cancer in women. Its theoretical references are Psychoneuroinmunoendocrinology paradigm, Psychoanalysis, and contributions of Pierre Marty, from the Psychosomatic School of Paris.

The objective of this article is to systematize a bibliography within the aforementioned theoretical references, which include aspects of personality and emotional factors (duels, losses) that are related to breast cancer in women. It is intended that such information may contribute to the development of prevention measures.

Key Words: breast cancer, Psychoneuroinmunoendocrinological, personality, emotional factors, stress.

INTRODUCCIÓN

El siguiente trabajo monográfico pretende revisar la relación entre el cáncer de mama en la mujer, aspectos de la personalidad y factores emocionales desencadenantes de estrés que puedan incidir en el desarrollo de la enfermedad.

El tema surge a partir de una inquietud personal que se enmarca en vivencias experimentadas durante los años en que estudié en Facultad de Psicología. Primero sucedió que varias mujeres en mi entorno cercano fallecieron a partir de cáncer de mama, lo que me movilizó e hizo reflexionar sobre el porqué de ello. Como dijo el epidemiólogo británico Geoffrey Rose (2001), frente a una persona enferma no sólo debemos preguntarnos sobre su diagnóstico y tratamiento, sino que deberíamos indagar el por qué ese sujeto desarrolla esa enfermedad en ese momento determinado. Para responder a su pregunta, debemos considerar la historia de vida de la persona, las elecciones que fue tomando, las modificaciones que ha vivido en su ambiente, el tipo de vínculos que mantiene con otros, sus estilos de vida, emociones, conflictos psíquicos, factores protectores y vulnerabilidades.

Por otra parte, en la clase 3 del Seminario 5: Formaciones del Inconsciente (1957), Lacan le dedicó especial atención a los conceptos de significante y significado propios de la estructura del lenguaje, conceptos que sirvieron para reflexionar sobre cómo las palabras y los significados que se les atribuye a éstas van estructurando la vida. Ahí fue cuando surgió el cuestionamiento sobre cómo el significante cáncer –y el significado que inmediatamente le es atribuido a esa palabra en la cultura occidental– impacta sobre la vida de quien padece dicha enfermedad, así como también en la mirada de los otros; cuestionamiento sobre el efecto del diagnóstico de la enfermedad y de la palabra cáncer. Al escuchar esa palabra se la asocia a muerte, gravedad, agonía, dolor, debilidad, lo cual supone un factor de estrés para la persona. ¿Qué papel juega esto en el proceso de enfermar? Podrá ser un obstáculo en el tratamiento, dado que el temor a un mal pronóstico condicionado por el significado social de la palabra cáncer afecta a la persona en el presente, sintiendo miedo y ansiedad ante cada etapa de control y tratamiento.

Otro elemento que determinó la producción de este trabajo fue el Seminario “Modelo Integrativo PNIE”, que no sólo modificó la forma de percibir al proceso de salud-enfermedad sino que también lleva a la revisión de otras dimensiones en las

que el sujeto está involucrado (biológica, cognitiva, socio-ecológica, trascendental y psicoemocional- vincular).

De acuerdo con Margarita Dubourdieu (2008), la Psiconeuroinmunoendocrinología (PNIE) es una disciplina médico-psicológica que entiende al ser humano como resultante inacabado de interconexiones entre su medio físico, ambiental, cultural y social. Entiende además que los sistemas endocrino, nervioso e inmunológico están indisolublemente asociados, de forma tal que al verse alterado uno de esos sistemas, consecuentemente se ven alterados los otros.

El desarrollo del trabajo se ordena en: presentación del paradigma integrativo en Salud PNIE , el concepto de neuroplasticidad, estrés y sistemas de alostasis, el concepto y origen de la palabra cáncer y de cáncer de mama desde la medicina, las características de la personalidad psicósomática desarrolladas por Pierre Marty y posibles factores emocionales desencadenantes de estrés.

PSICONEUROINMUNOENDOCRINOLOGÍA (PNIE) Y NEUROPLASTICIDAD

De acuerdo a Margarita Dubourdieu (2008), el funcionamiento del ser humano es sumamente complejo, existiendo en él intermodulación entre los sistemas nervioso, inmunológico y endocrino, de forma tal que al alterarse uno de éstos se alteran todos dado que se han encontrado receptores para neurotransmisores, citoquinas y hormona en los tres sistemas.

Las enfermedades que desarrolla y padece el ser humano ya no pueden ser entendidas desde el pensamiento cartesiano, según el cual mente y soma son dos elementos separados entre sí, por el contrario, son inseparables el uno del otro. Se trata entonces del sujeto entendido como unidad, como un todo. Al decir de Pierre Marty, uno de los fundadores de la Escuela Psicósomática de París, “un hombre es psicósomático por definición, ya que une a la vez el cuerpo y el espíritu...Por definición “psicósomático” quiere decir humano” (1992).

Según Dubourdieu (2008), la PNIE aborda los procesos fisiológicos y psicológicos teniendo en cuenta al sujeto como un sistema abierto que

constantemente se ve modificado no sólo por acontecimientos de su actualidad sino también por el pasado y el futuro (convergencia temporal), y también por cómo se va relacionando con su entorno físico-ambiental, socio-cultural y espiritual.

Por su parte, Bonet (1998) retoma la historia de esta disciplina médico-psicológica y relata que antes de que la PNIE surgiera como disciplina, en la década de 1920 los investigadores soviéticos Serguei Metalnikov y V. Chorine habían retomado las investigaciones de Ivan Petrovich Pavlov y estudiaron la formación de las respuestas inmunológicas en conejillos de Indias. Se trató de tres experimentos en los que se les suministró estímulos como el calor y estimulación táctil junto a proteínas extrañas al organismo que les fueron inyectadas. Lograron demostrar que después de cierto tiempo de condicionamiento, el sistema inmunológico sólo reaccionaba cuando ese estímulo condicionante se le volvía a presentar.

En las décadas de 1950 y 1960 fueron realizados nuevos experimentos con animales. George Solomon demostró cómo ante situaciones de tensión en los roedores se generaba una gran reducción de anticuerpos. De ésta forma se entiende que el estrés influye sobre el sistema inmunológico, así que Solomon junto a Rudolf Moss desarrollaron la disciplina científica a la que acuñaron con el término Psicoimmunología.

No obstante, fue entre 1970 y 1979 que Robert Ader y Nicholas Cohen acuñaron el término Psiconeuroinmunoendocrinología al comprender que el cerebro y el sistema inmunológico se conectaban también a través del sistema endócrino, por medio de la hipófisis. Ellos lograron demostrar la producción de respuestas inmunológicas en ratas al aparear sacarosa con una inyección intraperitoneal de ciclofosfamida, detectando como consecuencia directa la supresión del sistema inmunológico. Además, comprobaron cómo a través del sistema nervioso se puede condicionar el sistema inmunológico.

En 1991, Cohen y Ader junto con David Felten destacaron la influencia de los factores psicosociales sobre las respuestas inmunológicas, así como también postularon que hay variaciones en las respuestas de los sujetos ante un mismo estresor.

Por otra parte, entre 1970 y 1990 la neurofarmacóloga estadounidense Candace Pert descubrió la existencia de receptores de neuropéptidos en membranas celulares en el sistema inmunológico y en el cerebro. De esta manera se sugiere la

existencia de un estrecho vínculo entre las emociones y el sistema inmunológico y la enorme influencia del Sistema Nervioso Central sobre las enfermedades (Rodríguez de la Fuente, s/f).

Pert (1999), planteó la importancia de las emociones al decir que éstas son vibraciones, energía, conectores entre el mundo físico y el espiritual, entre la mente y el cuerpo.

Defendió la importancia de aprender a expresar las emociones desde pequeños, a aceptarlas, a comprenderlas, porque ellas rigen la fisiología del sujeto, la forma en que las células se organizan. Para ella inhibir las emociones, podría indicar la represión de las funciones fisiológicas, lo que conlleva a la sensación de malestar y al potencial desarrollo de enfermedades.

Dubourdieu (2008) sostiene que en su intento por integrar conocimientos de distintas disciplinas, la PNIE desarrolla sus teorías utilizando como principales referentes epistemológicos a la Teoría General de los Sistemas, la Teoría del Caos, la Teoría del estrés, y el Paradigma de la Complejidad.

La Teoría General de los Sistemas surge en oposición al paradigma simplista, positivista, que tuvo gran influencia en la forma en que se desarrollaron las ciencias y en el modo de vivir de las personas en general hasta principios del Siglo XX. Ese paradigma cartesiano planteaba que para entender a un sistema en su totalidad había que estudiar por separado sus partes constitutivas.

Ludwig Von Bertalanffy fue el biólogo austríaco que desarrolló la Teoría General de los Sistemas al entender a un sistema como un conjunto de partes estrechamente relacionadas, de forma que si una de esas partes se ve alterada, todo el sistema se verá modificado por consecuencia. Debe considerarse al sistema como una unidad, en la que se produce un plus cualitativo que no existe cuando las partes de ese sistema son separadas.

