



**Universidad de la República.
Facultad de Psicología.
TRABAJO FINAL DE GRADO.**

“Cáncer, una mirada desde la depresión”

Tutor: Asist. Mag. Mariana Zapata Neves

Revisor: Asist. Dr. Lisandro Vales

Estudiante: Sabrina Martínez Rodríguez. C.I: 4.506.299-0

E-mail: sabriimartinez@hotmail.com

Montevideo, Septiembre 2018

“El malestar emocional se está convirtiendo en el ‘sexto signo vital’, tan principal como la temperatura, la respiración, el ritmo cardíaco, la presión sanguínea o el dolor”
National Comprehensive Cancer Network

Resumen:

La elaboración del presente trabajo se realiza con la finalidad de conocer en mayor medida la incidencia del estado de ánimo depresivo en el transitar del cáncer.

Partiremos con la concepción de salud a lo largo del tiempo y los aporte de la Psiconeuroinmunoendocrinología (PNIE) para comprender el proceso de transición salud - enfermedad y como el estado de ánimo incide en el funcionamiento del cuerpo.

Autores como Arbizu (2000) nos aproximan a la aparición y evolución del cáncer relacionado a factores de índole psicológico, por otro lado la Organización Mundial de la Salud (2012) indica que el cáncer es una de las primeras causas de muerte a nivel mundial. Estos datos demuestran lo importante de una adecuada intervención, tanto en medidas preventivas como de acompañamiento en la transición de la enfermedad

Palabras claves: Psiconeuroinmunoendocrinología, depresión, cáncer.

Abstract:

The elaboration of this work is carried out in order to know more about the incidence of depressed mood in the transit of cancer.

We will start with the conception of health over time and the contribution of the Psychoneuroimmunoendocrinology (PNIE) to understand the process of health - disease transition and how the state of mind affects the functioning of the body.

Authors such as Arbizu (2000) approach us to the appearance and evolution of cancer related to factors of psychological nature, on the other hand the WHO indicates that cancer is one of the leading causes of death worldwide, these data demonstrate the importance of an adequate intervention, both in preventive measures as in the transit of the disease.

Keywords: Keywords: Psychoneuroimmunoendocrinology, depression, cancer.

Índice:

1 - Resumen.....	3
Abstract.....	4
2 - Elección del tema	6
3 - Introducción:	7
4 - Objetivos:	7
5 - Marco teórico:	8
- Salud - Enfermedad:	8
- Aportes de la PNIE a la comprensión del enfermar	8
- ¿Cómo incide el estado de ánimo en nuestro . cuerpo?	9
- Definición y Etiología del cáncer.....	14
- Depresión.....:	15
- Depresión en la transición del cáncer.....	16
- Etapas de la enfermedad oncológica y su transitar.....	19
- Síntomas.....	19
- Diagnóstico, temprano o avanzado.....	20
- Tratamientos	22
- Cambios en la subjetividad relacionados al tratamiento.....	23
- ¿Cómo intervenir? Psico-oncología en el siglo XXI	25
Psicología reactiva	25
Psicología proactiva	27
- La psico-oncología y la lucha contra el cáncer.....	27
6 -Conclusión.....	29
7 - Referencias bibliográficas	31

Elección del tema:

En los últimos años, el cáncer ha escalado dentro de las principales causas de muerte en el Uruguay, siendo su aparición un gran motivo de temor en la población.

En el 2017, he transitado por una práctica en el INCA; Instituto Nacional del Cáncer mediante una pasantía de la Facultad de Psicología, donde he contado con la posibilidad de trabajar tanto con pacientes con diagnóstico oncológico como con sus familiares y cuidadores.

El siguiente trabajo busca comprender desde la psiconeuroinmunología, cómo el estado de ánimo depresivo se manifiesta en paralelo al diagnóstico de cáncer y en las distintas etapas del tratamiento:

El recorrido de esta elaboración monográfica se inicia con la introducción al proceso enfermar, haciendo hincapié en el estado de ánimo depresivo en las diferentes etapas que transitan los pacientes con cáncer, partiendo del diagnóstico y las etapas del tratamiento propuesto.

Es mediante la psiconeuroinmunología (PNIE) que he decidido abordar el trabajo por su perspectiva integrativa, enfoque que nos permite comprender a la salud mediante la interrelación entre el sistema nervioso, el sistema endocrino, el sistema inmune y el entorno.

Introducción:

El padecer es parte de la vida de todas las personas, al igual que la transición entre la salud y la enfermedad, pero el modo en que este padecimiento es transitado, depende de la singularidad de cada persona.

Para llegar a un diagnóstico de cáncer, se deben presentar un conjunto de criterios establecido y estandarizados desde la medicina.

La interacción entre aspectos psicológicos y biológicos, son considerados como punto de partida para la elaboración de este trabajo, donde se busca comprender al padecimiento de pacientes con diagnóstico oncológico.

Luego revisaremos bibliografía que investigue sobre el estado de ánimo depresivo en pacientes con diagnóstico de cáncer, para comprender si este estado de ánimo incide desfavorablemente en la enfermedad oncológica.

El cáncer, es una enfermedad que genera mucha incertidumbre, sufrimiento y sobre todo miedo y temor a la muerte. La psico-oncología como especialidad clínica busca colaborar en la transición de la enfermedad para lograr en cierto modo una mejor calidad de vida de los afectados.

Objetivos:

El objetivo del siguiente trabajo es conocer en mayor grado, mediante los aportes de la Psiconeuroinmunoendocrinología la participación del estado de ánimo depresivo en el proceso de la enfermedad, y comprender si su presencia puede afectar o desfavorecer la rehabilitación de los pacientes.

Marco teórico:

Salud-Enfermedad:

La salud ha sido definida por la OMS en 1946 como “El estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, donde si bien se incluye lo social y psicológico, relaciona a la salud con el bienestar, lo que no siempre sucede, y a su vez, puntualizar “Completo”, excluye diferentes niveles de salud.

Milton Terris (1980) por otro lado, indica que: “La salud es un estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento y no únicamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.(Gavidia y Talavera, 2012, p. 170)

Más actualmente, autores como Briceño-León (2000), indican que “la salud es una síntesis; es la síntesis de una multiplicidad de procesos, de lo que acontece con la biología del cuerpo, con el ambiente que nos rodea, con las relaciones sociales, con la política y la economía internacional” (Alcántara, 2008, p. 95).

Cada proceso se encuentra relacionado, por lo que podemos deducir según los aportes de Alcántara (2008), que la salud se encuentra en la capacidad de controlar la interacción entre el medio físico, el espiritual, el biológico y el económico y social. (p. 95)

Aportes de la PNIE a la comprensión del enfermar:

Moscoso y Manolete (2010) refieren a la psiconeuroinmunoendocrinología (PNIE), como nuevo paradigma de comprensión a la salud, donde se promueve la relación directa entre la mente, el sistema nervioso, el sistema endocrino, y el sistema inmune, entendiendo que en condiciones normales, estos sistemas interactúan con armonía, preparando al cuerpo ante diferentes situaciones que pueden desequilibrar el organismo, pero cuando se presentan agentes estresores, o factores que influyen emocionalmente nuestro estado de ánimo, la interrelación de estos 4 sistemas se ve alterado, no pudiendo de forma óptima defender al cuerpo ante agentes patógenos (p. 7).

