



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Tesis para optar al Título de Magister en Psicología Clínica

**LOS EFECTOS DE LA TÉCNICA BIOPSICOEDUCATIVA SOBRE EL ESTADO DE ÁNIMO
DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD ONCOLÓGICA**

AUTORA: MARIANA ZAPATA

DIRECTORA DE TESIS: PROF. DRA. MARGARITA DUBOURDIEU

DIRECTOR ACADEMICO: PROF. JOAQUIN RODRIGUEZ NEBOT

Montevideo, Uruguay

2015

Dedicado a los participantes de este estudio y a todos los que han estado o están en situaciones de vida que irrumpen inesperadamente en nuestro ser, emergiendo de esa irrupción emociones que promueven cambios.

Resumen

Esta investigación fue realizada en el Servicio de Oncología Clínica del Hospital de Clínicas de la Facultad de Medicina de la UdelaR. Es un estudio cualitativo que toma una muestra de 12 pacientes para evaluar la eficacia de la técnica Biopsicoeducativa en pacientes con enfermedad oncológica. El paradigma teórico en que se basa proviene de la Psicología y la Medicina Integrativa Psiconeuroinmunoendócrina.

Los resultados obtenidos en esta población comprueban la presencia de:

Estresores crónicos previos al diagnóstico tales como sueño alterado, problemas familiares de pareja y con sus hijos, exceso de trabajo, relación disfuncional con familia de origen debiendo cuidar padres con enfermedades crónicas de quienes habían sufrido violencia familiar en la infancia, reiteración de vínculos violentos con sus parejas.

Estresores que emergen luego del diagnóstico: miedo a los tratamientos y al pronóstico de la enfermedad, sentimientos de rabia y enojo consigo mismo y con su entorno, inactividad laboral, insuficientes recursos económicos para cuidar de su salud, ansiedad ante repetición de exámenes de control.

Con el retest de ansiedad realizado luego de la intervención no surgen cambios. Los cambios surgen con el retest de depresión que se modifica de depresión moderada y grave a depresión leve luego de la intervención Biopsicoeducativa.

Palabras claves: Biopsicoeducación, Psiconeuroinmunoendocrinología, Oncología

ABSTRACT

This research was conducted at the Department of Clinical Oncology Clinical Hospital of the Faculty of Medicine of the University of the Republic (UdelaR). It is a qualitative study that takes a sample of 12 patients to evaluate the efficacy of Biopsicoeducativa technique in patients suffering from cancer disease. The theoretical paradigm on which it is based comes from the Psychology and Integrative Medicine Psiconeuroinmunoendocrine.

The results obtained in this population check the presence of:

Chronic Stressing factors previous to the diagnosis such as disturbed sleep, family and relationship problems with their children, overwork, and dysfunctional relationship with birth family must take care of chronically ill parents who had suffered chronic stressors family violence in childhood, repetition of violent relationships with their couples.

Stressors that emerge after the diagnosis: fear of treatment and prognosis of disease, feelings of rage and anger with himself and his environment, labor inactivity, insufficient financial resources to care for their health, anxiety repetition of control examinations.

With Anxiety retest performed after the intervention no changes arise. The changes come with the retest of depression that was then amended Biopsicoeducativa intervention.

INDICE

RESUMEN

ABSTRACT

INDICE

AGRADECIMIENTOS

1. INTRODUCCIÓN	11
2. ESTADO DEL PROBLEMA	13
2.1 El Cáncer y la Salud Pública	13
2.2 Enfoque desde la medicina oncológica en Uruguay	14
2.3 Enfoque desde la Psicoterapia Integrativa PNIE en Uruguay	14
3. FUNDAMENTACION Y ANTECEDENTES	18
3.1 Marco teórico-conceptual multidimensional del proceso salud-enfermedad	18
3.2 Antecedentes que estudian el problema.....	20
3.2.1 Psiconeuroinmunología.....	20
3.2.2 Psicooncología. Abordaje de las emociones en oncología. El estrés después del diagnóstico	23
4. MARCO TEÓRICO	28
4.1 Aportes de las Neurociencias	28
4.2 Neuroplasticidad y Pnieplasticidad	30
4.3 De la Psicoimmunología a la Psiconeuroinmunoendocrinología (PNIE)	31
4.4 Epistemología médica	32
5. BASES EPISTEMOLÓGICAS	34
5.1 Pensamiento Complejo	34
5.2 La Física y la Teoría del Caos.....	34
5.3 Pensamiento Sistémico	35
5.4 Pensamiento en red	36
5.5 Teoría del Estrés y de los Sistemas de Alostasis	36

6. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	39
6.1 Tipo de estudio.....	39
6.2 Población	40
6.3 Criterio de inclusión	40
6.4 Criterio de exclusión.....	40
6.5 Aspectos éticos	42
6.6 Método	43
7. BIOPSIKOEDUCACION	45
7.1 Antecedentes de resultados de intervenciones BPE	47
7.2 Antecedentes en Talleres de BPE en promoción y prevención de salud.	47
8. ANALISIS MULTIDIMENSIONAL	49
8.1 Dimensión Biológica:.....	49
8.2 Dimensión Psicoemocional- Vincular:.....	49
8.3 Dimensión Cognitiva:.....	51
8.4 Dimensión Socio-Ecológica:.....	52
8.5 Dimensión Trascendental- Espiritual:	52
8.6 El Sistema Inmune y la Visualización Guiada	53
8.7 Estado anímico.....	54
8.7.1 Ansiedad y cáncer	54
8.7.2 Depresión y Cáncer	56
8.8. Formulario que investiga la transferencia e implicación del investigador	58
9. TRABAJO DE CAMPO Y ANALISIS DE RESULTADOS	61
10. ANALISIS DE LA INTERCONEXION SISTEMA INMUNE Y EMOCIONES DEPRESIVAS A PARTIR DE RESULTADOS DE RETEST	71
10.1 Diagnóstico diferencial de la depresión con enfermedad médica	71
10.2. Depresión y función inmune	72
10.3 Depresión esencial y pensamiento operatorio	74
11. RESULTADOS OBTENIDOS DEL FORMULARIO DE IMPLICACION DEL INVESTIGADOR	76

12- ANALISIS CUALITATIVO DEL CUESTIONARIO BIOPsicODUCATIVO	77
12.1 Genética.....	78
12.2 Frustraciones.....	78
12.3 Violencia y maltrato	79
12.4 Estado de tensión permanente.....	81
12.5 El enojo y la rabia y su efecto en el cuerpo	84
12.6. Concepto de “sobreadaptación” y su efecto en el cuerpo	85
12.7 Relaciones sociales: red vincular, pareja, familia y salud.....	87
12.8 Pareja y estrés	87
12.9 Trabajo y Salud	88
12.10 Vivienda y estrés	88
12.11Alimentación y Sistema Inmune.....	89
12.12 Familia y estrés	91
12.13 Sueño y estrés	91
12.14 Comunicación, la palabra, lo que no se dice.....	92
12.15 Mala sangre e inmunidad	92
12.16 Recreación e inmunidad.....	93
13- VARIABLES MÉDICAS: ORGANOS AFECTADOS	94
14- ANALISIS DE CANCER DE MAMA- PERSONALIDAD Y ESTRES	95
14.1 Personalidad- sobreadaptación- cáncer de mama.....	95
14.2 Concepto de crecimiento postraumático en el cáncer de mama.....	96
15. LOS EFECTOS DE LA AFECTIVIDAD EN LA SALUD	98
16- ESTADIOS	99
17- CONCLUSIONES FINALES:	100
18. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	103
19. APÉNDICE	109
19.1 Información para el paciente.	109
19.2 Consentimiento Informado.....	110
19.3 Formulario de Implicación del Investigador en el Trabajo de Campo.....	111