La Teoría General de los sistemas puede ser aplicada al Universo en general y al ser humano en particular, si se lo entiende como un sistema abierto que constantemente se interrelaciona con su propio organismo y con su entorno sociocultural afectivo y físico-ambiental, manteniendo flujos de intercambios energéticos y de materia entre dichos sistemas. En esos intercambios se realizarán continuamente ajustes para mantener la homeostasis, el equilibrio que anteriormente

fue alterado, y que según Von Bertalanffy puede lograrse gracias a las propiedades de equifinalidad y multifinalidad que presentan los sistemas. La equifinalidad consiste en que un sistema vivo logre llegar a un mismo estado final por medio de múltiples caminos, mientras que la multifinalidad supone un proceso inverso mediante el que a partir de condiciones originales similares se puede llegar a distintos estados finales.

Finalmente, esta teoría refuerza la noción de que para acercarnos al entendimiento de un sistema se necesita un enfoque integral de varias disciplinas para, así, abarcar la mayor cantidad posible de factores incidentes.

Otra de las bases epistemológicas de la PNIE es la Teoría del Caos –CAOS, del griego KHAOS: desorden, vacío- fue desarrollada por el físico- químico ruso-belga Ilya Prigogine, para hacer referencia a la tendencia que tiene el Universo al caos total, para luego generar nuevas organizaciones, con nuevas propiedades que las antiguas organizaciones no poseían. Estas últimas son complejas, diversas, imprevisibles, reguladas por sus propias leyes, determinantes, finalidades y reglas de autoorganización. Es decir que este concepto implica la imposibilidad de hablar de certezas; sólo se puede hablar de probabilidades, lo que habilita al sujeto a transitar nuevos caminos.

Edgar Morin- pensador y escritor francés- desarrolla en 1990 el Paradigma de la Complejidad.

A través de su obra buscó fundamentar la importancia de la articulación de las ciencias humanas, las físicas y las biológicas para luego analizar los distintos sistemas, considerando su multidimensionalidad y sus interrelaciones. Concluyó así, que las partes están en el todo y que el todo está en las partes que lo constituye.

Los sistemas abiertos son recursivos, porque las causas y efectos producen al mismo tiempo aquello que los produce, desarrollándose una especie de círculo vicioso.

El pensamiento complejo nos permite reflexionar sobre lo que refiere a la convergencia causal o multicausalidad, que refiere a que los fenómenos que ocurren en un sistema abierto suceden por muchas razones, y a la convergencia temporal, entendiendo que las experiencias pasadas, presentes y futuras se condicionan, afectan y resignifican en forma integral.

Siguiendo con el concepto de convergencia temporal, Margarita Dubordieu (2008) retoma del neurobiólogo portugués Antonio Damasio su concepción sobre las “memorias del futuro”, diciendo que todo aquello que esperamos que nos suceda en un futuro (positivo o negativo) tiene que ver con experiencias previamente vividas, y que esas expectativas pueden generar correlatos psicofisiológicos con sus respectivas huellas mnémicas, actuando como facilitadoras de futuras posibles respuestas.

Las ideas, creencias, expectativas de una persona tienen gran impacto sobre los procesos de salud-enfermedad, y condicionan su vivir, al esperar que le sucedan cosas según experiencias previas.

En esta línea de pensamiento, hablamos de que nuestro cerebro tiene capacidad de cambio; la neuroplasticidad, que según Dubourdieu (2008) es la capacidad del sistema nervioso de cambiar y adaptarse a nuevos estímulos del medio ambiente -tanto positivos como negativos- que se presentan al sujeto de manera reiterativa; el sistema nervioso es un sistema abierto, moldeable por la experiencia, y que puede modificar estados anteriores. Posibilita nuevas formas de reaccionar y el desarrollo de defensas más saludables en la persona.

El cerebro tiene la capacidad de reconfigurarse, de crear nuevas conexiones sinápticas, siendo mayor esa plasticidad durante los primeros años de vida, y menor a medida que la persona envejece.

Se vincula con los procesos de aprendizaje (nuevas adquisiciones a través de la experiencia) y de memorias psicofísicas, a partir de las que:

“un acontecimiento puede resignificar y reactivar el primer episodio hasta el momento asintomático, o éste recobrar fuerza en sus manifestaciones. Ello nos ayuda muchas veces a comprender la emergencia de estados de gran ansiedad traumática o de sufrimiento, no justificados por las circunstancias actuales. En un estado de desorganización manifiesto en el presente, convergen el pasado y sus memorias, el presente y las expectativas futuras” (Dubourdieu, 2008, p 77)

Siguiendo con Dubourdieu (2008), dependiendo de las experiencias en la vida de cada persona, los circuitos neuronales mayormente activados irán estableciendo conexiones sinápticas cada vez más fuertes, mientras que aquellos circuitos poco activados irán perdiendo sus conexiones, debilitándose (poda sináptica). Será más fácil que se establezcan nuevos circuitos cuanto menos tempranas, crónicas e intensas haya sido las inscripciones psico-orgánicas en la persona.

La neuroplasticidad supone la capacidad de cambio, porque gracias a ella existe la posibilidad de transitar experiencias emocionales correctivas que habiliten nuevos circuitos de respuestas en los que predominen la expresión de las emociones, sensación de autocontrol de las circunstancias, autoconfianza, seguridad, sentirse querido, valorado, sostenido, con esperanza y expectativas realistas, todo lo que al mismo tiempo tendrá consecuencias en los procesos de salud-enfermedad.

Si entendemos al sujeto como la intermodulación de varios sistemas, al modificarse el cerebro habrá alteración en el resto de los sistemas, y por consiguiente en el funcionamiento bio-psíquico-socio-espiritual.

De acuerdo con García Bergua (2008), la neuroplasticidad se ve interrumpida cuando existen trastornos del estado de ánimo, así como también al vivenciar situaciones de estrés, principalmente el crónico. Sin embargo, también se puede promover a través de nuevas actividades y experiencias: hacer ejercicio físico y mental, salir de la rutina, establecer buenas relaciones interpersonales, aceptar desafíos interesantes, solucionar problemas y divertirse, tienen efectos positivos porque son formas de influir en los mapas cerebrales.

TEORÍA DEL ESTRÉS Y SISTEMAS DE ALOSTASIS

La Teoría del Estrés fue elaborada por el fisiólogo alemán Hans Selye, quien introduce en 1935 el término estrés para referirse a todos aquellos agentes ambientales que alteran la estructura y funcionamiento de un sistema, y para aludir a la respuesta no específica de un ser vivo ante diferentes estímulos psicológicos, ambientales y físicos, a partir de la activación de la corteza adrenal.

De acuerdo con Moguilevsky (2005), el término estrés proviene de la Ingeniería y refiere a los efectos de la presión que se le aplica a una estructura mecánica. Fue más tarde incorporado a la Medicina por el fisiólogo Walter Cannon, quien investigó las respuestas fisiológicas en los animales (incluyendo a los seres humanos) frente a estímulos ambientales amenazantes, describiendo a la reacción de lucha o de huida como respuestas propias de estas situaciones percibidas como peligrosas.

Se entiende al estrés como toda aquella condición que perturbe el equilibrio psicológico y fisiológico de un ser vivo. “La homeostasis es constantemente puesta a prueba o permanentemente amenazada por situaciones externas o desequilibrios internos. El estado de equilibrio necesario para una adaptación exitosa es mantenido por fuerzas que lo restauran-contrarregulan. En este contexto podemos definir el estrés como un estado de homeostasis amenazado” (Bonet, 1998, p77)

Selye realizó experimentos con animales de laboratorio a los que sometió a estímulos nocivos como calor y frío excesivos, para ver cómo reaccionaban y cuáles eran los distintos niveles de adaptación a esas situaciones. Fue a partir de esas investigaciones que definió al estrés como todas aquellas alteraciones producidas como respuesta normal de adaptación a los distintos estímulos físicos, psicológicos y traumáticos (Dubourdieu, 2008).

Al decir de Moguilevsky (2005, p151):

“Factores estresantes son aquellos estímulos cuya representación en el Sistema Nervioso son interpretadas como nocivas o agresivas para el organismo, el que responde con lo que Cannon denominó respuestas de *lucha o huida*. Estas respuestas se producen por cambios en el medio interno (hipoglucemia, hemorragia deshidratación, infección, etc), en el medio externo (frío, calor, agresión, etc), por alteraciones psicológicas (miedo, rabia, ansiedad, sorpresa) o bien por la combinación de todas”.

Según el mismo autor, en 1956 Selye desarrolla el concepto de Síndrome General de Adaptación y lo entiende como el conjunto de signos y síntomas que dan cuenta de cómo los estímulos alteran el funcionamiento de un organismo. Importante es aquí entender que este síndrome se produce a partir de las reacciones propias e inespecíficas de los individuos ante los estímulos a los que se enfrenta, y no que los estímulos por sí mismos generan el Síndrome.

Según Margarita Dubourdieu (2008), Selye ubicó en una primera etapa de ese síndrome a la fase de alerta, que es un estado en el que se movilizan todos los recursos para responder a esos estímulos. Participa en esta fase el sistema nervioso simpático (que se encarga de inervar los músculos lisos –que forman parte de los aparatos reproductor, excretor y vasos sanguíneos principalmente- y al corazón) que interviene generando cambios fisiológicos (aumento de la frecuencia del pulso, inhibición del sistema nervioso parasimpático -cuya función es la de propiciar un estado de reposo para que el ser humano pueda recuperar energía- y aumento de la presión arterial) de forma tal que el individuo puede huir o luchar ante esa situación amenazante. Una vez finalizado el estado de alerta, el organismo vuelve a recuperar un estado de equilibrio, pero si la fase de alerta perdura entonces comienza una nueva fase en este Síndrome General de Adaptación; la de resistencia.