Por otro lado, y en coincidencia, Bonet desde una perspectiva histórica nos aporte que:

Existen paradigmas actuales que sostienen que los estímulos ambientales, nutricionales o de otro tipo durante períodos críticos del crecimiento y desarrollo tienen el potencial de “programar” en forma permanente la estructura y/o función de las poblaciones de células, órganos y sistemas del organismo; es decir, las condiciones ambientales experimentadas en los primeros años de vida pueden influir profundamente en la biología humana y, por lo tanto, en la salud o la enfermedad a largo plazo. La investigación actual evidencia el impacto del ambiente de la vida temprana en la aparición de enfermedades, y susceptibilidad en la vida posterior. (Bonet, 2016, p. 22)

Dubourdieu (2002), refiere a su vez que el modelo integrativo PNIE, permite replantearnos estrategias de evaluación diagnóstica, en tratamientos, como también en prevención e investigación: “El individuo es una unidad psicosomática, lo que nos lleva a la ruptura de falsas dicotomías: enfermedades físicas y psíquicas, somáticas y psicosomáticas” (p. 35)

¿Cómo incide el estado de ánimo en nuestro cuerpo?

Desde la antigüedad con Hipócrates (430-377 A.C.) se habla de la influencia del cuerpo en lo anímico, y del alma sobre el cuerpo, señalando al medio social como un factor clave en el desarrollo de enfermedades. Años después, Romero y Huesca (2011), refiere a la teoría de Galeno (130-210 D.C.): “La salud es posible cuando el cuerpo, entendido como un todo, consiga y mantenga un adecuado equilibrio” (p. 221), introduciendo en el mundo médico medieval la idea que las causas intrínsecas y extrínsecas de las enfermedades se relacionan a los humores y cualidad de los organismos e influencia del medio ambiente.

Desde los aportes de Salovey, Rothman, Detweiler & Steward (2000), nos acercamos a las diversas formas en que las emociones pueden influir en la salud de las personas: “Las experiencias emocionales pueden influir en la salud física mediante sus consecuencias fisiológicas, así como hacer al individuo más vulnerable a diversas enfermedades” (Barra Almagia, 2003, p 55).

Barra Almagia (2003) indica también que individuos expuestos a factores de riesgo fisiológico con un estado de ánimo negativo o de prolongado estrés, cuentan con mayor posibilidad de contraer malestar físico, que aquellos que cuentan con un estado de ánimo positivo: “Los estados anímicos pueden influir tanto en las percepciones de riesgo o vulnerabilidad, como en las expectativas de autoeficacia y por lo tanto en la búsqueda de atención médica” (p. 57):

En comparación con las personas con un ánimo positivo, los individuos que experimentan un estado anímico negativo se perciben a sí mismos como menos capaces de involucrarse en conductas de cuidado de la salud, y tienen menos confianza en que tales conductas serán eficaces (Salovey & Birnbaum, 1989). Por lo tanto, las personas que se sienten enfermas y que están experimentando un estado anímico negativo pueden encontrarse en una encrucijada. Por una parte ellas experimentaron sus síntomas como más frecuentes, intensos y molestos, pero por otra parte ellas creen que es poco lo que pueden hacer para sentirse mejor, por lo cual es menos probable que adhieran a las recomendaciones de tratamiento (Barra Almagia, 2003, p. 57).

Chiozza (2007), por otro lado, refiere a que las enfermedades en sí mismas no pueden ser identificadas como físicas o psíquicas, ya que conceptualizamos como físico todo aquello que logramos percibir con los sentidos, mientras que lo psíquico posee cualidad la significación (p. 53).

Cuando las personas enferman, sin importar que padezcan la misma enfermedad y trastornos, se presentan diferencias, Jenicke y Cleroux (1990) especifican que: “Algunas personas se recuperan con cierta rapidez de las mismas enfermedades y trastornos, siendo que a otras causan largos periodos de convalecencia” (Fusté-Escolano, 2010, p.23). Esta afirmación podría ser explicada desde la PNIE como efecto de la multicausalidad de la enfermedad, donde hay varios elementos que interactúan en la recuperación como podría ser una adecuada red de sostén, cambios significativos en el entorno que podrían ser productores de estrés, cambios de hábitos como alimentación, calidad del sueño, regulación emocional, etc.

Además, refieren a que: “Tampoco es extraño encontrar personas que a lo largo de su vida manifiestan sorprendente predisposición a padecer enfermedades, mientras que otras a pesar de estar expuestas a los mismos virus permanecen totalmente sanas”. (Fusté-Escolano, 2010, p.23).

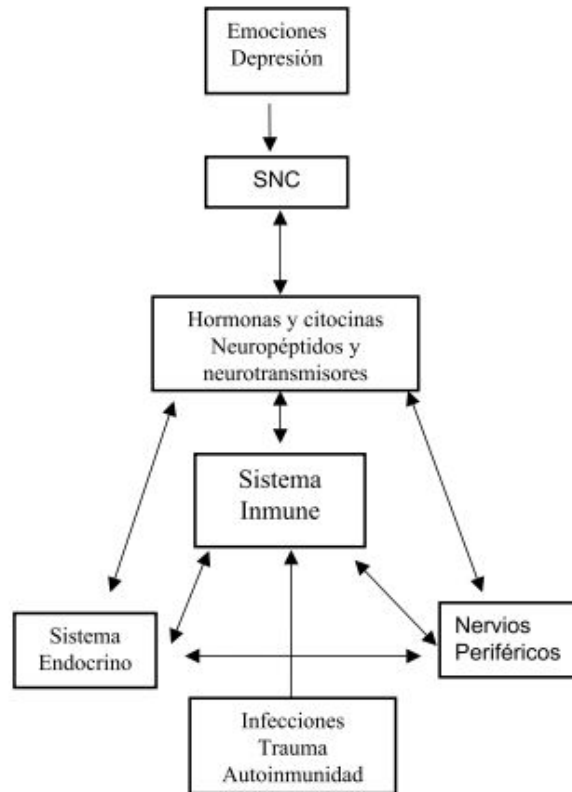
Ante esto, surge la pregunta ¿De qué depende que ante los mismos agentes patógenos, algunas personas enferman y otras no? o ¿En qué varía la capacidad de recuperación entre unas y otras?

La autora puntualiza en la existencia de un marcador genético que predispone a las personas al desarrollo de enfermedades, pero que este no es determinante único de su aparición, siendo fundamental comprender el papel que juega la personalidad ante la predisposición, desarrollo posterior, como su evolución y como esto es afrontado en todo su proceso (p. 23).

En relación a las diferencias en la predisposición a padecer enfermedades, debemos tener en cuenta los aportes de Bonet (2016), quien nos adentra al concepto de estrés temprano y el importante papel que este juega en el desarrollo de enfermedades, considerando que los primeros y últimos meses de la vida prenatal son “periodos ventana”, es decir, momentos de sensibilidad que producen modificaciones plásticas en el cerebro, sistema inmune, metabolismo o sistema hormonal que determinarán posibles déficits en el procesamiento emocional, sensorial; memoria y ansiedad, e inclusive modificaciones funcionales en los circuitos del estrés: por ejemplo, “Cuando decimos que el estrés y el trauma temprano influyen en el sistema del estrés, queremos decir que determina o “da forma” a cómo será la reacción de estrés en el futuro de ese sujeto” (Bonet, 2016, p. 7)

Es importante resaltar que, como indica Bonet (2016) la adversidad en la vida temprana, “da forma” al eje HPA, eje que interviene en la maduración de las vías emocionales y neuroendocrinas, pudiendo generar al largo plazo respuestas alteradas (p.8)