19.4 Cuestionario de evaluación para realizar la Biopsicoeducación.....	110
19.5 Inventario de Depresión de Beck.....	113
19.6 Inventario de Ansiedad de Beck	117

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar agradezco a la Facultad de Psicología de la Universidad de la República y a los directores de Maestría Clínica por haber estimulado fervientemente a la realización de esta investigación. Dicha tarea contó con el apoyo académico invaluable de mi directora de tesis, Prof. Dra. Margarita Dubourdieu con quien me inicié en esta formación y a quien estaré por siempre agradecida. También a la Prof. Dra. Paola Premuda por su participación en la realización del proyecto de investigación, por sus aportes fundamentales en esa etapa inicial.

Dentro de nuestra Facultad agradezco muy especialmente a mis compañeros del equipo de trabajo en la Clínica Psicoanalítica de la Unión por estar juntos sosteniendo el desarrollo y mantenimiento de la Psicología Clínica dentro de la docencia universitaria, para ellos mi agradecimiento colmado de afectos: Amparo Bazterrica, Rossana Colman, Silvana Rebella, Irene Barros, Octavio Carrasco y muy especialmente a la Prof. Dra. Flora Singer por habilitar una clínica contemporánea que incluye otras perspectivas teóricas además del Psicoanálisis.

Entre los agradecimientos quiero nombrar a Aurora Crespo querida compañera y referente incansable en nuestra facultad del ejercicio clínico universitario en la Clínica Psicoanalítica de la Unión y en el SAPPA.

En particular agradezco a la Prof. Ana Luz Protesoni con quien compartimos una formación afín y una práctica docente- asistencial de fructífero intercambio.

En segundo lugar mi agradecimiento va dirigido al Servicio de Oncología Clínica del Hospital de Clínicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República lugar que me ha permitido realizar la práctica de investigación. Reconozco especialmente el interés y disposición académica de la Prof. Dra. Lucía Delgado por el apoyo a la realización de esta investigación, haciendo extensivo este reconocimiento a todos los médicos oncólogos y estudiantes de posgrado integrantes de este servicio. En especial con quienes he tenido una comunicación más fluida, a partir de compartir pacientes en tratamiento como son los Dres. Luis Ubillos, Cecilia Castillo, María Guerrina, Mauricio Cuello, Diego Touya, Natalia Camejo, Sebastián Ximenez, Noelia Silvera, Florencia Leyes entre otros.

En el mismo plano agradezco a todo el personal de enfermería, por su calidez humana con los pacientes y por mantener la inquietud constante de dar siempre lo mejor de sí. A Lic. enfermera Carmen Pereira, a María Teresa Fernández, a Nancy Olivera, a

Nelson Rodríguez,, a Laura Pascal, a Juan Pablo Huvatt, a Milton García y a la Lic. Enfermera. Silvia Morgastein.

No puedo olvidar la permanente colaboración de la Secretaria de Registros Médicos, Ana Domínguez y a las Secretarias del Servicio de Oncología Ana y Natalia.

A mis colegas del equipo de atención de psicoterapia Integrativa PNIE del Servicio de Oncología Clínica del Hospital de Clínicas, área creada bajo la dirección de la Dra. Margarita Dubourdieu, un cálido y merecido agradecimiento por su permanente presencia y colaboración en el trabajo de campo. A Olga Ferreira, Patricia Fernández, Paula di Bello, Myrta Esteyro, Graciela Abreu y Andrea Baldomir.

Por último y en el plano personal agradezco a mis hijos Gianna y Leandro que son un gran estímulo para la concreción de objetivos en mi vida, a mi ahijada Alejandra que mucho colaboró en tareas de corrección y búsqueda bibliográfica, a Héctor por tener de su parte el afecto, el compañerismo, la lectura y la motivación constante para esta investigación.

1. INTRODUCCIÓN

Este estudio se desarrolla en el Servicio de Oncología Clínica del Hospital de Clínicas, lugar físico donde desde 1995 se comienza a poner en práctica en Uruguay los aportes de la Psiconeuroinmunoendocrinología (PNIE) a través de la Prof. Dra. Margarita Dubourdieu, quien se formó en la Argentina en la Universidad Favaloro. Desde ese tiempo a la fecha está presente en el Servicio de Oncología el apoyo psicoterapéutico desde la PNIE, integrándose luego psicoterapeutas con formación en PNIE que bajo su dirección realizan atención, supervisión, docencia e investigación. También se dan talleres de Biopsicoeducación (BPE) para pacientes y familiares y para el personal de salud (Licenciados y Auxiliares de Enfermería).

En la Facultad de Psicología la Psicoterapia Integrativa PNIE tiene su presencia en la asignatura Corrientes Psicoterapéuticas, a cargo del Prof. Joaquín Rodríguez Nebot desde el año 2008 y en el nuevo plan de estudio como un seminario optativo de Articulación de Saberes. Es en estos dos últimos años, que junto a la Prof. Ana Luz Protesoni hemos articulado la formación PNIE para los estudiantes de nuestra facultad con la práctica en el Instituto Nacional del Cáncer (INCA) con talleres de Biopsicoeducación (BPE) para pacientes, familiares y acompañantes, sumándose en este último año al personal de salud.

Desde nuestra inserción en la Facultad de Psicología como docente en la Clínica Psicoanalítica, hemos realizado aprendizajes clínicos fundamentales, que dieron paso a la necesidad personal de ampliar la comprensión de la conexión cuerpo-mente en la clínica psicológica. El psicoanálisis y la Clínica de la Unión han sido lugares referenciales, la Prof. Dra. Flora Singer en su cargo de dirección está alineada al desarrollo de una clínica contemporánea, habilitando prácticas formativas que aporten a una comprensión mayor del sujeto sufriente.

En esa búsqueda profesional la PNIE, da cuenta de la integración sistémica entre el psiquismo y el resto del organismo. La experiencia adquirida con la población de la Clínica Oncológica motivo esta investigación, dirigida principalmente a dar a conocer la efectividad de la técnica de BPE como herramienta de intervención biopsicosocial para potenciar la salud propiciando cambios en tiempo breves y en varias áreas de la vida del sujeto. Los objetivos de la investigación fueron pensados en relación a promover cambios no sólo en la población con enfermedad oncológica, sino en la población en general, así como también aportar a la aproximación interdisciplinaria e integrativa en los equipos de salud para optimizar los resultados de la atención.

Como Objetivos generales buscamos:

- Evaluar la eficacia de la técnica BPE como un instrumento que aporta a la comprensión multidimensional y multicausal del proceso salud-enfermedad, que promueva en los pacientes la atención de otras áreas de su vida que aporten a su recuperación, además de comprometerse con el tratamiento médico.
- Valorar la técnica de Biopsicoeducación como una herramienta que puede aportar en el cuidado y atención del estado anímico de los pacientes e incidir en mayor aceptación de los tratamientos y en mejorar las defensas del organismo desde la visión integrativa de la Psiconeuroinmunoendocrinología.