En esta segunda etapa, el organismo se organiza de manera tal que pueda racionalizar sus recursos para que no se le agoten. Se da la activación del eje HHA (Hipotálamo-Hipófiso-Adrenal), que contribuye a través de la secreción de glucocorticoides, que movilizan en el cuerpo la energía que sí es necesaria. Al mismo tiempo, se inhiben actividades reproductoras y sexuales cuyo fin no es de inmediatez.

Por último, si la resistencia se prolonga por demasiado tiempo, se ingresa en la fase de agotamiento, caracterizada por la falta total de respuestas ante el estímulo y la incapacidad de seguir sosteniendo la situación. Ya no queda más reserva de energía así que comienza la llamada Enfermedad General de Adaptación, en donde hay sufrimiento, disfunciones, se desarrollan enfermedades e incluso existe la posibilidad de que el organismo muera (Dubourdieu, 2008).

En 1974 Hans Selye diferencia el concepto de eustrés (placentero) del de distrés (displacentero), y dice que las enfermedades sólo se desarrollan en casos de distrés. Se necesita de cierto nivel de estrés en la vida para vivir, pero un alto grado de estrés puede resultar en cambios patológicos como hipertensión, úlceras y

alteraciones inmunológicas; es pertinente señalar que éstas últimas pueden generar enfermedades como el cáncer. (Dubourdieu, 2008).

Cuando un estímulo estresor- físico, espiritual, ambiental, emocional, etc- se presenta con gran intensidad y cronicidad suficiente como para sobrepasar la capacidad de adaptación de un ser vivo, surge un patrón de respuestas determinado que Hans Selye denominó respuestas del estrés. Siguiendo con esta idea, Moguilevsky dice:

“la respuesta fisiológica al estrés si bien es predominantemente hormonal, da lugar a una serie de ajustes a corto (estrés agudo) o largo plazo (estrés crónico) del sistema vascular, inmunitario y somatosensoriales que permite que el organismo se adapte a una serie de estímulos tanto físicos como psicológicos” (2005, p 151).

Lo interesante aquí, y retomando los estudios realizados por Felten y Cohen (1991), es que los sujetos pueden responder de manera variada ante la presencia de un mismo estímulo; habrá que tener en cuenta las disposiciones genéticas, las características psicológicas y biológicas y los factores de estrés y protectores tanto en experiencias tempranas, como en la actualidad y en expectativas futuras.

Según Bonet (1998), Richard Lazarus es otro de los investigadores que postula que ante una situación de estrés, la respuesta dependerá de la forma en que el individuo percibe a esa situación y cómo la interpreta. Si bien sus estudios ponen énfasis en lo que refiere al estrés psicológico, el concepto puede extenderse a áreas de problemas sociológicos y fisiológicos también.

Bonet (1998) también destaca de Lazarus sus concepciones sobre la existencia de tres tipos de estímulos estresantes. En primer lugar, los que se relacionan con grandes cambios en la vida de muchas personas al mismo tiempo, que escapan del control de ellas, y cuyos efectos se prolongan durante el tiempo; tal es el caso los desastres climáticos y de las situaciones de guerra. En segundo lugar, existen los estímulos que generan grandes cambios en la vida de una persona en particular, como puede ser la muerte de un ser querido, padecer alguna enfermedad incapacitante. Finalmente, el tercer tipo de estímulos estresantes refiere a las situaciones adversas que suceden en la vida cotidiana, cuyas características tal vez sean menos dramáticas en comparación con los estímulos estresantes anteriormente mencionados, pero que de igual forma implican un complejo proceso de adaptación a la nueva situación; ejemplos son los divorcios, las mudanzas, cambios de trabajo. Son situaciones que pueden generar tensión, agresividad, enojo, frustración.

Por su parte, Campbell (1983) agrega un cuarto tipo de estímulos estresantes; los estímulos ambientales. Estos refieren a aquellas condiciones más continuas, estables -e incluso muchas veces inadvertidas-, que se vinculan con las condiciones físicas del ambiente en el que estamos, como pueden ser la contaminación del aire, la lumínica y la sonora, las radiaciones solares.

Ante la presencia de un estímulo estresante, que pone en peligro la homeostasis del cuerpo, se desencadenan respuestas adaptativas, que son inespecíficas y de orden nervioso, inmunológico y hormonal. Al conjunto de esas respuestas Peter Sterling y Joseph Eyer le llamaron “alostasis” o “estabilidad a través del cambio” (Sterling, 1988, p 631).

McEwen (1998) plantea que cuando estos sistemas adaptativos son “encendidos” y “apagados” de manera efectiva, con poca frecuencia e intensidad, el cuerpo tiene la capacidad de enfrentar de manera eficiente esos estímulos. Sin embargo, cuando existe abuso en la activación de esos sistemas se da la llamada carga alostática o “el precio de la adaptación” (McEwen & Stellar, 1993).

Siguiendo con sus conceptualizaciones, McEwen (1998) dice que la carga alostática puede suceder a partir de distintas situaciones; por sobreuso de los sistemas de alostasis, por fallar en la desactivación de los sistemas de alostasis después de enfrentada la situación de estrés, y por una respuesta inadecuada de los sistemas alostáticos, que conduce a una actividad elevada de otros sistemas alostáticos normalmente contra-regulados después del estrés. El abuso de la carga alostática durante largos períodos puede conducir al desarrollo de enfermedades. En referencia a este último aspecto, Ronson (2006) dice: “Se plantea la hipótesis de que el concepto de carga alostática es particularmente relevante para los múltiples, repetidos y crónicos estresores asociados con la experiencia de cáncer” (p 289).

Se podría entonces por un lado relacionar al concepto de “distrés” de Hans Selye de 1936 con el de los efectos negativos de las respuestas del estrés crónico, y por otro lado a la fase de agotamiento dentro del Síndrome General de Adaptación con el concepto de carga alostática.

Por su parte, de acuerdo a Margarita Dubourdieu (2008), los mecanismos de respuestas adaptativas frente a los estímulos estresantes serán diferentes; dependiendo de si se trata de eventos que son interpretados como amenaza inmediata (estrés agudo) o de acumulación de estímulos estresores reiterados y mantenidos en

el tiempo (estrés crónico), se activarán principalmente dos ejes en el cuerpo: el sistema nervioso simpático, y el eje Hipotálamo-Hipófiso-Adrenal (HHA).

Bonet (1998), que habla de esos ejes como sistema LC-NA (Locus coeruleus-noradrenalina-sistema nervioso simpático) y sistema CRH-PVN (hormona liberadora de corticotrofina- núcleo para-ventricular hipotalámico), plantea que están tan interconectados que al activarse uno consecuentemente se activa el otro. De esta forma, se percibe cómo ante situaciones de estrés está todo el organismo comprometido.

El sistema nervioso simpático es una estructura nerviosa compuesta por 23 ganglios dispuestos a lo largo de la columna vertebral, que constituye al sistema nervioso autónomo o vegetativo - encargado de las funciones vitales de respiración, digestión, excreción, circulación, secreción, etc - y que actúa de manera involuntaria e inconsciente en el sujeto (Nogareda, 1999).

La misma autora presenta al eje HHA como aquel conformado por el hipotálamo - ubicado en la base del cerebro y conecta al sistema nervioso con el endocrino -, la hipófisis, y las glándulas suprarrenales –ubicadas sobre cada uno de los riñones, y que se conforman por la corteza y la médula suprarrenal-. Según los estímulos percibidos por el sujeto, estos dos ejes han de sintetizar y secretar distintas hormonas que incidirán en el organismo de manera distinta, pudiendo excitar o inhibir las actividades de los órganos.

Nogareda (1999) plantea que como resultado de una hiperactivación simpática, el sistema nervioso vegetativo va a enviar la señal al Locus Coeruleus para que secrete noradrenalina (aumenta la vigilancia) y a la médula suprarrenal para que secrete adrenalina (vinculada con la anticipación del miedo). Estas son hormonas llamadas catecolaminas, que se encargarán de preparar al sujeto para que utilice al máximo su energía, poniéndolo en estado de alerta para que pueda huir o luchar si fuera necesario.

Estas catecolaminas también son neurotransmisores que se producen en las terminaciones nerviosas de las neuronas y son vertidas al torrente sanguíneo. Participan en la dilatación de las pupilas y de los bronquios, aumento del ritmo cardíaco -que puede desencadenar en hipertensión arterial-, movilización de los ácidos grasos -que puede generar aumento de lípidos en sangre, y así arterioesclerosis-, disminución de la motilidad digestiva, vasodilatación muscular y

vasoconstricción cutánea (se percibe palidez en el sujeto y sudoración), reducción de los niveles de estrógenos y progesterona, y disminución de la prolactina, hormona que incide sobre la glándula mamaria (Nogareda, 1999).