Para comprender en mayor medida la influencia del eje Hipotálamo-Pituitario-Adrenal, se presenta un breve resumen sobre la interacción entre el sistema nervioso central (SNC), el endocrino y el inmunitario:



Este esquema, presentado por Rafael Sirera et al (2006), refiere a que tanto el sistema nervioso central, como el endocrino y el inmunitario, se encuentran en interacción, siendo a través de la Psiconeuroinmunología que se estudia la interrelación entre los mismos. Ahora bien, en relación a la salud de las personas, dichos autores manifiestan que alteraciones inmunológicas pueden provocar efectos negativos en la salud, desde reducción en el efecto de vacunas, hasta generar desequilibrios hormonales, promotores de enfermedades y síndromes (p. 36)

El SI se encuentra modulado por el SNC, mediante una red bidireccional de señales entre los tres sistemas. Es aquí, donde el eje HPA y el SNA proporcionan dos rutas claves para la regulación del SI, los estresores pueden activar tanto el eje a Simpático-Adreno-Medular como el eje HPA y provocar la liberación de hormonas pituitarias y adrenales. De esta forma las hormonas inducidas por emociones negativas, inducen cambios en el sistema inmunológico. Estas hormonas pueden ejercer efecto sobre el SI, porque casi todas las células de este sistema, tienen receptores específicos para dichas hormonas. La modulación del SI se produce por dos mecanismos diferentes, por un lado la unión de las hormonas a sus receptores cognatos y por otro indirectamente a través de la desregulación del equilibrio que tiene que imperar en la producción de citocinas proinflamatorias. (Rafael Sirera et al, 2006, p. 38)

Rafael Sirera et al (2006), refieren a que el estado de ánimo es uno de los factores que pueden alterar el equilibrio de las citocinas, lo que puede generar efectos depresivos: “Ya sea directamente, por medio de la activación la hormona liberadora de corticotropina, o indirectamente, provocando resistencia de los receptores de glucocorticoides”

En resumen, el eje HPA es activado por la segregación de hormonas como la corticotrofina (CRF o CRH), la alteración en el ciclo de dicha segregación, puede generar afecciones a nivel de estrés en la persona, lo que en situaciones prolongadas puede generar alteraciones tanto fisiológicas como psicoemocionales y mentales. (Bonet, 2016, p. 14-17)

Una alteración en la función de los receptores de corticoides en el hipocampo y el hipotálamo determina que la señal del receptor sea deficiente, y de esa manera no funcione el mecanismo inhibitorio, o sea el frenado del eje HPA. Se produce así una respuesta hiperactiva de estrés, que es un factor de riesgo para la depresión mayor. En este mecanismo, el eje HPA tiene un rol central en la regulación de los sistemas que van a responder adecuadamente o no a los estímulos estresantes y ambientes adversos.(Bonet, 2016, p. 16)

¿Por qué enfocarnos desde la PNIE para comprender el proceso de transición salud - enfermedad?

La PNIE, aporta Marquez Lopez Mato (2004) estudia la enfermedad como ruptura de un sistema que afecta el todo, no entendiendo a la misma, solamente en un sentido biológico estricto. “La PNIE viene a intentar el rescate de la unificación del organismo humano como un sistema holístico con constantes cambios adaptativos y en permanente interacción consigo mismo, con sus congéneres, con las otras especies y con el medio circundante”, (p. 11)

“Partimos de la concepción del ser humano como unidad biopsicosocial. Al tratarse de una unidad, de un sistema, todo lo que le ocurra implica sus áreas biológicas, psíquica y social”. (Dubourdieu, 2002. p. 167).

Dubourdieu refiere al ser humano como unidad psicosomática y como un sistema abierto, que forma parte de sistemas mucho más complejos, siendo necesario que su abordaje integre los aportes de las distintas miradas que buscan comprender cómo los componentes biológicos, psicológicos, sociales y espirituales se conjugan: “La

PNIE plantea la multifactorialidad y se aleja de una concepción de causalidad lineal psicogénica u organogénica, de una visión reduccionista en el estudio de los fenómenos de salud y enfermedad” (Dubourdieu, 2002, p. 167)

Definición y etiología del cáncer:

Según datos brindados por la Organización Mundial de la Salud, el cáncer es una de las primeras causas de muerte a nivel mundial; en 2012 se le atribuyeron 8,2 millones de muertes, siendo el cáncer de pulmón, hígado, estómago, colon y mama los que generan mayores niveles de defunción.

Cáncer es un término genérico que designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo; también se habla de tumores malignos o neoplasias malignas. Una característica definitoria del cáncer es la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos, un proceso que se denomina metástasis. Las metástasis son la principal causa de muerte por cáncer. (OMS, 2012)

Las células normales se dividen y mueren durante un periodo de tiempo programado, la célula cancerosa o tumoral “pierde” la capacidad para morir y se divide casi sin límite pudiendo formar masas, denominadas “tumores” o “neoplasias”, que en su expansión pueden destruir y sustituir a los tejidos normales. “Algunos cánceres pueden no formar tumores, como sucede típicamente en los de origen sanguíneo. Por otra parte, no todos los tumores son “malignos” (cancerosos). Hay tumores que crecen a un ritmo lento, que no se diseminan ni infiltran los tejidos vecinos y se los considera “benignos”” (Sociedad Española de Oncología Médica, 2017)

SEOM aporta también que aunque el riesgo de desarrollar cáncer ha aumentado, afortunadamente el riesgo de mortalidad por cáncer ha ido disminuyendo de forma considerable en las últimas dos décadas; Es gracias a las técnicas de screening poblacional o cribado que cada vez se detectan más tumores en estadios precoces sin que hayan dado lugar a síntomas y por lo tanto con unos resultados mucho mejores. Las manifestaciones derivadas de la presencia del tumor pueden ser muy

variadas, desde un bulto de rápido crecimiento, tos o ronquera persistentes o sangrado digestivo. Conviene recordar que la gran mayoría de estos signos o síntomas son comunes con otras enfermedades (más leves en general). Por lo tanto dependiendo de los síntomas se realizarán un determinado tipo de pruebas encaminadas a realizar el diagnóstico.

En Uruguay, los datos obtenidos por La Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer ante el periodo 2007 - 2011, revelan que el Cáncer de Próstata es el más frecuente en los hombres (con 6.168 afectados) pero sin embargo es el cáncer de pulmón el que ha generado el mayor nivel de muertes en el país, siendo 4.483 los pacientes fallecidos por esta enfermedad. Por otro lado, los resultados que refieren a las mujeres indican que han sido 7113 las pacientes con Cáncer de Mama, siendo la tasa de mortalidad de un 28,8%.

Estudios demuestran grandes cambios en tratamientos y resultado, “Cada año se curan más pacientes con distintos tipos de cáncer y afortunadamente se cuenta con más largos supervivientes (pacientes curados que ya no reciben tratamiento y que al menos ha transcurrido un periodo de cinco años desde el diagnóstico) “ (SEOM, 2012, p. 5).

Ante esto surgen las siguientes interrogantes: ¿Cómo ha impactado esto en los pacientes?, ¿Se ha logrado conciliar un perspectiva menos negativa ante el diagnóstico y tratamiento oncológico?

Depresión:

Desde los aportes de la OMS (2017) se considera un padecimiento frecuente en todo el mundo, donde son millones de personas las afectadas. No obstante, si bien es un trastorno definido, la forma de afección en cada persona varía según su estado de ánimo, y las respuestas emocionales que las personas puedan presentar ante las diferentes circunstancias de la vida.