Como Objetivos específicos buscamos:

- Que el sujeto integre una concepción de sí mismo holística, de interrelación cuerpo-mente y entorno.
- Comprender la incidencia del estrés y sus consecuencias nocivas en la salud y bienestar integral.
- Lograr la toma de conciencia sobre la importancia de una labor interdisciplinaria por parte de los equipos de salud.
- Contribuir mediante la Biopsicoeducación a la disminución de los estados de ansiedad y depresión provocados por el diagnóstico en los pacientes del Servicio de Oncología promoviendo la atención del área anímica y aspectos emocionales.
- Disminuir el estrés que provocan los tratamientos, amortiguando los efectos secundarios de los mismos.
- Informar y promover en los pacientes nuevos hábitos y cambios en su vida que aporten a la salud.

2. ESTADO DEL PROBLEMA

2.1 El Cáncer y la Salud Pública

A nivel mundial el cáncer presenta cifras en el proyecto Globocan 2012 que lo ubican dentro de las principales causas de muerte en el mundo. Este proyecto indica que en las zonas más desarrolladas del mundo el cáncer con mayor incidencia es el de mama y en las zonas menos desarrolladas la alta incidencia es el cáncer de pulmón. En relación al sexo la mayor incidencia es dada en los hombres por el cáncer de próstata y estómago y en las mujeres la mayor tasa de incidencia y mortalidad está dada por el cáncer de mama. Esta enfermedad es de compromiso mundial, sin discriminar sexo o desarrollo socio-económico. Conocer los factores de riesgo y las causas asociadas a esta patología permite a nivel de la Salud Pública enfatizar el trabajo en los niveles de prevención, detección temprana y tratamientos. Se menciona que el 30% de los factores asociados a la elevada tasa de mortalidad por cáncer se debe a factores conductuales y dietéticos que llevan al sobrepeso, la ingesta reducida en frutas y verduras, el sedentarismo, el tabaquismo y el consumo del alcohol. Dentro de los factores que se destaca está el consumo de tabaco, responsable del 20% de las muertes mundiales por cáncer en general y alrededor del 70% de las muertes mundiales por cáncer de pulmón. Los cánceres llamados secundarios o infecciones víricas (Hepatitis B y C o por papiloma virus), según este informe, son responsables del 20% de las muertes por cáncer. Dentro de los servicios de salud las carencias están en el ámbito de la prevención, la detección y diagnóstico temprano, el tratamiento y los cuidados paliativos. Se puede afirmar que tanto los factores de riesgo como otras causas asociadas al mejoramiento de los servicios de salud, en su mayoría pueden ser prevenibles (Cajamarca, 2014).

En Uruguay la Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer trabaja en niveles de prevención sobre la población en general y el personal de salud. La información que provee intenta llegar a la concientización de las personas sobre la importancia de los hábitos saludables y conocimiento del cuerpo que permitan identificar posibles señales de alerta que sean atendidas por el profesional en medicina. Para mantener un estado de bienestar propone: alimentación adecuada, ambientes libres de humo de tabaco, cuidados del sol, actividad física y prevención y diagnóstico oportuno en cáncer de mama y de cuello de útero (Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer). Nuevamente observamos que los aspectos emocionales no aparecen mencionados, reflejándose que aún falta tomar consciencia en el ámbito de la salud de su incidencia en el proceso de las enfermedades.

2.2 Enfoque desde la medicina oncológica en Uruguay

En la actualidad de nuestro país sufrimos las carencias a nivel del Sistema Nacional de Salud de la falta de equipos inter-multi o transdisciplinarios y, más aún, para la atención y cuidado de personas con enfermedades donde su vida puede estar en riesgo.

En el año 2002 se decretó la obligatoriedad de los Comités de Tumores en todo el país, especificando en el art. 4 que “las instituciones Públicas o Privadas deberán contar con los Comités de Tumores (Unidades de programación terapéutica)”. El objetivo de estos Comités es la evaluación multidisciplinaria de la terapéutica de los pacientes oncológicos, procurando reducir la mortalidad, mejorar la calidad de vida y reducir los costos de la salud evitando intervenciones o análisis innecesarios. Desde este enfoque se puede ajustar los tratamientos a la individualidad y especificidad del individuo como ser biopsicosocial.

La complejidad de los diagnósticos y tratamientos lleva a la necesidad de decisiones más consensuadas y que incluyan distintas miradas al problema (Chang, Vines, Bertsch, & et.al., 2001) reporta cambios terapéuticos de hasta 43% cuando se toman decisiones en equipo, comparado con la toma de decisiones por un solo especialista.

También se modifica la calidad del cuidado a través de la información que se brinda al paciente y de la coordinación de los tratamientos. Se plantea en estos equipos la necesidad de la horizontalidad de opiniones que permitan decisiones más certeras. Una encuesta realizada en nuestro país a 63 especialistas, 40 oncólogos y 23 cirujanos, con el objetivo de conocer la realidad de los Comités de Tumores, dio como resultado que la mayoría de los especialistas reconocen la importancia del enfoque multidisciplinario oncológico; sin embargo esta modalidad de asistencia multidisciplinaria no se ha desarrollado en la forma recomendada. Son los hospitales públicos los que integran a su quehacer profesional estas reuniones multidisciplinarias con mayor constancia y frecuencia que los prestadores privados de salud, al tiempo que hay una mayor tendencia al enfoque multidisciplinario oncológico en los Centros de Salud de Montevideo que en los del interior del país (Della Valle & Acevedo, 2012).

2.3 Enfoque desde la Psicoterapia Integrativa PNIE en Uruguay

En el abordaje psicoterapéutico integrativo PNIE realizado en el Servicio de Oncología del Hospital de Clínicas (H.C) la Biopsicoeducación (BPE) es una intervención que se realiza desde la primera entrevista con el paciente y su familia.

En el desarrollo de la evaluación diagnóstica multidimensional se incluye tanto la evaluación médica como psicosocial del paciente, el análisis Multiaxial del DSM (Diagnostic and statistical manual of mental disorders), el análisis Multidimensional (dimensiones: biológica, psicoemocional-vincular, cognitiva, socio-ecológica y espiritual). Asimismo se hace una evaluación de personalidad utilizando el Manual Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI2) y un test de evaluación de Esquemas Disfuncionales Tempranos (Jeffrey Young). Se procura la instrumentación adecuada a la realidad de los pacientes, a fin de detectar factores emocionales que requieren ser tratados y de brindar orientación en las distintas fases del tratamiento. Se actúa en intercomunicación permanente con el equipo de enfermería, con Secretaría de Registros Médicos y Secretaría de la Clínica Oncológica, con los Médicos Oncólogos y Residentes que se inician en esta especialización u otros profesionales de la salud, con el objetivo de mantenernos informados de los tratamientos y seguimiento de los pacientes que han sido derivados al equipo de psicoterapeutas integrativos PNIE.

Revisiones españolas ponen en evidencia que los pacientes con cáncer presentan altos porcentajes de malestar emocional y trastornos psicopatológicos, más que la población general, sin embargo solo un 10% de estos son derivados a tratamiento. El DSM-IV-TR (Código 316 y F54) documenta que los problemas psicológicos pueden ser causa de complicaciones físicas y afectar de modo adverso el estado general de las personas (Pichot & López Ibor, 1994).