Margarita Dubourdieu (2010) plantea que el eje Hipotálamo-Hipófiso-Adrenal se activa frente a factores de estrés propiciando una cascada neurohormonal, que comienza con la CRH hipotalámica, luego la ACTH hipofisiaria y por último la secreción de los glucocorticoides (cortisol es el más importante en el ser humano) en la corteza suprarrenal.

La CRH (hormona liberadora de corticotrofina) es sintetizada por el núcleo para-ventricular del Hipotálamo, y a través del sistema portahipofisiario llega a las células corticotrópicas de la Adenohipófisis. Estas células secretan la ACTH (adrenocorticotropina), la que actúa sobre las glándulas suprarrenales estimulando la producción y secreción de cortisol. En sentido contrario y a través de un mecanismo de feedback negativo (proceso por medio del cual el sistema responde en dirección opuesta a la señal recibida para así mantener su equilibrio), el cortisol inhibe su propia síntesis, la de la CRH y por consiguiente la de la ACTH. “En este sentido el cortisol es una hormona "antiestrés" que apaga los procesos biológicos provocados por el estrés cuando el individuo ha encontrado una buena respuesta adaptativa” (Fabrice Duval, 2010).

Siguiendo las teorizaciones de Dubourdieu, el cortisol es una hormona que se libera como respuesta al estrés, siendo sus funciones más destacadas la de ayudar a metabolizar grasas, proteínas y carbohidratos, aumentar el nivel de azúcar en sangre, e inhibir el crecimiento óseo y al sistema inmunológico. Sin embargo, el exceso de esta hormona en el cuerpo (debido principalmente a situación de estrés crónico) puede generar sustanciales cambios fisiológicos, por ejemplo en el hipocampo, que cumple funciones relacionadas a la memoria, al comportamiento y a las emociones.

Siguiendo con esta idea, Duval (2010) plantea que situaciones estresantes reiterativas generan, durante la fase de agotamiento, una hipercortisolemia crónica, la que podría ser neurotóxica para ciertas estructuras cerebrales, como el hipocampo, en donde disminuiría el volumen y la cantidad de neuronas del gyrus dentado. Los efectos de la atrofia del hipocampo según este autor también serían la disminución de la neurogénesis y de la neuroplasticidad; en esta última esa atrofia podría ser reversible en un comienzo, pero más adelante sería permanente.

Otros autores como Desai y Ronson (2008) han estudiado los efectos de las mencionadas hormonas y neurotransmisores que se liberan en forma de cascada ante factores de estrés, principalmente el crónico y postraumático, y concluyen: “Los efectos carcinogénicos de las catecolaminas y los glucocorticoides podrían abrir el camino para una comprensión más profunda de las correlaciones entre los factores psicológicos y el pronóstico del cáncer” (p 378)

Por otra parte, el estrés también afecta al eje tiroideo, al gonadal y al sistema inmunológico. Respecto a éste último, Moguilevsky (2005) dice lo siguiente: “Cuando Selye describió el síndrome general de adaptación ya se tenía conocimiento que el estrés crónico producía atrofia del timo y de los órganos linfoides. Actualmente hay numerosos hechos experimentales que demuestran que el estrés potencia, en el ser humano, la aparición de enfermedades tumorales e infecciosas, considerándose al estrés crónico como inmunosupresor” (pp. 156-157) y argumenta que durante las situaciones de estrés, en el organismo aumenta la cantidad de catecolaminas y glucocorticoides, que son inmunosupresores, mientras que desciende la cantidad de la hormona de crecimiento (GH) y de prolactina (PRL), las que poseen acciones inmunoestimulantes.

Finalmente, según Margarita Dubourdieu (2010), los factores persistentes de estrés que alcanzan altos grados de intensidad y duración (meses o años) producen enfermedades de carácter permanente y de mayor gravedad.

Autores como Perales-Montilla, Duschek y Reyes-del Paso (2013) coinciden en este aspecto y señalan: “Los estados de estrés y las emociones negativas (ansiedad y depresión) pueden intensificar y empeorar el curso y la evolución de la enfermedad, interferir con su tratamiento y modular la percepción de los síntomas, aumentando significativamente la morbilidad y la mortalidad”.

ETIOLOGÍA DEL TÉRMINO CÁNCER

Según Oswaldo Salaverry (2013), actualmente se debate sobre el origen del término “cáncer” así como también sobre su historia en la Humanidad.

Plantea que la literatura de la Grecia clásica –Siglo IV a.C- llegó a desarrollar descripciones sobre lesiones ulcerosas que pareciera eran cancerosas (en su sentido moderno). De hecho, el término “cáncer” aparece en el Corpus Hippocraticum - colección de obras atribuidas a Hipócrates – y se refería a lesiones ulcerosas crónicas cuyas características principales eran su desarrollo y expansión constante hacia tejidos cercanos, quedando “dibujada” la forma del cangrejo (crustáceo). De allí es que surge la denominación griega καρκίος (se lee karkinos) que es cangrejo en griego.

En latín esa palabra pasa a cáncer y de esa forma se le atribuyen dos acepciones; por un lado hace referencia a las lesiones ulcerosas crónicas y por otro al crustáceo cangrejo.

Salaverry (2013) plantea que aún existe confusión sobre a qué se referían los médicos griegos al hablar de esas lesiones ulcerosas, ya que muchos hoy día entienden que sólo hablaban de úlceras externas de difícil tratamiento y curación, mientras que lo que en la actualidad conocemos como lesiones cancerosas implican lesiones internas.

Independientemente de cuál sea la respuesta correcta a la interrogante del origen del término, la literatura médica de la Grecia clásica tuvo gran impacto en lo que ahora se conoce como cáncer.

Por su parte, Halperin (2004) cuenta que hay evidencia brindada por la paleopatología de que hace más de 150.000 años existían en los seres humanos lesiones similares a lo que hoy entendemos por cáncer, pero que no eran lesiones frecuentes. Al siglo XVIII y a los cambios ambientales drásticos se les atribuye la responsabilidad del incremento del número de casos de esas lesiones.

¿QUÉ ES EL CÁNCER?

Según la Sociedad Americana del Cáncer, cada célula en nuestro cuerpo cumple sus funciones de manera ordenada, muriendo cuando se desgastan o dañan, y siendo relevadas por nuevas células. Esas han sido reproducidas a través de procesos organizados. El cáncer surge cuando las células comienzan a reproducirse de manera descontrolada, en exceso. Así es cómo se forman los tumores.

Existen diferentes tipos de cáncer. Si bien comparten ciertas similitudes entre sí, van a diferir en la forma en que se propagan y en la zona en que se desarrolla el tumor.

Chiozza (2010) plantea que los tumores se clasifican según el tejido en donde se originan. Así, los carcinomas son aquellos que se desarrollan en los epitelios que revisten la piel o recubren los órganos internos, siendo los más frecuentes en la población mundial. Los sarcomas son los que se originan en los huesos, tejido graso, vasos sanguíneos, cartílagos, o en otros tejidos conectivos que sirven de sostén a los órganos. Las leucemias son aquellas que se originan en los leucocitos, células del sistema inmunológico.

Este autor postula que hoy en día se entiende al cáncer como una enfermedad compleja de aparición multifactorial, en donde interactúan la herencia genética, el azar, los hábitos de vida y el ambiente del que el sujeto forma parte.

Según las conceptualizaciones desarrolladas Lina Núñez en el Manual de Asesoramiento Genético en Oncología (2013), se detectan los tipos de cáncer con tumores que surgen como parte normal del envejecimiento celular, afectando incluso a personas que no tienen antecedentes familiares. Por otra parte existen los tumores que se desarrollan en personas con cierta predisposición genética, vulnerabilidad que se ve acrecentada a partir de factores de riesgo exógenos y/o endógenos. Y, finalmente, existen los tumores hereditarios, heredados por mutaciones genéticas desde el momento de la concepción de la persona, transmitidas de generación en generación, con patrón de herencia mendeliano. Esto significa que la mutación heredada está en todas las células del cuerpo del sujeto, de forma tal que hay mayor probabilidad de aparición de más de un tumor.

Chiozza (2010) agrega que una mutación celular puede desencadenarse desde afuera de la célula (epigenéticamente), pero para que esto ocurra debe existir la exposición prolongada e intensa a agentes nocivos.

Finalmente, este autor sostiene que el aspecto de la personalidad y el carácter influyen en el desarrollo de un cáncer, y que es importante señalar que en el seno de una familia el estilo de vida y el carácter “se contagian” más allá de la herencia biológica.

CÁNCER DE MAMA

El cáncer de mama en la mujer puede originarse en cualquier parte del seno, según la Sociedad Americana del Cáncer. En la mayoría de los casos, los tumores se desarrollan en los conductos que transportan la leche materna hacia el pezón (cáncer ductal), mientras que en otros casos se originan en las glándulas secretoras de leche (cáncer lobulillar).

Pradier (1995) retoma la clasificación del cáncer de mama de Mosto; divide a los carcinomas de mama en las categorías de grupos invasores y no invasores, siendo los invasores los que pueden hacer metástasis en los ganglios y a distancia, y los no invasores los que se mantienen alojados en la glándula.

El cáncer de seno se propaga cuando las células cancerosas llegan al torrente sanguíneo y de esa forma a otros órganos, así como también cuando llegan al sistema linfático. Este es una vasta red de vasos linfáticos (transportan el líquido linfático) que se conecta con los ganglios linfáticos, pequeños grupos de células del sistema inmunológico. Cuántos más ganglios estén comprometidos, mayor es el riesgo de que la enfermedad se propague (metástasis) hacia otros órganos.