En la nota brindada por la organización se indica también que la depresión puede convertirse en un problema de salud grave, principalmente cuando es de larga duración y es de presencia intensa, siendo que puede alterar inclusive las actividades cotidianas: laborales, escolares y familiares. Cada año se suicidan cerca de 800.000 personas, siendo este la segunda causa de muerte del grupo etario de entre 15 a 29 años y Si

bien existen tratamientos para intentar contener a estas personas y ayudarlos en la mejoría, entre el 50% y 90% de los afectados en todo el mundo no recibe estos tratamientos, ya sea por falta de recursos, falta de personal capacitado o por estigmatización de los trastornos mentales y su correspondiente evaluación clínica.

La depresión se caracteriza por una combinación de tristeza, desinterés por las actividades y merma de la energía. Otros síntomas son: pérdida de la confianza y la autoestima, sentimiento injustificado de culpabilidad, ideas de muerte y suicidio, menor capacidad de concentración, y la aparición de trastornos del sueño y la alimentación. (Alcántara, 2012, p. 106)

Navas y Zapata (2009), han ahondado en la relación de la depresión sobre las funciones inmunológicas, indicando ser también de influencia el sexo, edad, estado ambulatorio y severidad de la depresión, factores claves para la repercusión en este sistema (p. 245). En relación a hallazgos médicos inmunológicos más importantes en los pacientes deprimidos, refieren a que “Maes y col, hallaron en pacientes con síndromes depresivos, un aumento de la actividad anti fosfolipídica, por lo que postulan que altos grados de depresión tendrían una relación con la autoinmunidad. A su vez mencionan que muchas enfermedades autoinmunes suelen cursar con episodios importantes de depresión.(p. 246)

Depresión en la transición del cáncer:

El Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos, NIH, alega a la imposibilidad de saber con exactitud la procedencia o desencadenantes del cáncer, pero sí su investigación ha proporcionado algunos factores de riesgo que puede incidir negativamente en el desarrollo de esta enfermedad. También menciona que si bien algunos factores de riesgo es posible evitarlos, no hay posibilidad de asegurar la abstención de la enfermedad por esta evitación, así como que aquellas personas con mayor exposición contraigan cáncer. Algunos de los factores referidos son: el consumo de alcohol, tabaco, dietas inadecuadas, elevada exposición a la luz solar, radiación, entre otros (NIH, 2015, párr. 5)

Por otra parte, El National Cancer Institute (NCI) estima que la depresión afecta a una proporción de entre un 15% a 25% de los pacientes con esta enfermedad. En un elevado porcentaje de casos se observan síntomas depresivos en las primeras semanas tras el diagnóstico de cáncer.” (2015, p. s/r)

Arbizu (2000), nos aproxima a la aparición y evolución del cáncer relacionado a factores de índole psicológico, donde refiere a la influencia de la conducta humana en el desarrollo del cáncer:

Hay una influencia clara de la conducta humana en la aparición del cáncer; la incidencia de la enfermedad se reduciría considerablemente si aumentaran las conductas de salud. Asimismo se discute la influencia de la personalidad en la evolución de la enfermedad. (Arbizu, 2000, p. 173)

Vissoci, Odebrecht y Kaminami (2004), refieren a que se presenta un gran vínculo entre lo psicológico y lo fisiológico; “La activación persistente del HPA, como respuesta crónica ante el estrés y depresión, afecta la respuesta inmune, contribuyendo muchas veces al desarrollo y progresión de algunos tipos de cánceres” (p. 617) A partir del estrés crónico se produce una carga alostática que inhabilita al organismo a responder llegando a la fase de agotamiento. Como lo señala Dubourdieu et Nasi (2017) el abuso de los sistemas de alostasis y de las respuestas de estrés , producirá una carga alostática o esfuerzo y desgaste con fallas en los mecanismos de autorregulación.(p.36)

Si bien, Arbizu (2000) refiere a que: “El comportamiento humano determina un gran número de cánceres, de forma que en un 80% de ellos se da una contribución ambiental que determina su aparición o curso” (p. 174), no se presentan mayores investigaciones científicas que avalen dicho porcentaje.

Este autor nos adentra también a la importancia de la prevención, siendo que el control de los hábitos de riesgo y mejora en los estilos de vida saludables: “Pueden salvar más vidas que todos los procedimientos de quimioterapia existentes”, ejemplificando por ejemplo que “el tabaco causa el 30% de todos los cánceres (80% de los cánceres de pulmón)”. (Arbizu, 2000, p. 175)

Adentrando a lo vincular, el autor indica que: “Las personas que tienen pocos o escasos lazos sociales presentan menor frecuencia de conductas preventivas, llegan con un nivel más avanzado de enfermedad, presentan menos adherencia al tratamiento y el impacto de la enfermedad es mucho más estresante”. (Arbizu, 2000, p. 175)

Todas las personas nos encontramos expuestas de forma permanente a cientos de estímulos, vivencias, y sentires que resignifican nuestras formas de ser y pensar. ¿Qué sucede cuando nos enfrentamos de cerca a enfermedades como el cáncer?

Cano (2005), refiere a que la mayoría de las personas consideran que hablar de cáncer significa hacer referencia a graves enfermedades, altamente agresivas, con tratamientos invasivos, que poseen gran posibilidad de generar importantes disfunciones o inclusive la muerte. El diagnóstico de cáncer tiende a generar en la mayoría de las personas instancias de depresión y estrés, tanto para quien la padece como en los seres cercanos, siendo que como afección dependiendo del paciente y su entorno es como es incorporado y valorado. (p. 71)

La valoración del suceso como una pérdida importante (de salud, de bienestar psicológico, de esperanza de vida, etc.) tenderá a producir una reacción de tristeza, que puede desencadenar en depresión. Ambas reacciones emocionales pueden llegar a desembocar en ciertas patologías, como trastornos en el estado de ánimo. (Cano, 2005, p. 71)

El autor, alude también a una importante revisión llevada a cabo por van't Spijke (1997), donde los resultados de este estudio sugieren que en buena medida la depresión depende de la emocionalidad negativa previa (o característica del sujeto) y del apoyo social recibido. (Cano, 2005, p. 74)

Cieslak *et al.* (2013), “Las estrategias de afrontamiento en personas con cáncer, hacen referencia al proceso de adaptación mediante el cual se utilizan procesos cognitivos y comportamentales con los que intentan cambiar la situación, en cuanto a su función instrumental; así como de ajustar sus emociones orientándose a encontrarle un sentido a la enfermedad, hacerle frente a la impotencia e incertidumbre, a las dificultades para alcanzar objetivos de vida y a los cambios físicos y psicológicos” (Ortiz, 2013, párr. 7)

En relación a esto, comprendemos que si bien la enfermedad genera un conjunto de emociones en la persona, muchas veces su intensidad o moderación depende directamente de la conformación emocional en su historia de vida, siendo aquí nuevamente importante puntualizar no solo la influencia previa de los estados emocionales a la aparición de enfermedades, sino también el papel que juegan en la aceptación y transición del tratamiento;

“La depresión disminuye el cumplimiento con la terapia, incrementa la duración de la estancia hospitalaria, disminuye la calidad de vida y limita la posibilidad de cuidar de uno mismo”. (Rodríguez, 201, párr. 17)

Es importante referir también a otras investigaciones, como la realizada por Gaviria et al. (2007), donde se indica que los pacientes con diagnóstico de cáncer, que se encuentran en tratamiento médico, no evidencian síntomas clínicos de depresión, inclusive en el transcurso de la enfermedad indica que no se presentan cambios al respecto (Ortiz, 2013, párr. 9)