Se ha observado un mal uso de los recursos asistenciales, debido a que hay una falta de valoración de las necesidades psicosociales del paciente. Un ejemplo de esto es, cuando solo se derivan los pacientes al psicólogo o psiquiatra en aquellos momentos en que los síntomas ya se han agravado o los pacientes presentan resistencias a los distintos tratamientos médicos (Hernandez & Cruzado, 2013).

Holland, & et.al. (1989) Consideran que los problemas psicológicos de estos pacientes pueden pasar desapercibidos por varias razones debidas a: los propios pacientes, sus condiciones físicas, su estado de salud, que atribuyan los síntomas a los efectos de los tratamientos, que nieguen a hablar de su malestar o bien que consideran prioritario el tratamiento y el cuidado médico, y no expresan su deseo de ser ayudados psicológicamente (Hernandez & Cruzado, 2013).

En las guías del National Cancer Institute sobre la adaptación psicosocial al cáncer, se hace referencia al proceso constante en que el paciente busca manejar su sufrimiento emocional, solucionar problemas específicos relacionados con el cáncer y obtener el

dominio o el control de acontecimientos de la vida. La adaptación más adecuada se da cuando los pacientes reducen al mínimo los trastornos en distintas áreas de su funcionamiento (Barroilhet, Forjaz, & Garrido, 2005)

Prieto (2004) afirma que en la actualidad hay recursos médicos que pueden modificar el pronóstico de la enfermedad oncológica, como son: el diagnóstico precoz, los avances tecnológicos, las nuevas alternativas de tratamiento, los cambios de los estilos de vida, y también la forma en que la persona entiende el cáncer.

Aunque los índices de recuperación de varios tipos de cáncer han aumentado significativamente, el contexto médico del proceso de tratamiento oncológico, sigue siendo altamente estresante para los pacientes. Ante las diferentes alternativas terapéuticas, los pacientes deben hacer frente a la incertidumbre de los resultados y a los múltiples efectos secundarios. También la localización del cáncer afecta a la subjetividad, los cánceres de mama, ginecológicos y urológicos tienen mayor impacto en síntomas de ansiedad y depresión y en la calidad de vida en comparación con el cáncer gastrointestinal (Barroilhet, Forjaz, & Garrido, 2005).

La clínica oncológica ha mostrado que *“no hay dos cánceres iguales y que se comporten del mismo modo y de esto es importante que sea consciente el paciente”* (Prieto, 2004, p.108).

“El cáncer es una enfermedad que puede desestabilizar estructuras familiares y profesionales” (Malca, 2005, p.67). No solo al paciente y su entorno familiar sino también al equipo de salud. Se pueden experimentar muchas pérdidas a nivel personal, profesional, laboral, además de las alteraciones propias de la enfermedad y de los tratamientos (Malca, 2005).

El equipo de médicos y enfermeros participan de vivencias puntuales muy relevantes para el paciente como son los controles médicos, exámenes, procedimientos, manejos de síntomas secundarios y son portadores de malas y de buenas noticias. La figura del médico puede ser idealizada y también rechazada y agredida ante los distintos resultados por el paciente y su familia (Barroilhet, Forjaz, & Garrido, 2005).

El abordaje psicológico en equipo pretende disminuir al máximo estas circunstancias adversas en el vínculo médico paciente y evitar el *Burnout* en el equipo de salud, con talleres de BPE para los funcionarios.

En el año 1995 fue realizada una investigación en el Servicio de Oncología Clínica en el Hospital de Clínicas de la Facultad de Medicina, UdelaR de Uruguay, con 180 pacientes por la Prof. Dra Dubourdieu y la Dra Jazmín Afonzo(1995) integrantes de este servicio.

Este estudio de investigación en oncología fue presentado en las II Jornadas de Psicología Médica en el año 1996 (Dubourdieu & Afonzo, II Jornadas de Psicología Médica, 1996).

Como resultado evidenció el estrés crónico presente al menos 5 años previos al diagnóstico de la enfermedad. Sabemos que el estrés crónico produce la inhibición del sistema inmune favoreciendo la enfermedad oncológica como diversas investigaciones lo han demostrado (Dubourdieu, 2014).

Según Oblitas (2008) la investigación es fundamental para avanzar en el desarrollo de protocolos de evaluación e intervención más eficientes. Este autor enfatiza en la necesidad de aplicar técnicas que permitan obtener un conocimiento integral del paciente para desarrollar intervenciones más ajustadas a las necesidades individuales. En esta investigación la técnica BPE busca conocer las vulnerabilidades y fortalezas del paciente en cada una de las cinco dimensiones sobre las que se interroga para intervenir en aquellas de mayor vulnerabilidad para el sujeto.

La terapia psicológica ha demostrado su eficacia para reducir la alteración emocional y mejorar la adaptación a las nuevas situaciones, facilitar el paso por la enfermedad con un menor desgaste psicológico y contribuir a una mayor recuperación a nivel físico, psicológico y social (Oblitas, 2008, p.239).

3- FUNDAMENTACION Y ANTECEDENTES

3.1 Marco teórico-conceptual multidimensional del proceso salud-enfermedad

El proceso Salud – Enfermedad necesita ser entendido dentro de un contexto de interacción disciplinar dadas las distintas dimensiones del ser humano, intervinientes y coadyuvantes. Por consiguiente, cuando intervenimos, la perspectiva interdisciplinaria posee un efecto de inter-juego de fuerzas, pues no sólo consta de diferentes enfoques de comprensión del problema a investigar, sino también de diferentes opciones de solución que se complementan en forma consistente. Es de esta forma que la interdisciplinariedad se transforma en una estrategia de abordaje de diversas problemáticas.

Un equipo interdisciplinario debe contar con herramientas teóricas y prácticas, que a la vez deben estar articuladas para enfocarse en el individuo y sus dificultades. Si cada disciplina se aboca a su especialidad, sin relacionarse ni modificarse en base a los aportes de las otras, el resultado será una fragmentación de conocimientos que no dará cuenta de la pluralidad y complejidad de la realidad.

La enfermedad surge en un individuo que ve comprometido su sistema biológico, psicológico, espiritual y social. El hombre es un ser único e interactúa con el medio y su entorno. La separación de la medicina para estudiarlo obedeció a años de pensamiento unilineal y simplista. La unión de distintos profesionales unidos en equipos interdisciplinarios, nos permite pensar, diagnosticar y tratar cualquier enfermedad con mayor cantidad de herramientas terapéuticas.

Esta idea de equipo de trabajo significa la unión de distintos profesionales, que desde diferentes formaciones y desde distintos lugares integran otras miradas y otros abordajes al mismo problema. Un equipo se sostiene en diferentes enfoques que reflexionen sobre las diferentes perspectivas, en la búsqueda de aproximaciones que aporten al sujeto de consulta. El objetivo es poder entender los procesos Salud – Enfermedad a partir de la articulación de sus teorías y del aporte de otras disciplinas implicadas.