El cáncer de mama es el más frecuente (luego del cáncer de piel no-melanoma) constituyendo el 21% de los cánceres en la mujer y la primera causa de muerte por cáncer en la mujer en el mundo desarrollado. La incidencia en Uruguay es tan alta como en los países desarrollados del 1er Mundo, lo que según Francisco Cópola, José Nader y Rafael Aguirre (2005), está relacionado con estilos de vida, elementos ambientales y patrones alimenticios muy parecidos al de esos países.

Según la Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer, en Uruguay es el cáncer más frecuente en la mujer, siendo que 1 de cada 10 mujeres pueden desarrollarlo a lo largo de su vida, y que cada día 2 mujeres en promedio mueren por esta enfermedad. Nuestro país tiene así la tasa de mortalidad más alta por cáncer de mama de toda Latinoamérica, y ocupa el noveno lugar en el mundo. De esto se desprende que constituye un problema sanitario de gran magnitud. (Cóppola et al, 2005).

Las medidas de prevención primaria y secundaria tienen un rol prioritario. Se plantea examen médico y mamografía anual en mujeres de 40 años, pudiendo hacerse antes si hay factores de riesgo.

Su incidencia aumenta con la edad hasta la menopausia, luego continua elevándose pero a menor velocidad.

Se ha investigado en Uruguay sobre esta temática y los resultados obtenidos muestran que desde mediados de la década del '90, ha venido bajando la tasa de mortalidad por cáncer de mama, aunque eso está sucediendo de manera lenta. Las causas de esa baja han sido relacionadas con los avances que ha habido en el diagnóstico acertado de esta enfermedad, así como también por los tratamientos que se brindan, según explica la comunidad científica (Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer, 2017)

La Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer no menciona al factor emocional como uno de los factores de riesgo de génesis de este tipo de cáncer, no refiere a estresores psíquicos. Sí jerarquiza a los factores ambientales y conductuales más evidentes; humo de tabaco, ingesta de bebidas alcohólicas, tipo de alimentación, sedentarismo, obesidad, y otros.

Según Pradier (1995) se trata de una enfermedad cuyo desarrollo, tratamiento y evolución puede variar significativamente entre las diferentes mujeres. Por esta razón, es importante prestar máxima atención a los factores que pueden estar incidiendo en el desarrollo de esta enfermedad; factores clínicos (tamaño tumoral, compromiso axilar, etc), estados afectivos, estilos de afrontamiento y rasgos de personalidad, vinculación interpersonal, situaciones de vida estresantes.

El cáncer de mama es una enfermedad temida porque se asocia con el padecimiento, dolor, incluso la muerte. Se teme también a los efectos secundarios

propios de los tratamientos que intentan combatir esta enfermedad. (Juárez y Landero, 2009)

VULNERABILIDAD

De acuerdo a Dubourdieu (2013), la Epigenética es la disciplina que estudia las modificaciones genéticas a partir de mecanismos no genéticos, como pueden serlo los ambientes positivos o negativos en que vive una persona. Los genes y el ambiente están en constante interacción, así que existe cierto grado de responsabilidad de la persona sobre su propia salud.

Los factores facilitadores de la expresión genética son reunidos por la PNIE bajo el nombre de facilitaciones y vulnerabilidades.

Los investigadores han puesto énfasis en distintos aspectos al momento de indagar sobre aquellos factores que potencian la predisposición a enfermar.

Por un lado Winnicott (1956) pone énfasis en aspectos vinculares y en fallas ambientales al momento de desarrollar enfermedades. Destaca la importancia del mundo externo en la crianza del niño y en el carácter evolutivo del sujeto.

Presta atención especial a la función materna y plantea que durante las primeras semanas de vida del bebé, esa madre se aboca completamente a cuidar, mimar y proteger a su hijo, y a satisfacer sus necesidades. La mamá cumple la función del holding, de sostén, asistiéndolo corporalmente (aseo, alimentación, acunar) en el proceso de integración de la psique en el cuerpo del niño, quien hasta el momento entiende a su cuerpo como una prolongación del cuerpo de su madre.

Este autor plantea que es necesario y esencial que en ese vínculo madre-hijo se vayan presentando fallas -ciertas cuotas de frustración óptima-, de manera gradual y adaptativa; para tolerar esas pequeñas frustraciones es necesario que el niño haya antes internalizado sentimientos de confianza y seguridad.

Esa frustración óptima comienza a partir de pequeñas separaciones en el tiempo y espacio, y de esta forma el niño va desarrollando cierta autonomía. A partir de esas separaciones cortas, que son seguidas de reencuentros, el bebé va

internalizando a su mamá y de esa forma se va limitando la manifestación de patologías a nivel fisiológico.

En caso contrario, si hay fallas de la provisión ambiental -distorsiones abruptas en ese proceso de separación, fallas empáticas en lo que refiere a sobreprotección, carencias afectivas-, habrá consecuencias en el desarrollo del niño, y por tanto en su salud.

Por otro lado, Franz Alexander (1939) investigó sobre las relaciones existentes entre las enfermedades orgánicas, las emociones y el estrés, concluyendo que existe correlato entre el estímulo emocional y lo fisiológico. Este autor, además, introduce el concepto de rasgos de personalidad como condicionante y determinante de los conflictos fisiológicos del sistema nervioso vegetativo.

Siguiendo con esta idea, Pierre Marty – uno de los máximos exponentes de la Escuela psicosomática de París – desarrolla en una entrevista realizada por Fernando Uribarri (1991), sus conceptos sobre el proceso de enfermar y lo asocia con aspectos de la personalidad psicosomática.

Sostiene que en el ser humano se dan dos procesos fundamentales: uno de “desarrollo individual”, que es una organización progresiva, y otro de desorganización, que refiere al desarrollo de enfermedades que pueden llevar al sujeto a la muerte, especialmente las que son resultado de una desorganización prolongada en el tiempo.

Esta desorganización está muy vinculada con la insuficiencia en los procesos de mentalización, que son entendidos como aquellos que permiten el desarrollo de las representaciones psíquicas, y que facilitan la capacidad de asociar ideas, los procesos de reflexión interna, la producción onírica y el acceso a la fantasía.

Los sujetos psicosomáticos se caracterizan entonces por ser personas eficaces y sobreexigidas, con éxitos externos, que jerarquizan el principio de realidad sobre el del placer, que sienten desmedro de sus percepciones internas. Individuos en donde prima el falso Self adaptativo, con pensamientos concretos y apegados a la realidad, y que presentan alexitimia; dificultad para registrar y conectarse con sus emociones e incapacidad de expresar sus sentimientos con palabras.

El aspecto de la alexitimia es muy delicado según Dubourdieu (2008) ya que esta situación supone un factor de estrés para la persona, que al no poder expresar cómo se siente queda expuesta a la insatisfacción de sus deseos y necesidades. Es

pertinente señalar además que a través de la palabra se simboliza, se da una descarga que alivia la tensión, lo que constituye un factor de protección. “Parecería que ante la inhabilitación de la vía de expresión del lenguaje, la vía orgánica se potenciaría como consecuencia de un incremento de la tensión ante experiencias de insatisfacción” (Dubourdieu, 2008, p 31). Y agrego, que a través de la palabra y la escucha (tanto del otro como de uno mismo) se da la posibilidad de elaboración, se puede conectar con la situación que se vive y se pueden procesar aspectos internos.

En 1974 se realizó una investigación en el King's Collage Hospital, en Londres, en donde se entrevistó a 160 mujeres que padecían cáncer de mama. La conclusión (Greer & Morris, 1975) fue “una asociación significativa entre el diagnóstico de cáncer de mama y un patrón de comportamiento persistente durante toda la vida adulta de la liberación anormal de emociones. Esta anomalía fue, en la mayoría de los casos, supresión extrema de la ira y, en pacientes mayores de 40 años, la supresión extrema de otros sentimientos”.

En la entrevista con Uribarri (1991), Marty sostiene que siguiendo la lógica de la relevancia de los procesos de mentalización, los sujetos psicósomáticos tienen gran tendencia a desarrollar enfermedades a nivel orgánico. El argumento es que cuanto más rico en representaciones psíquicas sea el preconsciente, las distintas patologías se ubicarán en el plano mental, mientras que cuanto más pobre en esas representaciones, la patología se desarrollará en el plano somático; las situaciones vividas generan excitaciones que buscan una salida adecuada, pero en el sujeto psicósomático esas excitaciones se acumulan en un aparato psíquico inepto para elaborarlas, lo que lleva consecuentemente a una desorganización somática.

Es decir, a mayor desorganización mental más posibilidades de desarrollar enfermedades graves a nivel fisiológico. Respecto a esto, Marty relata en la entrevista la siguiente experiencia:

“Bueno, a veces son enfermedades como el cáncer. Hicimos un gran trabajo con el profesor Jazmín y los cancerólogos del Hospital Paul Brouse y del otro gran Hospital de París. Hicimos allí un trabajo muy específico. Nos enviaron mujeres que tenían supuestamente un tumor mamario, sin haber ningún estudio diagnóstico pues se trataban de urgencias. Nos enviaban, entonces, una mujer, la veíamos al día siguiente, y recién al segundo día le hacíamos una punción o una mamografía. Es decir que primero la examinábamos psíquicamente, y hacíamos un pronóstico: cáncer o no cáncer. Los resultados fueron sorprendentes, ya que casi no nos habíamos equivocado. Entonces Ud. ve que nos basábamos en el grado de desorganización mental: si no había desorganización, entonces decimos “no hay cáncer”.