La depresión está infradiagnosticada en los pacientes oncológicos, quizá por la creencia de que "es normal que estén tristes". Solamente se identifican entre el 10 y el 33% de los pacientes con cáncer como deprimidos. Diagnosticar depresión mayor en pacientes oncológicos puede ser un reto, ya que se solapan síntomas de la enfermedad con los efectos secundarios de sus tratamientos (pérdida de apetito, de peso, trastornos del sueño, fatiga, pérdida de energía, dificultad de concentración, retardo psicomotor) con los síntomas propios de la depresión. (Rodríguez, 2015, párr. 18)

Etapas de la enfermedad oncológica y su transitar:

- Síntomas:

“Toda enfermedad y el mismo hecho de enfermar tienen aspectos psicológicos y sociales que influyen en la aparición, manifestación, curso y pronóstico, por lo que es muy importante tratar de establecer relaciones entre aspectos psicológicos, sociales y biológicos como desencadenantes de una enfermedad, más que una relación única de causa-efecto” (López, 2007, párr. 2)

López (2007), también refiere a que: “Enfermar supone enfrentarse a un mundo hasta entonces desconocido y negado. Todo individuo cuando enferma experimenta una serie de reacciones emocionales ante la enfermedad que el médico debe considerar.” (párr. 3)

Ya desde el momento de presenciar malestar, de no saber que sucede, y principalmente los síntomas son prolongados generando la necesaria consulta médica, nos enfrentamos a lo desconocido, al escenario de no saber qué sucede, por lo que además de los posibles factores biológicos y psicológicos desencadenantes de la posible enfermedad, el paciente se encuentra con gran incertidumbre, y miedo relacionado a los posibles diagnósticos:

Sierra (2003) menciona los aportes de Marks (1986) indicando que: “Si bien la ansiedad se destaca por su cercanía al miedo, se diferencia de éste en que, mientras el miedo es una perturbación cuya presencia se manifiesta ante estímulos presentes, la ansiedad se relaciona con la anticipación de peligros futuros, indefinibles e imprevisibles” (p. 15).

Es por esto necesario la comprensión total de la persona, no excluir el padecer físico del psicológico, ya sea que este sea factor desencadenante o agravante de síntomas para poder entender y contener los síntomas, siendo necesario que desde una perspectiva médica se brinde el diagnóstico, acompañado por la atención psicológica.

Cuanto menos avanzada la enfermedad, mayores posibilidades de cura, generando esto un impacto directo en la percepción y transición de la enfermedad. Es imprescindible la aplicación de métodos de detección temprana de enfermedades como el Screening o Cribado para así abordar cuanto antes la enfermedad, evitando su aparición o atendiendo cuanto antes sus síntomas y así aumentar la posibilidad de resultados positivos ante tratamientos.

- Diagnóstico, temprano o avanzado.

Luego de transitar el malestar y ansiedad relacionado a los síntomas, cuando se confirma el diagnóstico, se presenta un nuevo estado de incertidumbre en el paciente, relacionado a creencias e ideas sobre el cáncer, y por otro lado, lo relacionado a temores ante el tratamiento y sus posibles resultados. Por lo que nuevamente se

presenta la necesidad de una buena comunicación y contención ante el diagnóstico, siendo sumamente necesaria la atención psicológica ante el paciente.

Ante el diagnóstico, el primer paso es comunicarlo. Cruzado Rodríguez (2013), en su manual de Psicooncología, refiere a lo necesario de una buena comunicación entre médico- paciente, siendo que esto tiene una gran incidencia en la adhesión al tratamiento, aumenta las expectativas positivas en el tratamiento y resultados, reduce síntomas por ejemplo de ansiedad por falta de información o incertidumbres, entre otros aspectos:

Las habilidades clínicas de comunicación generan una relación de confianza que permiten obtener del paciente información clínica relevante, así como conocer sus necesidades y preocupaciones que faciliten hacer diagnósticos precisos, evitar malos entendidos y ser eficientes en la gestión del tiempo. (Cruzado Rodríguez, 2013, p.55)

Die Trill (2003), refiere a que el primer miedo del paciente ante el diagnóstico de cáncer (por más favorable que sea) es perder la vida, por lo que la forma en que se afronta y el estado de ánimo del paciente ante el tratamiento propuesto va variar en primer instancia de su personalidad, red apoyo e historia de vida, pero también hay un gran protagonismo en la atención médica-psicológica desde el primer momento, cómo se notifique y el nivel de comunicación que el paciente sienta con su médico tratante (Die Trill, 2003).

La OMS (2016) indica que cuando el cáncer se diagnostica de forma temprana, se presentan mayores posibilidades de que el tratamiento sea eficaz y que la probabilidad de supervivencia aumenta, pero cuando la enfermedad se diagnostica de forma avanzada, no siempre es posible administrar un tratamiento curativo, pero si muchas veces pueden elaborarse programas que permitan contener o apaciguar la enfermedad.

En relación a esto Hernández et al (2012) indica que “Una adecuada y temprana detección aumentaría el número de pacientes que pueden beneficiarse de los recursos psicológicos ya disponibles en muchas instituciones, mejorando la adherencia al tratamiento médico, y dotando al paciente de estrategias de afrontamiento y de cambio, así como favorecer el tratamiento de sus posibles trastornos psicopatológicos o su

sintomatología, para mejorar su evolución clínica, y la calidad de su vida”. (Hernández, 2012, p. 249)

El autor a su vez refiere a que “Se sabe que los problemas psicológicos pueden ser causa de complicaciones físicas, y afectar de modo adverso al estado general de la persona que los padece; es decir, un problema psicológico como la depresión es un riesgo añadido para la salud del paciente, quien disminuye o realiza con dificultad las actividades diarias de dieta, ejercicio y sueño, y puede incluso abandonar el tratamiento activo”. (p. 237)

Desafortunadamente, en muchas instituciones se requiere al psico-oncólogo sólo al presentarse malestar severo, y no desde el primer instante, ante esto, comprendemos que es ignorado que: “La presencia de problemas de salud mental hace que estos pacientes requieren más servicios médicos, tengan más dificultades a la hora de tomar decisiones, sean menos adherentes a sus tratamientos y estén menos satisfechos con los cuidados médicos” (Hernández et al, 2012, p. 237)

A su vez, “la falta de valoración de las necesidades psicológicas de los pacientes con cáncer, implica un mal uso de los recursos asistenciales; por ejemplo, que los sanitarios sólo envíen al paciente al psicólogo, o al psiquiatra, cuando ven que el paciente está severamente ansioso o deprimido, o aparecen ideas autolíticas, o cuando ya tiene un alto nivel malestar emocional y se manifiestan conflictos familiares, o bien, simplemente, cuando el cáncer está muy avanzado y el médico se ve en la difícil situación de comunicar a los pacientes que se han agotado los tratamientos activos” (Hernández et al, 2012, p. 237)

- Tratamientos.

Los pacientes experimentan un número importante de reacciones emocionales antes y después de procedimientos médicos, que pueden ser de ansiedad (producida por miedo al deterioro físico, dolor o incertidumbre ante el futuro), o de depresión o problemas de adaptación (según las expectativas que tuviera cada individuo) o de rebeldía (frente a un destino no deseado). Lo más común es que se tenga miedo a lo desconocido, al dolor, a la posibilidad de tener una enfermedad incurable, a la destrucción del cuerpo o a la pérdida de autonomía o miedo a la muerte. (López, 2007)

Los tratamientos son asignados dependiendo del tipo de cáncer y su avance, además pueden ser administrados de forma individual o grupal.