El individuo se entiende como un todo bio-psico-socio-cultural, lo cual implica que si se produce un problema en una de las áreas las otras también están implicadas, por lo tanto cualquier solución debe pensarse desde una perspectiva interdisciplinaria, ya que cada disciplina tiene un conocimiento parcial del problema, por lo que se debe buscar un enfoque integral.

En los equipos interdisciplinarios se deben dar intercambios, encuentros que den como resultado conocimientos originales que no hubieran podido surgir aisladamente en ninguna de estas disciplinas. En el concepto general de la población, la salud es la ausencia de enfermedad, o desde un punto de vista más positivo se entiende como bienestar. Desde un concepto de salud más integrativo, estar sano significa estar en buen estado físico y con las necesidades básicas satisfechas. Esta definición incorpora el aspecto social del bienestar del individuo con los aspectos de la mente y el cuerpo.

En el instante que incorporamos el ambiente que rodea al individuo como componente de la salud, la promoción y prevención de enfermedades se tornarán como factores de gran importancia. El bienestar físico mental y social está directamente relacionado con el término calidad de vida, la cual se relaciona con los conceptos de salud y enfermedad (Laham, 2006).

Según Laham (2006) la calidad de vida puede definirse como la evaluación del proceso salud- enfermedad y la intervención de los sistemas de salud bajo la dimensión tanto personal como social del paciente. El individuo que posee una enfermedad tiene que ser entendido como la persona que ha sido, que es y que será, por eso es de relevancia considerar sus valores, creencias sobre el significado de la vida, su forma de sentirse y actuar ante la enfermedad, todo esto como aspectos fundamentales para la definición de la calidad de vida de cada persona en particular.

De acuerdo con lo que plantea Laham (2006) la información sobre el padecimiento de enfermedad y de los medios que se tienen para una mejor rehabilitación y seguimiento en el proceso de cambio de estilo de vida nocivo hacia una más saludable forma parte del proceso que lleve a la salud y mejor calidad de vida.

El entorno en el cual se encuentra la persona influye en el estado de enfermedad incluyendo factores a nivel físico, psíquico y ambiental así como el clima, la alimentación, el ejercicio físico todos factores que deben tenerse en cuenta. La predisposición genética es solo una parte de este todo, el resto está compuesto por los estilos de vida del sujeto. La epigenética hace referencia al estudio de factores que interaccionan con los genes que pueden dar lugar a una señal neuroquímica, que facilita la expresión de una vulnerabilidad genética y de no existir dicha vulnerabilidad genética, igualmente puede generarse un proceso de enfermedad por vulnerabilidades adquiridas.

Otro aspecto a destacar es la convergencia causal y temporal, que abarca la historia y circunstancias pasadas, presentes y expectativas futuras que influyen en el sujeto y su sistema (Dubourdieu, 2008).

3.2 Antecedentes que estudian el problema

3.2.1 Psiconeuroinmunología

La génesis de las enfermedades, sobre todo las infecciosas tiene su origen en la vinculación de situaciones de estrés físico y psicológico. Las investigaciones de aproximadamente 20 años atrás, demuestran que la interacción entre el sistema nervioso central (SNC) y el organismo tiene amplia complejidad dado que hay moléculas que desde el sistema inmune (SI) modifican las funciones psicológicas y neurológicas tanto a nivel central como periférico evidenciando una comunicación bidireccional. La interacción entre los factores biológicos, psicológicos y sociales tiene efectos en la respuesta inmunológica pudiendo así predisponer a la enfermedad. Existe suficiente evidencia científica de que el cerebro modula las respuestas inmunes y a la vez el sistema inmunológico puede influir en el SNC (Klinger, Herrera, Díaz, & al., 2005).

Los antígenos ante los neoplasmas varían y la habilidad del sistema inmune de resistirse a cánceres específicos también. Los estudios experimentales en animales y humanos han demostrado que el tipo de células NK (Natural Killer) pueden ser influenciadas en número y actividad por factores estresores y psicosociales. La célula NK puede jugar un rol en la vigilancia contra células neoplásicas recientemente surgidas, y puede tener un importante rol en la prevención de metástasis en la extensión del cáncer. Se ha comprobado en animales de experimentación que el estrés aumenta la extensión de metástasis en carcinoma mamario por vía de la supresión de la citotoxicidad de las células NK (Solomon, 2001).

Fawzy&et.al(1993) realizaron un estudio de intervención psicoterapéutica que incluyó la inmunología como variable de los resultados clínicos.

Cuando compararon los controles, los pacientes con melanoma maligno bajo la estructura de un grupo psiquiátrico durante seis meses mostraron menos dolor y mayor estimulación de células NK. Los pacientes intervenidos mostraron menos recurrencia y una supervivencia mayor a seis años (Solomon, 2001, p.7-8).

Los estados anímicos depresivos se han asociado con la génesis y evolución de enfermedades oncológicas y la respuesta inmunológica se correlaciona con mayor prolongación de la vida en cáncer. Se han observado alteraciones en las citoquinas (proteínas que regulan la función de las células, producidas fundamentalmente por linfocitos y macrófagos activados) y poblaciones celulares en diferentes tipos de cáncer.

Las alteraciones más graves aparecen en etapas avanzadas, induciendo inmunodeficiencia celular severa con perfil TH3, por niveles de TGF-B e IL-10 que favorecen el crecimiento y escape tumoral, induciendo apoptosis linfomonocitaria (Klinger, Herrera, Díaz, & al., 2005, p.125).

El estrés favorece el desarrollo de neoplasias por desórdenes en la inmunorregulación, provoca lesión en el ADN y altera los mecanismos de reparación. También puede afectar el inicio o curso del cáncer, generando cambios biológicos propios de la respuesta de estrés, con cambios en las conductas de salud que pueden predisponer a la enfermedad. Las personas estresadas son más vulnerables a los tóxicos ambientales tanto a nivel inmune como genético (Arbizu, 2000).

El efecto supresor del estrés emocional en la función inmunológica y en la susceptibilidad a la enfermedad es estudiado por la psiconeuroinmunología. Las células neoplásicas se desarrollan y proliferan con una estructura diferente a la normal, mostrando en su organización histológica una serie de características que las hace distintas del resto y patológicas (Arbizu, 2000, p.175).

Los efectos fisiológicos del estrés inhiben la respuesta inmune, esto fue demostrado por Andersen & Farrar(1998) en un estudio sobre estrés y respuestas inmunes después del tratamiento quirúrgico en cáncer de mama. En una población de 116 pacientes se estudió el impacto de estrés, luego del diagnóstico de cáncer de mama e intervención quirúrgica. Los datos demostraron que los efectos del estrés inhiben la respuesta inmune celular, que son relevantes para el pronóstico de cáncer, incluyendo la toxicidad de las células NK y de las células T.

Las variables psicológicas pueden tener profundos efectos en la salud. Un reciente meta-análisis reveló que los factores psicosociales relacionados con el estrés están asociados a una mayor incidencia de cáncer en personas inicialmente sanas, peor supervivencia en pacientes con diagnóstico de cáncer, y más alta mortalidad. Un ensayo aleatorio diseñado para probar si la intervención psicológica oficiaba como un mecanismo de protección para alterar significativamente la cadena de efectos adversos del estrés, mostró que luego de un seguimiento de 11 años, había cambios en: el curso de la enfermedad alterada, un menor riesgo de recurrencia de la enfermedad, y la mejora de la supervivencia para los pacientes con cáncer de mama al azar por recibir la intervención psicológica (Andersen, 2008).