Por su parte, el Psicoanalista contemporáneo Rubén Zukerfeld (1999) propone pensar y entender al sujeto como resultante dinámico de la interrelación de algunos subcampos; el aparato psíquico –con su capacidad de escindirse y reprimir-, el comportamiento –incluyendo la adaptación, sobreadaptación, desadaptación y la paradaptación-, el soma, y el subcampo social-familiar-ambiental, incluyéndolo los afectos, las creencias, pensamientos, formas de vincularse. Respecto a esto dice:

“Es importante destacar que las creencias y formas de pensar y sentir influyen en el funcionamiento corporal y que desde el campo del comportamiento se desarrollan interrelaciones que repercuten sobre lo familiar – social y sobre el propio funcionamiento psíquico. Además es conocido, como el comportamiento (hábitos) influye en el soma, aspecto sobre el que se apoya toda la medicina moderna en sus programas de prevención y recuperación de las enfermedades crónicas, y cómo este subcampo puede verse afectado directamente por factores ambientales “(1999).

Dice que esas interconexiones entre los subcampos son continuas y que lo que vaya resultando será único, dependiendo de las características de los estímulos y de la condición previa del sujeto, su historia personal.

Zukerfeld (1999) retoma el concepto de vulnerabilidad y lo asocia con vulnerabilidad somática, a la que vincula (de manera similar a Marty) con un tipo de funcionamiento psíquico en el sujeto, caracterizado por la carencia de recursos mentales, insuficiente organización representacional, dificultad al momento de sobrellevar situaciones que percibe como estresantes y baja tolerancia para soportar grandes pérdidas y situaciones de desprotección. El sujeto ve que no puede enfrentar situaciones adversas, con gran cuota de estrés y desarrolla la enfermedad como mecanismo de defensa.

De acuerdo a esto que plantea Zukerfeld, cuestiono sobre el posible papel que podrían jugar la escisión inconsciente de la persona y los beneficios secundarios al momento de desarrollar una enfermedad a nivel somático; la atención, protección, cariño, compasión, compañía, empatía, sostén que por lo general se recibe cuando uno enferma.

Este autor retoma las conceptualizaciones desarrolladas por Freud en “El malestar de la cultura” para remarcar la importancia de la red vincular de un sujeto. Importa tanto si es una red que sostiene, potencia,

empondera, motiva, como si es una red generadora de situaciones de constante estrés, violencia, sufrimiento, desamparo, ansiedad y desesperanza, porque la red siempre tiene efectos sobre el desarrollo de una persona y sobre sus procesos de salud-enfermedad; “el poder patógeno o reparador que tienen las distintas relaciones interpersonales”, al decir de Zukerfeld (1999).

Zukerfeld y Zonis Zukerfeld (2011) proponen que según el grado de sostén que tenga la red vincular, las adversidades serán vivenciadas por la persona de dos maneras. Por un lado, si la calidad de sostén de la red es buena, una situación adversa será percibida como una “vivencia de estrés”, con una resignificación de ese hecho y con recuperación de la homeostasis – siempre y cuando la adversidad no sea reiterativa, porque supone hiperexcitación de los sistemas de alostasis con consecuente carga alostática. Por otro lado, una red de sostén mala, escasa, contribuye a que la persona perciba a la situación como una “vivencia traumática”, acercándose así al concepto de vulnerabilidad, y desarrollando patologías psíquicas o somáticas, dependiendo del grado de desorganización progresiva planteado por Marty.

FACTORES EMOCIONALES, ESTRÉS Y ASPECTOS DE LA PERSONALIDAD EN CÁNCER DE MAMA

Luchina (1998) sostiene que recién en el siglo XX se comienza a reflexionar sobre las posibles relaciones entre los factores psicológicos, el estrés y el cáncer de mama. Se entendió que la pérdida de significativas relaciones emocionales y la consecuente incapacidad para tolerar y superar esas situaciones era una de las razones por las que se desarrollaba esta enfermedad. Respecto a este punto, Irwin (1987) ha comprobado que en el organismo de quien vivencia un duelo, es muy baja la cantidad de células Natural Killers (un tipo de linfocito que identifica y destruye las células anormales, como por ejemplo las tumorales) como consecuencia de un desajuste del sistema inmunológico al enfrentarse a una situación de estrés.

Luchina (1998) también retoma investigaciones realizadas por LeShan en 1966, quien concluyó, a partir de tests proyectivos, que los tumores malignos surgían no sólo en personas que habían perdido una relación emocional importante, sino que también en aquellas que se caracterizaban por sentirse desamparadas, desesperanzadas, e incapaces de poder expresar sentimientos de ira y resentimiento. Al mismo tiempo, cuanto más se expresaban los sentimientos y mejor se procesaban las emociones, menor era la progresión de la enfermedad en aquellos que ya estaban enfermos.

Este autor recuerda también las conclusiones a las que llegó Derogaitis en 1980 cuando trabajó con mujeres con cáncer de mama; aquellas que tenían actitudes más combatientes, “de lucha”, con esperanza, confianza y desempeñando roles activos en su proceso de sanación, tenían mayor probabilidad de sobrevivir a la enfermedad que aquellas que se mantenían en una actitud de pasividad, con sentimientos de desesperanza, de indefensión, negación y con poca confianza de sus recursos protectores.

Respecto al tipo de afrontamiento frente a la enfermedad, interesante es la investigación realizada por Juárez y Landero en 2009 en México, con 71 mujeres diagnosticadas con cáncer de mama. Lo que pretendió esta investigación fue establecer la relación entre el estrés, el apoyo social y el optimismo de esas mujeres. Los resultados principales fueron la presencia de niveles bajos de estrés debido a que

esas mujeres experimentaron durante la fase de tratamiento apoyo social y optimismo, variables que funcionan como protectoras de la salud y reguladores del estrés.

Mientras tanto, autores como Sklar y Anisman (1981) dicen que no está evidenciada la relación esencialmente lineal-causal entre estrés y cáncer de mama, pero si creen que es innegable que el estrés contribuye al inicio y progresión de la enfermedad, porque a partir de eventos psicosociales y medioambientales- tanto situaciones de estrés crónico como de agudo- el sistema inmunológico del sujeto va a alterarse. Además, muchas veces ante situaciones de estrés, las personas adoptan conductas que son altamente peligrosas para ellas mismas, favorecedoras de potenciar enfermedades como el cáncer; consumen tabaco, alcohol, optan por una inadecuada alimentación, sedentarismo.

Después de hacer una revisión completa sobre el estrés y el cáncer, estos autores proponen lo siguiente:

“Nuestro punto de vista es, no que el estrés sea la causa del cáncer sino más bien que el estrés, como acontecimiento ambiental con profundos efectos sobre el funcionamiento fisiológico, puede influir el curso de la enfermedad neoplásica. En efecto, el estrés se traduce en cambios biológicos compensatorios para hacer frente a las demandas a las que se ve sometido el organismo. Sin embargo, la movilización focalizada de recursos o su potencial agotamiento incapacita en alguna medida al organismo para luchar con eficacia con las células cancerosas. Dada la relación existente entre los sistemas neuroquímico, hormonal e inmunitario, una perturbación en cualquiera de estos procesos podría incrementar ostensiblemente la proliferación de células cancerosas”

Arbizu (2000) retoma a Wayner y Cox en lo que refiere a las relaciones que establecen entre el cáncer y el estrés, tanto en el inicio de este como en el desarrollo y desenlace de la enfermedad. Según ellos, el estrés estaría influyendo en el comienzo del cáncer al aumentar la exposición de una persona a un agente físico o químico capaz de producir esta enfermedad (carcinógeno), al interactuar con los efectos de ese carcinógeno, y al potenciar la expresión genética latente por medio de cambios hormonales.

Similar a lo propuesto por Sklar y Anisman, sostienen que cuando la enfermedad ya se desarrolló, el estrés puede seguir afectándola al impulsar al sujeto a adoptar comportamientos nocivos para él, así como también

cuando el sujeto no puede desarrollar estrategias psicológicas eficientes y adecuadas para poder sobrellevar o resolver la situación adversa que le está aconteciendo.

Kinger (2005), Dubourdieu (2002), Jasnoski y Trobliger (1994) entienden que los estados psicoafectivos como la depresión se han asociado con la génesis del cáncer de mama, mientras que Cano (2005) agrega también a la ansiedad, no sólo como estado general de la persona, sino que también refiere a la ansiedad que es experimentada de manera anticipatoria al diagnóstico de la enfermedad. Y propone reflexionar aquí sobre cómo el diagnóstico del cáncer incide sobre las emociones, pudiendo existir un impacto traumático tan fuerte al punto de que la persona desarrolle síntomas similares a los experimentados en el trastorno de ansiedad por estrés postraumático.