En resumen, algunos de los diferentes tipos de tratamientos detallados por American Cancer Society (2016) son: La cirugía, puede ser realizada para extraer un tumor canceroso, extirpar alguna parte o completamente la parte afectada del cuerpo.

- La quimioterapia, es el uso de medicamentos para matar las células cancerosas o para reducir su crecimiento, algunos tipos de quimioterapia se pueden administrar por vía intravenosa y otros consisten de píldoras.
- Radioterapia es utilizada para “matar o disminuir” el crecimiento de las células cancerosas.

Ortiz (2013) indica además que: “Existen otros tratamientos menos conocidos como la terapia fotodinámica, la terapia hormonal y la terapia biológica o inmunoterapia” (párr. 5)

Es muy importante tener en cuenta que “La depresión es uno de los problemas emocionales más frecuentes en pacientes con cáncer; Debido a la evolución de la enfermedad, varios síntomas físicos presentes en los pacientes se pueden yuxtaponer y confundir con los síntomas que permiten identificar de manera taxonómica la depresión, lo cual dificulta la evaluación del problema”. (Landa Ramírez et al, 2014, párr. 1)

El autor refiere a su vez, que si bien la depresión puede ser diagnosticada como un trastorno, la mejor manera de evaluar la depresión en esta población es por medio de la condición emocional del paciente, apoyándose en menor medida en los criterios somáticos de la depresión. (Landa Ramírez et al, 2014, párr. 6)

Una investigación realizada por Pinquart y Duberstein (2010), concluye a que como parte del tratamiento; El cribado de la depresión debe realizarse de forma rutinaria, se deben considerar las derivaciones a especialistas en salud mental, y también se especifica que es necesario continuar investigando sobre si el tratamiento de la depresión podría, más allá de mejorar la calidad de vida, extender la supervivencia de pacientes con cáncer con estado de ánimo depresivo (párr. 4)

Cambios en la subjetividad relacionados al tratamiento:

Die Trill (2013), refiere a que el adulto presenta muchas veces cierta pérdida de identidad en relación al antes de estar enfermo: “Los síntomas, la hospitalización, el deterioro secundario a los tratamientos, la baja laboral y el cese temporal en el desempeño de roles familiares, sociales, académicos, en el tiempo libre o deporte”, generando cuestionamientos al estado de enfermedad, y la pérdida “de lo que podía soportar” (p. 104).

Esto genera pérdida de control relacionada a lo que nuestra voluntad desea, los efectos y consecuencias del tratamiento oncológico limitan muchas veces al paciente a realizar acciones que anteriormente podía llevar a cabo sin dificultad. A partir de los tratamientos se experimenta también cambios en el cuerpo e imagen corporal, que remite a inseguridad en los pacientes generando cierta pérdida de confianza en la imagen de sí mismo, afectando su deseo del vínculo o en experiencias sexuales.

Este mismo autor, diferencia en su manual de psico-oncología diferentes modos de acercarnos y contener al paciente, sugiriendo que lo mejor es reconocer al enfermo y su estado emocional, acompañarlo desde allí como andamio necesario para sustentar la fortaleza que el paciente pierde por haber perdido la relación que hasta entonces podía mantener, adaptativa y pacífica con su propia autoimagen. Aludiendo además lo negativo de intentar devolverle al paciente la imagen de optimismo o de que “no pasa nada tan grave” cuando este se encuentra desalentado por los cambios experimentados en el cuerpo y en su imagen, constituye una vía directa para que el paciente aumente su percepción de soledad y de sentirse incomprendido por los otros.

Otros autores como Pérez Cárdenas (2005), alegan al negativo estereotipo sobre el cáncer:

Existen prejuicios y creencias en la población que hacen más difícil la aceptación de la enfermedad por parte del individuo al que se le diagnostica, así como a su evolución, lo que generalmente hace que sea visto por los que lo rodean y por sí mismo, cuando tiene algún conocimiento de su diagnóstico, como un condenado a muerte. Es una enfermedad que crea y fomenta el terror y es concebida como un símbolo de dolor, desgracia y aislamiento.

Ya en tiempos anteriores, autores como Massie & Popkin (1998) también refieren a la influencia del estigma social:

La elevada tasa de depresión en cáncer puede deberse al estigma, temores, percepciones y síntomas asociados con la enfermedad. Para la mayoría de personas, el temor principal es morir de manera dolorosa; a esto se suma el temor de volverse incapaces y dependientes, tener alteraciones en su apariencia, experimentar cambios en las funciones de su cuerpo y perder la compañía de las personas allegadas. Todas estas respuestas normales ante una crisis de este tipo se asemejan a las descritas ante pérdidas. (Valencia, 2006, p. 242)

Es evidente, lo necesario de trabajar con el paciente pero también con el entorno social que como red de apoyo es imprescindible para el sostén del mismo, siendo necesario apuntar al reconocimiento de la situación, y desde allí generar el soporte necesario para que el paciente se sienta aceptado, y valorado.

¿Cómo intervenir? Psico-oncología en el siglo XXI: Por Jennifer Middleton

“Un virus puede ser la causa bioquímica, pero si lo que ha permitido el desarrollo del cáncer, es decir, la etiología básica, reside en la psique, sólo puede producirse la curación si se conoce esta etiología” Maturana (1984). “Hay que llegar al convencimiento de que el tejido canceroso no es en sí mismo el problema que debe resolverse, sino que lo importante es la aberración que ha permitido la existencia de un medio favorable para la enfermedad” (Middleton, 2002, p. 1).

Ante la necesidad de comprender la enfermedad desde los múltiples factores que pueden originarla o bien, participar a lo largo del diagnóstico/ tratamiento, surge la psico-oncología para brindar atención tanto al paciente, como a su familia y al equipo. Es necesario reconocer, que si bien desde tiempos anteriores, psicólogos han estado trabajando en el área, es recién en la década de los 80 que la psico-oncología es reconocida como una rama, momento en que se funda la International Psychooncology Society (1984).

La autora refiere también a que luego de 23 años trabajando con pacientes oncológicos, han podido constatar que una postura activa por parte de los pacientes es parte fundamental en el proceso de recuperación o prolongación de la vida. A su vez,

luego de presenciar repetitivas características y denominadores comunes en estos pacientes, considera posible poder realizar una prevención primaria real y no sólo una detección precoz de la enfermedad. (Middleton, 2002, p. 3)

Psicología reactiva:

“El campo de acción de la psico-oncología reactiva es enorme y permite al psico-oncólogo apoyar al paciente de cáncer desde su diagnóstico hasta su recuperación o muerte, a la familia durante todo este proceso, acompañándola si es necesario en la elaboración del duelo, y al equipo oncológico, permitiéndole una mayor coordinación e integración” (Middleton, 2002, p.3)

Con respecto al paciente, al recibir el diagnóstico siente que se le detiene la vida abruptamente, queda invadido y paralizado por terribles temores, está desorientado y perdido entre múltiples opciones. Esta persona requiere ser apoyada inmediatamente por un equipo multidisciplinario, y no esperar a que haga crisis de angustia o caiga en un estado depresivo. (Middleton, 2002, p. 3)

Cualquiera de estas situaciones intensifica el problema, haciendo más difícil lo efectivo del tratamiento. Cáncer, sinónimo de muerte, de dolor y de desesperanza es lo que muchos pacientes piensan o sienten a la hora de enfrentar el diagnóstico, por eso es tan importante la presencia del psico-oncólogo, para ayudar al paciente y su familia, afrontar la situación desde el primer momento, intentando así disminuir los agravantes negativos de la enfermedad.