Ader, Felten, & Cohen (1991) muestran que investigaciones sobre humanos ofrecen la evidencia de factores psicosociales y medioambientales, incluidas las experiencias de estrés agudo y crónico, como inductores o asociados con funciones inmunes alteradas.

El estrés modifica la dinámica neuroendócrina y por tanto puede afectar las condiciones y comportamiento inmune del organismo; además se ha encontrado relación entre niveles altos de estrés y menor supervivencia (Arbizu, 2000).

El nuevo paradigma en la enfermedad oncológica al igual que en otras enfermedades, considera que no existe una causalidad lineal sino una convergencia causal en la emergencia de una enfermedad, pudiendo haber factores genéticos o adquiridos de mayor incidencia que interactuarán con el huésped y sus características y defensas (Castés, 2014).

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 contra las células cancerosas (Arbizu, 2000).

Este autor plantea que *“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, p.175).

Wayner, Cox, & Mackay (1979) destacan que el estrés puede incidir en la iniciación del cáncer de varias maneras: aumentado la exposición del sujeto a un carcinógeno, interactuando con los efectos del mismo, permitiendo la exposición de un potencial genético latente a través de un cambio en el sistema hormonal; establecido el proceso neoplásico, las reacciones comportamentales al estrés como aumento del consumo de tabaco, alcohol, drogas o estrategias psicológicas fallidas para afrontar los problemas pueden interactuar con el sistema neuroendócrino y por último el bloqueo de ciertas células inmunológicas, como los linfocitos NK, debido a la acción conjunta del estrés y del propio tumor, podría aumentar la probabilidad de que determinadas células que precozmente transformadas eludieron la acción de las defensas del organismo.

En general el distres origina inmunodeficiencia celular cuantitativa y funcional por acción directa de las hormonas del estrés sobre los receptores de las células inmunitarias o cualitativa, por acción indirecta al inducir la desregulación en la producción de citoquinas, tales como interferon- γ (IFN- γ) interleukina I (IL-1), IL-2, IL-6 y factor de necrosis tumoral

(TNF) que tienen múltiples funciones y afectan directamente las células inmunes (Glaser & Kielcot-Glaser, 2005).

En relación a las intervenciones psicosociales que se realizan con la población oncológica se está investigando en: las dietas, el ejercicio, las psicoterapias, la visualización guiada y otras. Los aprendizajes que deben adquirir los trabajadores de la salud y los pacientes son: que los efectos indeseables del estrés son reales, que el psiquismo y el SNC tienen un poder por dos vías, pueden modular y optimizar la respuesta inmune así como suprimirla y desordenarla y, por último, que el estrés es universal y está presente en todas las actividades humanas. Las buenas relaciones humanas y el soporte social son importantes antagonistas que reducen el estrés (Klinger, Herrera, Díaz, & al., 2005).

3.2.2 Psicooncología. Abordaje de las emociones en oncología. El estrés después del diagnóstico

La Psicooncología como especialidad enmarcada en el campo de la Psicología Clínica y de la Salud tiene dentro de sus objetivos fundamentales: la prevención primaria, secundaria, intervención terapéutica, rehabilitación y los “cuidados paliativos”. Este último término al igual que otros utilizados en el ámbito oncológico, está siendo sustituido desde el nuevo paradigma PNIE no determinista y multidimensional (Dubourdieu&Nasi, Curso online Instituto de formación Supnie, 2014).

La terapia psicológica ha demostrado su eficacia para reducir la alteración emocional y mejorar la adaptación a las nuevas situaciones, facilitar el paso por la enfermedad con menor desgaste psicológico, y contribuir a una mayor recuperación a nivel físico, psicológico y social (Oblitas, 2008, p.239).

Se han encontrado variables psicológicas, incluida la capacidad para enfrentar el estrés, que dan como resultado mayor incidencia del cáncer y disminución del tiempo de vida.

En cuanto a la relación cáncer-variables psicológicas, se han realizado estudios que muestran que la incidencia del cáncer es más elevada en personas que han sufrido la pérdida de una relación emotiva importante, la población de viudos, separados o divorciados que en el resto de la población. También se han relacionado con el cáncer otras variables psicológicas como: escasa liberación de las emociones, expresión limitada de la agresividad e introspección disminuida (Prieto, 2004).

El diagnóstico de cáncer impacta en el paciente, en la familia y en el entorno social. El aumento del estrés en el paciente se asocia a los resultados negativos de los exámenes y

a la falta de adhesión al tratamiento médico, la magra satisfacción con los cuidados de la salud y la baja calidad de vida (Robert, Álvarez, & Valdivieso, 2013).

Las respuestas de estrés se producen ante la insatisfacción de necesidades importantes para un sujeto. Dichas necesidades pueden relacionarse con factores biológicos, psicológicos, físico-ambientales y espirituales.

Existen mecanismos de autorregulación ante estas respuestas pero ellos pueden estar disfuncionantes, afectados por la cronicidad o abuso de los sistemas homeostáticos.

El exceso de estrés o su mal manejo puede llevar a trastornos psiquiátricos en un continuo ansiedad-depresión, que interfieran en mejorar la calidad de vida del paciente, en el proceso del tratamiento y en la adaptación a los nuevos desafíos vitales que impone la enfermedad. La depresión es significativamente prevalente en la población oncológica en contraste con la población normal, presentándose algunas diferencias según la edad, el sexo y el tipo de cáncer. Entre el 15% y el 40% desarrolla ansiedad o depresión clínica observándose que un porcentaje importante de pacientes desarrolla ansiedad y trastornos ansiosos luego del diagnóstico y es aún mayor en caso de recurrencia de enfermedad (Robert, Álvarez, & Valdivieso, 2013).

Los síntomas más comunes de la depresión son el ánimo depresivo, insomnio y fatiga afectando seriamente las funciones neurovegetativas. La depresión coexiste generalmente con otros síndromes y síntomas tales como la ansiedad, el dolor y trastornos de la personalidad. Estas comorbilidades pueden complicar el tratamiento y son factores de riesgo para el desarrollo de trastornos anímicos, previos al diagnóstico de cáncer (Robert, Álvarez, & Valdivieso, 2013, p.680).

A partir de los trabajos pioneros de Selye se han descubierto los mecanismos neuroendócrinos, que se ponen en funcionamiento ante diversos tipos de agresiones y amenazas para el individuo, tanto físicas como psicológicas (Férrandez & Edo, 1994, p.27).

Los efectos neuroendócrinos e inmunitarios del estrés no constituyen un agente patógeno definido, sino que representan un riesgo inespecífico que hacen a las personas más vulnerables a la enfermedad. La PNIE adjunta nuevos datos que confirman que las situaciones ambientales y sociales capaces de inducir a estrés tienen impacto en la competencia del sistema inmune de las personas que experimentan estados emocionales crónicos de carácter negativo (Bayes, 1991) (Férrandez & Edo, 1994).

Los estados emocionales crónicos afectan a los hábitos de salud. Esta afirmación surge de revisiones realizadas sobre los efectos negativos del estrés sobre la salud. En un

estudio realizado con 1346 maestros (Fernández Castro, Doval, Edo y Santiago, 1993) se concluyó que los más afectados por el estrés docente tenían puntuaciones significativamente inferiores en hábitos de salud.