Por otra parte, según Arbizu (2000), investigadores como Friedman y Rosenman establecieron como importante factor pronóstico en el desarrollo de enfermedades -el cáncer, por ejemplo- los tipos de personalidad, clasificándolas en tipo A, B, C y D. Entiende que si se toma en cuenta las diferentes investigaciones realizadas hasta el momento, puede percibirse la existencia de ciertos rasgos de personalidad que podrían constituir a una “personalidad predispuesta al cáncer”, que coincidiría con la personalidad psicósomática de Marty y con el tipo C de personalidad; personas sumisas, conformistas, inhibidas, con negación y represión de las emociones negativas (ansiedad, ira), que al mismo tiempo se caracterizan por expresar acentuadamente las emociones y conductas que socialmente serían adecuadas y esperables (excesiva tolerancia y paciencia, conformismo en general, aceptación con dominio de los problemas). Parecen ser las personas “buenas”, armoniosas, que no quieren generar conflictos ni malestar en el otro, reprimiéndose incluso en detrimento de los derechos y necesidades propias. Son dóciles y leales, con aceptación estricta de la autoridad. Leales a la realidad, pesimistas, con marcada tendencia a la racionalidad.

Arbizu (2000) destaca que en 1990 los investigadores Grossarth-Maticek y Eysenck desarrollaron una tipología de personalidad relacionada con el estrés y el proceso de enfermar; el Inventario de Reacciones Interpersonales, a partir del cual se

clasifica a las personas en 6 categorías según la forma en que reaccionan a las situaciones de estrés.

La categoría 1y la 5 se vinculan mucho al desarrollo del cáncer. Las personas tipo 1 son aquellas con alto grado de conformismo, con marcada inhibición para aproximarse a personas que le resulten significativas, que se sienten desesperanzadas e indefensas cuando se le presentan situaciones de estrés, y que la pérdida de un objeto es motivo constante de estrés.

Las personas dentro de la categoría 5 son conocidas por ser racionales y no emocionales, reprimiendo las expresiones de afecto y de las emociones, con tendencia a la depresión.

REFLEXIÓN

Si bien todas estas variables pueden ser de riesgo en lo que refiere al desarrollo del cáncer –de mama en este caso-, hay un aspecto que no es pasible de ser medido; el sentido de vida. Si se tiene una misión que cumplir, un proyecto o una obra a realizar, alguien a quien esperar, esa persona tiene más factores protectores que alguien que no tenga un proyecto-sentido. Se trata de un marco en que no puede “entrar” nadie, porque está involucrada la libertad interior. Las decisiones son tomadas solamente por la persona, más allá de los médicos; es necesario salir de la idea de que el médico es el dueño de la situación y pasar al nivel en que la persona entienda que la enfermedad es una parte de sí mismo y no su totalidad. Esa es una persona que tiene una enfermedad, pero no es una entidad enferma, sólo tiene una parte enferma.

Y cuando se le devuelva al paciente la responsabilidad de que él es el que decide, el que toma decisiones, ese será el momento en que la persona asuma involucrarse en su proceso de salud. Por eso entiendo que el trabajo del psicólogo es tan importante; juega un papel esencial en lo que refiere al ayudar a la persona a pensarse, a conocerse, a comprenderse. Ese es el punto de inicio en un proceso de curación en su totalidad.

Siguiendo con esta idea, si la persona deposita toda la confianza y le da la autoridad total al médico sobre su situación, va a hacer lo que él le diga, obedeciendo a esa autoridad. Un diagnóstico mal dado puede llegar a ser el peor pronóstico.

Después de haberme acercado a las diferentes producciones académicas en lo que refiere al proceso de enfermar y desarrollar el cáncer de mama, reflexiono sobre el porqué de esa enfermedad, que relaciona ese cáncer con esa zona puntual, en determinado momento de la vida de la mujer, quien además presenta diferentes condiciones previas de su existencia.

Cuestiono sobre el papel del pecho materno en lo que refiere a la sexualidad, género y reproducción, y en por qué es más frecuente que el cáncer de mama se desarrolle en las mujeres que en los hombres. ¿Será que se vincula con el sentimiento de desprotección, no sólo hacia ella sino que de parte de ella hacia otro? Porque si observamos a una mujer cuyo cáncer de mama implica a los ganglios, podemos percibir cierta imposibilidad para hacer el movimiento de brazos que pareciera ser de anidamiento, de abrazar, de contener. Y más si entendemos que la función biológica

principal de ese pecho materno es el de ser portador de la leche que nutre y permite crecer a su bebé, lo que implica protegerlo.

Por otra parte, el Psicólogo conductista Albert Ellis (1993) concluye que las emociones y conductas de una persona se entremezclan con sistemas de creencias y pensamientos, e interpretaciones que el resto de las personas realizan. Me pregunto sobre el efecto que podría tener en una mujer los pensamientos (aprehendidos) sobre el género femenino y el cáncer de mama en la mujer.

Por otro lado, al realizar este trabajo reflexiono sobre el concepto de resiliencia. Dicho término, del latín *resilio* (rebotar, saltar hacia atrás), tiene su origen en la metalurgia, empleado para referirse a la capacidad de algunos metales de recuperar su forma original luego de haber sido sometidos a gran presión y golpes. También es un término que se usa en Medicina para referirse a la capacidad que tienen los huesos de continuar su crecimiento luego de haber sido fracturados.

Es muy interesante el nuevo enfoque que se ha desarrollado en el campo psicosocial al introducir el concepto de resiliencia; hasta hace poco tiempo la atención estaba centrada en la enfermedad, en el síntoma, en los factores negativos que permitirían predecir los daños. El enfoque de resiliencia sirve como complemento a ese enfoque de riesgo, pues se le presta más atención a los factores positivos, a las herramientas personales (introspección, creatividad, imaginación, meditación, sentido del humor, amor, tener proyectos de vida, libertad interior), que la persona posee y que logra desplegar para sobreponerse a las experiencias trágicas, difíciles, angustiosas.

Lejos de tratarse de una resistencia activa y adaptación pasiva a lo que se está viviendo, se trata de un proceso en el que se toman los elementos positivos de un suceso percibido como estresante, amenazante –e incluso catastrófico-, y se lo entiende y vive como una experiencia enriquecedora.

Dentro de este concepto es importante la autoestima; el tener ideas positivas sobre uno mismo -no subestimarse, ver cómo se ha podido vencer obstáculos antes-, potencia el autoestima, hace que uno se sienta más fuerte emocionalmente. Se necesita ser conciente de que todos tenemos habilidades, conocimientos, destrezas que nos permitirán ser resilientes.

Sin embargo, dista mucho de la resiliencia y del superar una situación adversa (en este caso la enfermedad) la actitud víctima, el “yo no puedo”, “a mí me tienen que dar, proteger, cuidar”. Pero si es resiliente la actitud del “caminante”, que toma a los obstáculos como posibilidades, que no se resigna ante lo que está viviendo, que se plantea “Y ante esto, ¿cómo reacciono? ¿Qué puedo hacer?”.

Finalmente, pienso sobre qué movimiento vital esa mujer hace después de superado el cáncer de mama. ¿Qué pasa después de la enfermedad? Porque imagino que atravesar una situación de esa magnitud supone un antes y un después para ella, ya no es la misma persona. Se trata de otra dimensión de su propia vida, una dimensión de cambio, madurez, crecimiento, aprendizaje. Porque considero que parte del aprendizaje al atravesar distintos procesos patológicos- el cáncer de mama en particular- es el resignificar, cuestionar, repensar la vida.

CONCLUSIONES

El paradigma de la complejidad ha propuesto que los sistemas abiertos (seres vivos) funcionan de manera compleja, multidimensional, exponiéndose al caos, desorden, imprevistos, y poseyendo características que le son propias y hace único a cada sistema.

El proceso de salud-enfermedad no ha sido ajeno a esta forma de percepción, y de esta manera ha sido entendido desde diferentes enfoques integrativos.

La Psiconeuroinmunoendocrinología entiende que el ser humano va siendo resultante de experiencias previas, presentes y futuras, y que en su devenir convergen distintas dimensiones, como la biológica, cognitiva, psicoemocional-vincular, socioecológica y trascendental.

Es así que al momento de intentar comprender enfermedades como el cáncer, esas dimensiones han de ser tomadas en cuenta. Será en ellas que se podrá distinguir los distintos factores que inciden en el transcurrir de la vida de una persona, tanto los factores protectores (red social de sostén, buenas relaciones interpersonales, autoestima, autoconfianza, vivencias placenteras) como los de estrés (alexitimia, excesiva racionalidad, pensamiento operatorio, red social que no sostiene, ambientes negativos).

Mucho se ha investigado sobre la relación existente entre factores emocionales, estrés y el cáncer, y si bien no se ha logrado determinar con exactitud la incidencia de éstos en la génesis de esa enfermedad, se entiende que altera el desarrollo y desenlace de la misma.

Se ha comprobado la existencia de ciertos factores emocionales y rasgos de personalidad presentes en personas que desarrollan cáncer, siendo un factor de riesgo la represión de las emociones negativas y la racionalidad excesiva.

Se sabe que la vivencia de situaciones de estrés desajusta a la homeostasis, de forma que se da una constante activación de los sistemas de alostasis para poder recuperar ese equilibrio perdido. Cuanto más reiterativa e intensa sea esa activación, más vulnerable estará el sujeto a desarrollar enfermedades fisiológicas graves y crónicas como el cáncer.