Los médicos parecen desconocer el potencial de trabajo de un psico-oncólogo y con frecuencia no recurren a él hasta que el enfermo está en crisis o cuando sienten que la proximidad de la muerte a ellos los desborda o no saben cómo tratar este tema con el paciente o la familia. (Middleton, 2002, p. 3)

Es importante que los profesionales puedan acudir a un psicólogo especialista en cáncer, pero más importante que hacerlo en una situación límite, es permitir la presencia del profesional en todo el proceso, para intentar evitar así situaciones border como por ejemplo un cuadro depresivo, o al menos intentar contenerlo, para hacer de la afección lo menos negativa posible. La autora también comenta:

En el ejercicio de la psico-oncología reactiva, es frecuente recibir pacientes en etapas avanzadas de la enfermedad. Por un lado la familia necesita un apoyo y guía para tratar al paciente y tolerar mejor la tragedia que están viviendo, por otro, el paciente está dispuesto a recibir cualquier ayuda que le alivie y, por último, muchas veces el médico tratante acepta la presencia del psicólogo aunque no entienda la utilidad, presionado por la familia y el paciente que están desesperados y piden cualquier ayuda que les alivie. Basta decir que una persona que entra relajada y bien preparada a una cirugía, se recuperará más pronto, procesará mejor las eventuales mutilaciones y se re-insertará antes en su vida familiar, social y laboral. Lo mismo ocurre con una adecuada preparación a la quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia, etc. (Middleton, 2002, p.3)

Psicología proactiva:

Término acuñado por Jens Bücher en el Centro de Desarrollo de la Persona.

La premisa de la “Psicología Proactiva” creada por Bücher y referida por Middleton hace referencia a que una persona vuelve a ser sana cuando flexibiliza los “filtros”; denominan así los modelos, experiencias, roles, mandatos e imposiciones que componen al sujeto. Estos filtros “Impiden ser inocente” generando por ejemplo stress lo que se desencadena en una enfermedad. Al flexibilizar dichos “filtros” la persona se reencuentra con su íntimo modo de ser, su integración emotiva, su entusiasmo vital y autonomía, lo que va permitir que sea una persona sana nuevamente.

“Una y otra vez hemos constatado que, personas con malos pronósticos que hacen cambios profundos, muchas veces recuperan su salud y, como otras, con mejores pronósticos, que no están dispuestas a hacer cambios, vuelven a hacer una recurrencia.” (Middleton, 2002, p4)

La psico-oncología y la lucha contra el cáncer:

A lo largo del presente trabajo se ha referido al labor del psico- oncólogo en relación a pacientes con diagnóstico oncológico, pero esta especialidad clínica también interviene en instancias preventivas.

Llantá Abreu (2000), nos adentra a diferentes escenarios donde esta disciplina cuenta con un gran aporte para la prevención y lucha contra el cáncer:

Es primordial la intervención del psicólogo ante la promoción de estilos de vida saludables ya que el comportamiento de las personas puede influir en la aparición y desarrollo del cáncer: “La adopción de estilos de vida saludables puede salvar más vidas que cualquier tratamiento onco-específico” (Llantá Abreu, 2000, p. 4)

Uno de los factores esenciales ante la prevención es la realización de autoexámenes y controles clínicos, por lo que la correcta creación y difusión de medidas de autocuidado y programas de pesquiasaje son esenciales.

La evaluación y tratamiento integral del paciente con cáncer y su familia, incluyendo los aspectos psicológicos, puede disminuir el impacto emocional de la enfermedad independientemente del estadio evolutivo en que se encuentre la enfermedad. Además, los autores refieren a que:

Eliminando distorsiones cognitivas y creencias irracionales en población sana y en riesgo, que contribuyan a “desestigmatizar” el cáncer como enfermedad incurable, que conduce inevitable e irremisiblemente al dolor, el sufrimiento y la muerte y a modificar la connotación psicosocial de esta enfermedad, contribuye en considerable medida al incremento del tiempo de decisión de búsqueda de atención médica cuando surgen los primeros indicios de la enfermedad. (Llantá Abreu, 2000, p.5)

Además, el psico-oncólogo también interviene en la preparación del paciente y familia cuando la muerte es inevitable y el paciente se encuentra en etapa terminal. Inclusive, también la intervención puede continuar luego del fallecimiento, conteniendo y brindando atención a seres cercanos del paciente en el procesamiento del duelo.

Conclusión:

A lo largo de esta elaboración se ha intentado indagar en la participación del estado de ánimo depresivo en el transitar de la enfermedad oncológica y como el comprender la interrelación entre los sistemas implicados desde la PNIE, conlleva a un nuevo modelo de acción.

Desde la bibliografía consultada para la elaboración del trabajo, entendemos que, no basta con la sola concepción del paciente oncológico desde una mirada médica, sino que es sumamente relevante, tener en cuenta aspectos emocionales en el transitar de la enfermedad como factor clave ante la posible recuperación del paciente.

El estado de ánimo depresivo, cuenta con una gran incidencia no solo en el proceso de la enfermedad - desde el diagnóstico a etapas posteriores - sino que también en lo previo, desde el enfoque integrativo que nos proporciona la Psiconeuroinmunoendocrinología, es necesario percibir a las personas como seres complejos que trascienden la dicotomía mente-cuerpo, siendo seres transversalizados también por el contexto social, espiritualidad e historicidad.

El cáncer puede desestabilizar la vida de una persona por sus creencias y valoraciones previas, por lo que es sumamente importante acrecentar la intervención de psicólogos clínicos con formación integrativa en PNIE, no solo para el abordaje psicoterapéutico, sino también desde la prevención y promoción de salud. El estado de ánimo depresivo y el estrés crónico influyen en el SNC, inmune y endocrino, siendo necesario, trabajar en la importancia de su cuidado y equilibrio.

Toda la población debe ser sensibilizada, no sólo quienes cuentan con un diagnóstico de enfermedad oncológica. Promover información sobre prevención y detección temprana, tratamientos y su alto porcentaje de recuperación, son vías que

pueden reducir el escenario de gran negatividad y temores que se presenta ante el simple hecho de pronunciar la palabra “cáncer”.

Algunas interrogantes quedan pendientes, ¿Cuánto se podría prevenir con un mayor apoyo en lo que a promoción y prevención refiere?, y sobre todo ¿En qué nivel con una apropiada intervención y manejo de información por parte de los pacientes pueden reducirse estados de ánimo depresivos en el transitar del padecimiento oncológico? ¿Qué variación en los resultados se alcanzaría con mayor participación del psico-oncólogo? ¿Cuál es el nivel de consciencia de la importancia de nuestra calidad de vida ante el posible desarrollo de enfermedades?