En el cuestionario utilizado se contemplaron algunos factores principales como son: el ejercicio físico, las precauciones que se toman ante contagios, enfriamientos, accidentes, etc, evitar realizar actividades cuando no se está en condiciones para ello como por ejemplo, no dormir por trabajar, comer rápido, y los hábitos alimentarios.

Los episodios emocionales agudos pueden agravar ciertas enfermedades que ya están instaladas en el paciente, afectando el desarrollo de la enfermedad. Algunas de ellas son: las cefaleas, el asma, la diabetes, entre otras. La conducta del paciente dependerá del grado de información acerca de su estado de salud-enfermedad, el apoyo familiar que reciba en consonancia con la propuesta del equipo de salud, la relación con él médico y el personal de enfermería y el cumplimiento de las prescripciones.

Cuando hay desajustes en esta red de comunicación las emociones del paciente pueden distorsionar la conducta y tomar decisiones o actitudes que dificulten el proceso de curación. En los tratamientos de quimioterapia, las emociones pueden distorsionar la conducta de los pacientes cuando la angustia producida por los efectos secundarios (náuseas, vómitos, angustia y malestar en general) puede llevarlos a abandonar el tratamiento, exponiéndose así a un daño mayor pero menos perceptible y lejano en el tiempo, como es el progreso de la enfermedad oncológica (Férrandez & Edo, 1994).

El ajuste psicosocial es una meta importante dentro de la salud integral del paciente con enfermedad oncológica. Se promueve dicho ajuste en una relación médico-paciente satisfactoria y empática, cuidando el estilo de comunicación de las noticias durante la enfermedad. Se ha comprobado que hay menor morbilidad psíquica del paciente ante una mejor comunicación con el médico. Se enfatiza la necesidad de dar información adaptándose a las necesidades y características del paciente, debiendo el clínico responder apropiadamente a sus deseos y preocupaciones. El proporcionar al paciente la información que solicite de una manera empática y acorde a sus recursos biopsíquicos, se verá reflejado en una mejor adhesión al tratamiento (Robert, Álvarez, & Valdivieso, 2013).

En la evolución del paciente con enfermedad oncológica es relevante el apoyo social, la familia y su entorno más cercano. También es de importancia el afrontamiento activo del paciente, que se puede expresar en búsqueda de información, de ayudas de distintos profesionales, de soluciones a los problemas asociados a su enfermedad, promoviendo una mejor adaptación al diagnóstico (Arbizu, 2000).

El apoyo social también es un predictor del estado de salud y la mortalidad, así como la adaptación ante acontecimientos estresantes, ya que las personas que tienen pocos o escasos lazos sociales presentan menor frecuencia de conductas preventivas, llegan con un nivel más avanzado de enfermedad, presentan menos adherencia al tratamiento y el impacto de la enfermedad es mucho más estresante (Arbizu, 2000, p.175).

Las intervenciones en la Psicooncología, desde la Psicoterapia Integrativa Psiconeuroinmunoendócrina (PIPNIIE) se realizan en 3 fases: Didáctica mediante la BPE, de Evaluación Diagnóstica, y de Tratamiento.

Se brinda un seguimiento luego de recuperada la salud si es necesario, de apoyo en fases críticas y en casos de desvitalización y cercanía de la muerte. En la fase diagnóstica es necesario detectar los factores biológicos (funcionamientos, sistemas y conductas basales), emocionales, psicológicos, sociales y espirituales que puedan afectar al paciente y su familia con el objetivo de abordarlos para favorecer la salud.

Es importante identificar estos factores disfuncionales, que pudieran haber contribuido a la enfermedad así como otros que pudieran surgir a partir del diagnóstico y tratamientos y las fantasías y temores reales en relación al futuro.

Todo factor de estrés o de personalidad que no favorezca a la salud, debe de ser abordado y tratado.

Ofrecer apoyo emocional al enfermo y su familia y ayudar a percibir los aspectos que pueden mejorar de su vida, aportando a su salud es una tarea primordial.

En la fase de tratamiento, además, cuando la calidad de vida se ve comprometida por los efectos secundarios de los diversos tratamientos (alteraciones de la imagen corporal, disfunciones sexuales, fobia a los aparatos o agujas que suministran los tratamientos, malestares físicos, dolor, ansiedad etc), los pacientes pueden rechazar los tratamientos y en ocasiones abandonarlos.

La intervención psicológica prioriza lograr adherencia a los tratamientos, con técnicas que bajen la ansiedad como relajación, respiración y visualización guiada.

En el caso de haber recuperado la salud se trabaja sobre posibles temores de que vuelva a aparecer la enfermedad. Los controles médicos incrementan los niveles de angustia, dudas y temores. La intervención del psicólogo se dirige a facilitar la expresión de miedos y preocupaciones y brindar estrategias para promover e incentivar la realización de diversos planes y actividades (Malca, 2005).

En situaciones en las que quedan secuelas, se ayudará a facilitar la adaptación del paciente por limitaciones físicas, sociales y psicológicas que la enfermedad haya podido generar. A su vez se trabaja en la reincorporación a la vida cotidiana y se brinda ayuda para la reinserción laboral u otras actividades e intereses del paciente (Malca, 2005, p.66).

En el caso de recidivas pueden darse estados de shock de mayor intensidad que el experimentado en la fase diagnóstica por lo tanto es necesario abordar los estados depresivos e identificar factores que deban trabajarse para ayudar a un curso hacia la salud.

En caso de fase de alta gravedad que comprometa la continuidad de la vida, el objetivo de la terapia cambia de curar a cuidar. Las reacciones emocionales tanto del paciente como de su familia suelen ser muy intensas, surgiendo negación, rabia, depresión, aislamiento, agresividad, miedo a la muerte (Malca, 2005). El objetivo de esta fase es acompañar al paciente ante la posibilidad de la muerte y a la familia para evitar un duelo traumático.

En todas las fases por las que puede pasar el paciente, la dimensión espiritual tiene lugar relevante. Es de destacar que mientras el paciente vive, nos centraremos en su vida de acuerdo a las circunstancias en que se desarrollen las mismas, en el hospital o en el hogar, velando por la expresión y atención de sus necesidades biológicas, psicoemocionales, socioecológicas, físico ambientales y espirituales.

4. MARCO TEÓRICO

Desde un pensamiento asociativo, representacional, no lineal, multicausal, complejo, caótico, atemporal, sistémico, en red, construccionista y holístico se va hacia el objeto de investigación. Esta epistemología se viene internalizando en el investigador en el correr de los años, dependiendo de sus recorridos teóricos, de sus experiencias clínicas, de sus prácticas sociales, de la práctica docente así como de experiencias personales e implicaciones conscientes e inconscientes en ese quehacer.

En la historia de la psicología autores como Freud, Winnicott, Lacan, Kohut y otros dan cuenta del origen fundante de la cultura y la familia en el desarrollo del sujeto y ponen énfasis en la interacción del vínculo temprano. Las investigaciones de Spitz acerca del hospitalismo en bebés, la teoría del apego de Bowlby constituyen unos de los planteamientos teóricos más sólidos en el desarrollo socio-emocional y sus consecuencias en la biología del sujeto. De la teoría psicoanalítica se incluye la explicación epigenética del desarrollo de la enfermedad, basada principalmente en el vínculo temprano y en el concepto de series complementarias en donde factores hereditarios interactúan con factores adquiridos y desencadenantes.