Esto se debe principalmente al hecho de que frente estímulos estresores, en el organismo se desencadenan respuestas hormonales que inciden negativamente en el sistema nervioso, endocrino e inmunológico respectivamente.

El cáncer de mama es el más frecuente, constituyendo el 21% de los cánceres en la mujer y la primera causa de muerte por cáncer en la mujer en el mundo desarrollado.

Es muy temido porque se lo asocia con dolor y muerte. Sin embargo, su curso y desenlace dependerá en gran medida del estilo de afrontamiento de la persona.

Por esa razón es tan importante el concepto de neuroplasticidad, esa adaptación del sistema nervioso central a partir de experiencias vividas. Si esas vivencias son negativas para la persona, existe siempre la posibilidad de generar nuevas experiencias correctivas positivas, lo que impactará de manera beneficiosa en el proceso de salud-enfermedad.

Es importante también señalar que la neuroplasticidad presenta máxima flexibilidad durante la niñez, y se vuelve menos flexible a medida que la persona envejece. De esta manera, los circuitos neuronales son más fuertes cuanto más tempranas, intensas y crónicas sean las vivencias. La neuroplasticidad permite a la persona desarrollar respuestas más saludables y propiciar vivencias más placenteras.

La Epigenética plantea que existe una interacción constante entre el medio ambiente y los genes, y que el ambiente determina en gran medida la expresión genética. De esta forma, el sujeto es en gran parte responsable de su bienestar, al decidir su permanencia - o no - en ambientes negativos para él.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ader, R. , Cohen, N. & Felten, D. (1991) Psychoneuroimmunology: interactions between the nervous system and the immune system. Volumen 345. Pp 99-103
- Bonet, J. , Arias, P. , Arzt E., Costas M., Badaracco J., Luchina C., Moguilevsky, J. (1998) Estrés y procesos de enfermar. Editorial Biblos. Buenos Aires: Argentina.
- Cano, A. (2005) Control emocional, estilo represivo de afrontamiento y cáncer: ansiedad y cáncer. Psicooncología. Vol 2. Nº 1. Pp 72, 73, 74, 75, 76
- Campbell, J (1983) Ambient stressors. Environment and behavior. Vol 15.
- Chiozza, L (2010). Anexo gráfico de Cáncer: ¿Por qué a mí, por qué ahora? Fundación Luis Chiozza para el estudio psicosomático del enfermo orgánico. Versión digital.
- Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer (2017) Recuperado: <http://www.comisioncancer.org.uy>
- Cóppola, F. , Nadar, J. , Aguirre, R. (2005) Metabolismo de los estrógenos y cáncer de mama. Revista Médica Uruguay. Pp 15-22.
- Desaive, P & Ronson, A. (2008) Stress spectrum disorders in oncology. Volumen 20. Nº 4. Recuperado: http://journals.lww.com/co-oncology/Abstract/2008/07000/Stress_spectrum_disorders_in_oncology.6.aspx.
- Duval, F. & González, F. & Rabia, H. (2010) Neurobiología del estrés. Revista chilena de neuro-psiquiatría. Volumen 48, Nº 4. Pp 307-318. Santiago de Chile: Chile. Recuperado de SCIELO.
- Dubourdieu, M. (2008) Psicoterapia Integrativa PNIE. Integración Cuerpo- Mente- Entorno. Psicolibros. Montevideo: Uruguay.

- Dubourdieu, M (2010) Seminario I. Introducción a una comprensión integrativa PNIE. Diploma de perfeccionamiento profesional en integración en salud. Universidad Católica del Uruguay. Montevideo: Uruguay.
- Dubourdieu, M. (2013) La técnica de Biopsicoeducación como estrategia terapéutica. Material de SUPNIE. Recuperado:Google Scholar.
- Ellis, A. (1993) Cómo aplicar algunas reglas básicas del método científico a las ideas irracionales sobre uno mismo, otras personas y la vida en general. Psicología Conductual. Volumen 1. Nº 1. P 101.
- Franz, A. (1939) Emotional Factors in Essential Hypertension: Presentation of a Tentative Hypothesis. Psychosomatic Medicine Journal. Recuperado: http://journals.lww.com/psychosomaticmedicine/Citation/1939/01000/Emotional_Factors_in_Essential_Hypertension_.13.aspx
- García Bergua, A. (2008) El cerebro maleable. Revista ¿Cómo ves? Nº 118. Edición impresa. Recuperado: <http://www.comoves.unam.mx/numeros/articulo/118/el-cerebro-maleable>
- Gómez, B. , Escobar, A. (2003) Psiconeuroinmunoendocrinología: condicionamiento de la respuesta inmune. Revista Mexicana Neurociencia. Vol 4. Nº2. Pp. 83-87.
- Greer, S. & Morris, T. (1974) Psychological attributes of women who develop breast cancer: A controlled study. Volumen 19. Nº 2. Journal of Psychosomatic Research.
- Grossarth-Maticek, R. , Eysenck, HJ. (1990) Personality, Stress and Disease: Description and Validation of a New Inventory. Recuperado: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.2466/pr0.1990.66.2.355>
- Halperin, E.C (2004) Paleo-oncology: the role of ancient remains in the study of cancer. Perspect Biol Med. Vol 47 Nº1. Pp 1-14.

- Irwin, M. (1987) Immune and neuroendocrine changes during breavement. Estados Unidos.
- Juárez, D. & Landero, R. (2009) Variables psicosociales y salud en mujeres con cáncer de mama. SUMMA Psicológica UST. Vol. 6. Nº 2.
- Lacan, J. (1957) Seminario 5: Las formaciones del Inconsciente. Clase 3. Recuperado: <http://psicopsi.com/Seminario-5-Clase-3-del-20-Noviembre-1957>
- Lewontin, R. (2000) The Triple Helix: Gene, Organism and Environment. Harvard University Press, MA.
- McEwen, B. & Stellar, E. (1993) Stress and the individual. Mechanisms leading to disease. Archives of Internal Medicine. Volumen 153. Nº 18.
- McEwen, B. (1998) Stress, Adaptation, and Disease: Allostasis and Allostatic Load. Annals of the New York Academy of Science.
- Moguilevsky, J. (2005) Fisiología endócrina y de la reproducción. Buenos Aires: Argentina.
- Nogareda, S. (1999) NTP: 355 Fisiología del estrés. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales España. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. España.
[Recuperado:http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/301a400/ntp_355.pdf](http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/301a400/ntp_355.pdf)
- Núñez, L.M & col (2013) Asesoramiento Genético en Oncología: manual para la práctica clínica. 1era Edición. Instituto Nacional del Cáncer. Buenos Aires: Argentina.
- Perales-Montilla, C. & Duschek, S. & Reyes del Paso, A. (2013) Influencia de los factores emocionales sobre el informe de síntomas somáticos en pacientes en hemodiálisis crónica: relevancia de la ansiedad. Nefrología. Cantabria. Volumen 33. Nº 6. Madrid: España.

- Pert, C. (1999) *Molecules Of Emotion: The Science Behind Mind-Body Medicine*. Touchstone Edition. New York: USA.
- Pradier, S. (1995) Factores de pronóstico en cáncer de mama. *Revista Argentina de Mastología*. Volumen 14. Nº 43. Argentina.
- Rodríguez de la Fuente, O. (s/f) *Psiconeuroinmunología. La mente es cuerpo físico y el cuerpo es mente*. Recuperado: http://www.nuevagaia.com/548-vida_salud/psiconeuroinmunologia-la-mente-es-cuerpo-fisico-y-el-cuerpo-es-mente/.
- Ronson, A. (2006) *Stress and allostatic load: perspectives in psycho-oncology*. Volumen 93. Nº 3.
- Rose, G. (2001) Sick individuals and sick population. Volumen 30. Nº 3. Pp 427-432.
- Salaverry, O. (2013) Cancer etymology and its historical curious course. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. Vol 30. Nº1. Lima:Perú.
- Sklar, L. & Anisman, H. (1981) Stress and cancer. Volumen 89. Pp 369-406.
- Sociedad Americana del Cáncer. Página Web: www.cancer.org ¿Está bien así?
- Sterling, P. & Eyer, J. (1988) *Handbook of Life Stress, Cognition and Health. Allostasis: a new paradigm to explain arousal pathology*. University of Pennsylvania School of Medicine, Philadelphia. Editorial John Wiley & Sons. Estados Unidos.
- Uribarri, F. (1991) Entrevista a Pierre Marty. *Zona Erógena*. Nº 12. Recuperado de: <http://www.apra.org.ar>
- Winnicott (1956) Preocupación maternal primaria. Recuperado: <http://www.psicoanalisis.org/winnicott/preomapr.htm>

Zukerfeld, R. (1999) Psicoanálisis actual: tercera tópica, vulnerabilidad y contexto social. Revista Nº 2. Recuperado:
<http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000090&a=Psicoanalisis-actual-tercera-topica->

Zukerfeld, R. & Zonis Zukerfeld, R. (2011) Sobre el desarrollo resiliente: Perspectiva Psicoanalítica. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Recuperado:
<http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/clinicacontemporanea/cc2011v2n2a1.pdf>