Referencias Bibliográficas:

- Alcántara, G. (2008). La definición de Salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. Red de Revistas científicas, 9(1), 93-107. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/410/41011135004.pdf>
- Arbizu, J.P. et al (2000). Factores psicológicos que intervienen en el desarrollo del cáncer y en la respuesta al tratamiento. Anales Sis San Navarra, 24, Suplemento 1. Recuperado de: <https://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/5848/4736>
- American Cancer Society (2016), ¿Qué es el cáncer?. Recuperado de: <https://www.cancer.org/es/cancer/aspectos-basicos-sobre-el-cancer/que-es-el-cancer.html>
- Azpiroz M. Prieto G. (2011) Trastornos de la personalidad. Colección curricular, Psicolibros.
- Barra Almagiá E.(2003), Influencia del Estado Emocional en la Salud Física. Vol.21, N° 1, 55-60.
- Bonet, J. (2013), PINE Psiconeuroinmunoendocrinología. Cuerpo, cerebro y emociones. Buenos Aires. Ediciones B.
- Cano, P. (2005). CONTROL EMOCIONAL, ESTILO REPRESIVO DE AFRONTAMIENTO Y CÁNCER: ANSIEDAD Y CÁNCER. PSICOONCOLOGÍA. Vol. 2, Núm. 1, 2005, pp. 71-80. Recuperado de: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0505120071A/16099>
- Castes, M. (2014). Psiconeuroinmunología. Cómo apropiarse del sistema inmunológico. Venezuela, Coordinadora editorial: Vanessa Alfonzo
- Chiozza, L. (1986- 20017). ¿Por qué enfermamos? La historia que se oculta en el cuerpo. Buenos Aires: Alianza editorial. Tomo XIV
- Comision Honoraria del Cáncer, Recuperado de: http://www.comisioncancer.org.uy/uc_428_1.html
- Díaz, B. A., González, C. (2012). Actualidades en neurobiología de la depresión. Revista Latinoamericana de Psiquiatría, 11 (3): 106-115.
- Die Triell, M. (2003) Psico – oncología. Madrid: Ades ediciones

- Dubourdieu M. (2002) Perspectiva integrativa psiconeuroinmunoendocrina (PNIE). Prisma, UCU. Depresión y trastorno del mundo contemporáneo.
- Dubourdieu M, Nasi M. (2017) Cáncer y Psico-Neuro-Inmunología. Nativa Editorial.
- Fernández Rodríguez Concepción et al, (2011) Repercusión de la ansiedad y depresión en el estado físico y funcionalidad de enfermos oncológicos durante el tratamiento con quimioterapia. Recuperado de:
<http://www.redalyc.org/html/727/72718925006/>
- Fors López M., Lic. Vilaseca M y Dr. Peña D, (1999) LA PSICONEUROINMUNOLOGÍA, UNA NUEVA CIENCIA EN EL TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES. Centro Nacional Coordinador de Ensayos. Recuperado de: <http://scielo.sld.cu/pdf/ibi/v18n1/ibi18199.pdf>
- Fusté-Escolano A (2010), Comportamiento y Salud. Capítulo 2, en Psicología y Saud.
- García-Nieto A. (2012) Aspectos psicosociales y familiares del paciente con cáncer hematológico. Por un tratamiento integral. En: Paciente hematológico y calidad de vida. (ISBN: 978-84-694-8515-6). Madrid.
- Gavidia V. y Talavera M. (2016), La construcción del concepto de salud. 2012. DIDÁCTICA DE LAS CIENCIAS EXPERIMENTALES Y SOCIALES. N.º 26., 161-175 (ISSN 0214-4379)
- Instituto Nacional del Cáncer (2015) NIH; Factores de riesgo del cáncer, recopilado de: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/causas-prevencion/riesgo>
- Klinger Julio et al (2005), La psiconeuroinmunología en el proceso salud enfermedad. Vol. 36 N° 2,
- Landa-Ramírez E. (2014), Evaluación de la depresión en pacientes con cáncer terminal y su aplicación en el contexto mexicano", Recuperado de:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000500008&lang=pt
- Llantá Abreu M, (2000) Grau Abalo, Massip Perez, LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD Y LA LUCHA CONTRA EL CÁNCER, recuperado de
<http://instituciones.sld.cu/psicosaludhabana/files/2012/03/Psicolog%C3%ADa-de-la-salud-y-cancer.pdf>
- López I. (2007). Ansiedad y depresión, reacciones emocionales frente a la enfermedad. Recuperado de:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-7199200700050001

- Lopez - Mato A (2004). Psiconeuroinmunoendocrinología II, Nuevos dilemas para viejos paradigmas. Editorial Polemos.
- Manuel Hernández, et al. (2012) "SALUD MENTAL Y MALESTAR EMOCIONAL EN PACIENTES CON CÁNCER", PSICOONCOLOGÍA. Vol. 9, Núm. 2-3, pp. 233-257, recuperado de:
<https://search.proquest.com/openview/3b8ea5e324e362f36b552e10d20b3f5b/1?pq-origsite=gscholar&cbl=54850>
- Middleton J (2002), Psico-oncología en el Siglo XXI. Recuperado de:
<http://www.medic.ula.ve/cip/docs/psicooncologia.pdf>
- Moscoso, Manolete S, (2010) El estrés crónico y la Terapia Cognitiva Centrada en Mindfulness: Una nueva dimensión en psiconeuroinmunología. Recuperado de:
<http://www.redalyc.org/pdf/1471/147118212001.pdf>
- Navas C. Zapata D. (2009). Aspectos inmunológicos en la depresión. Revista Venezolana de Oncología, vol. 21, núm. 4, octubre-diciembre, pp. 244-252.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2016). Depresión. Recuperado de
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2017). Las 10 principales causas de defunción. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/es/>
- Ortiz Garzón Eliana et al, (2014) "Relación entre las estrategias de afrontamiento, ansiedad, depresión y autoestima, en un grupo de adultos con diagnóstico de cáncer". Recuperado de:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1900-23862014000100008&lang=pt
- Pérez Cardénas, (2005) "Evaluación psicológica del paciente con cáncer en la APS", recuperado de:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252005000100011&lang=pt
- Pinquart y Duberstein (2010); "Depression and cancer mortality: a meta-analysis", Psychol Med. Nov; 40(11): 1797–1810, recuperado de:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2935927/>
- Pousa Rodríguez V (2015), "Depresión y cáncer: una revisión orientada a la práctica clínica",. Recuperado de:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-90152015000300006&lang=pt

Romero y Huesca A. et al, (2015) Galeno de Pérgamo: Pionero en la historia de la ciencia que introduce los fundamentos científicos de la medicina, 2011, Historia y filosofía de la medicina. Vol. 56, Núm. 4. Oct. - Dic. ,p. 218 - 225

Sierra Juan C. Ortega V (2003): "Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar, Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal,. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/html/271/27130102/>

Sirera R. Sánchez P. T. Camps C. (2005), En INMUNOLOGÍA, ESTRÉS, DEPRESIÓN Y CÁNCER, PSICOONCOLOGÍA. Vol. 2, Núm. 1, pp. 71-80. Recuperado de: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/viewFile/PSIC0606130035A/15910>

Sociedad Española de Oncología Médica, (2017) ¿Qué es el cáncer y cómo se desarrolla?,. Recuperado de: <https://www.seom.org/en/informacion-sobre-el-cancer/que-es-el-cancer-y-como-se-desarrolla>

Sociedad Española de Oncología Médica (2012), Largos Supervivientes en Cáncer, recuperado de: https://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/publicaciones/MONOGRAFICO_SEOM_LARGOS_SUPERVIVIENTES_I.pdf

Valencia S. (2012), "Depresión en personas diagnosticadas con cáncer". Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-99982006000200006&lang=pt

Vissoci E. Odebrecht S. Kaminami H, (2004) "Stress, depression, the immune system, and cáncer", Oncology Vol 5, recuperado de: <https://jeffreydachmd.com/wp-content/uploads/2016/11/Stress-depression-the-immune-system-cancer-lancet-oncology-Reiche-Edna-Maria-2004.pdf>