En la base del desarrollo del sujeto, se incluye el vínculo temprano como factor constitutivo del psiquismo, entendiendo que la indefensión biopsíquica del bebé humano requiere no solo de la atención de las necesidades biológicas, sino del cuidado y contención, empatía de las figuras parentales que deberán decodificar su lenguaje corporal y habilitar la expresión de las necesidades para luego procurar satisfacerlas. Será el intercambio con el ambiente un aprendizaje de comunicación emocional, donde fallas empáticas tempranas pueden generar estados de tensión, de ansiedad o de angustia, que podrá habilitar la expresión o no de vulnerabilidades genéticas. (Dubourdieu, 2014)

En la actualidad, con el surgimiento de la epigenética, sabemos que las predisposiciones genéticas en el 98% de las enfermedades, requieren de una señal neuroquímica ambiental para expresarse interaccionando genes y ambiente (Castés, 2014).

4.1 Aportes de las Neurociencias

Giacomo Rizzolatti en 1996 descubre las Neuronas Espejo a partir de estudios de cerebros de monos que mostraban en registros que se encendían un grupo de neuronas cuando el animal hacía determinados movimientos contemplando a otro hacerlo, comprobando la capacidad de captar y decodificar señales motrices, que luego serán el correlato de la empatía humana. Este descubrimiento observado en el bebé humano aporta

a lo que desde el psicoanálisis Winicottiano y Lacaniano es llamado “estadio del espejo” como el momento de constitución del yo, confirmando al sujeto como ser social.

Los aportes de las neurociencias a la psicología han dado cuenta de la constitución biopsíquica del sujeto desde un cerebro en construcción unido a la constitución de la subjetividad, emociones, memoria, cogniciones. Distintos descubrimientos a nivel de las neurociencias, han demostrado la interrelación entre la construcción de la subjetividad y la biología del cerebro (Lancoboni, 2009).

El cerebro y el sistema inmunológico se intercomunican por una red de señales a través del sistema endócrino. Las sustancias químicas producidas por las células inmunes envían señales al cerebro, el cual a su vez envía señales para actuar sobre el sistema inmune, es decir que estas sustancias químicas influyen sobre el comportamiento y la conducta de las personas.

Sternberg (1999) plantea que ciertos síntomas de enfermedades inmunológicas o mentales, sugieren la interdependencia que hay entre el cerebro y el sistema inmune; la contra regulación entre un sistema y otro, que al presentarse la desregulación propician las enfermedades. Actualmente la investigación está dirigida a descubrir la manera en que los estímulos adversos amenazan la estabilidad molecular, celular y conductual, así como los esfuerzos del organismo para restablecer la homeostasis.

Los neurocientíficos han examinado como nuestro cerebro le da forma a nuestras experiencias y a nuestros recuerdos para generar la amplia gama de lo que son las emociones humanas. Las emociones como experiencias subjetivas inciden en lo que somos y enfatizan lo que deseamos y lo que no deseamos ser. Un área cerebral como es el hipocampo puede ser afectado por la emoción y el estrés. Esta área desempeña un papel fundamental en el aprendizaje y la memoria.

Actualmente la línea de investigación señala que la disfunción hipotalámica es la base anatómica y fisiológica responsable de la alteración de la memoria: la fragmentación y el recuerdo retardado de acontecimiento, también incide en otros síntomas del estrés post-traumático. Los altos niveles de glucocorticoides producidos en períodos de estrés prolongado disminuyen las divisiones dendríticas, la alteración de la estructura sináptica terminal y la inhibición de la regeneración neuronal.

Los efectos de los glucocorticoides sobre la fisiología del organismo que está expuesto al estrés son variados, afectan la fisiología cerebral, modulan la expresión genética, la inmunidad, la reproducción y la formación del hueso, estos efectos pueden

proteger al organismo durante ciertas situaciones de estrés, pero en otras puede dañarlo (Heinze, 2001).

4.2 Neuroplasticidad y Pnieplasticidad

El cerebro tiene capacidad para crear nuevas memorias y adaptarse a ciertos fenómenos adversos. Esta plasticidad neuronal, permite crear nuevas conexiones y perder otras. La neuroplasticidad comprende procesos biológicos de aprendizaje y memoria que se producen a partir de estímulos ambientales. Es una propiedad del sistema nervioso, que cambia dinámicamente en respuesta a la estimulación sensorial, cognitiva o el aprendizaje.

”La posibilidad de que se produzcan cambios en la estructura anatómica de nuestro sistema nervioso adulto, se apoya fundamentalmente en la capacidad de modificación de la conectividad sináptica” (Vázquez, Vietez, Boulosa, & Hadid, 2005, p.99).

La neuroplasticidad es la capacidad de cambio y adaptación del sistema nervioso frente a estímulos ambientales positivos y negativos. Podemos hablar de una Pnieplasticidad porque cambios a nivel del sistema nervioso tiene efecto en los demás sistemas. La modulación está mediada por la intersubjetividad, factores socio-ambientales también por los efectos de la Psicoterapia y los Psicofármacos (Dubourdieu, 2014).

La instauración de nuevos circuitos estará facilitada cuanto más tarde y menos intensas o crónicas hayan sido las fallas empáticas, generadoras de alteraciones psico-orgánicas como consecuencia de estados crónicos de estrés (Dubourdieu, 2014, pag.79)

La psicoterapia actúa con estímulos a través del contacto visual, gestual y verbal produciendo efectos en los mecanismos neuronales del cerebro del paciente. Joseph Le Doux (1999) dice que nuestro cerebro se transforma en quienes somos. Dado que toda vivencia física, sensorial o emocional produce modificaciones biomoleculares y se establecen nuevas conexiones, así como aquellos circuitos desactivados durante largo tiempo o nunca activados son pasibles de podas neurales (Dubourdieu, 2008).

El psicofármaco por la persistencia de su acción consigue que la administración exógena se vuelva endógena generando un cambio plástico (Lista, 2008).

Según Heinze (2001) cambios en el estilo de vida favorecen la reducción de estados de estrés. La incorporación de actividades que incluyen un plan nutricional, ejercicios físicos, técnicas que favorezcan la relajación y trabajar con los aspectos emocionales permiten la inscripción de nuevas memorias.

4.3 De la Psicoimmunología a la Psiconeuroinmunoendocrinología (PNIE)

En 1934 Metalnikov señala la estrecha relación entre el sistema inmune y el resto de los sistemas del organismo diciendo que la inmunidad presenta un problema no solo biológico y fisicoquímico sino también psicológico.

En general no tenemos suficientemente en cuenta el papel que desempeña el Sistema Nervioso (SN) ni tampoco el de la acción psíquica sobre la vida del organismo. El término Psicoimmunología surge con Solomon y Moos en 1964 a partir de un trabajo realizado en pacientes portadoras de Artritis Reumatoidea, donde se analizaron los factores de personalidad como pre-disponentes a desarrollar dicha enfermedad.

Estos autores evaluaron la personalidad y analizaron la presencia o ausencia del factor reumatoide en sangre, en hermanas sanas de las pacientes con la enfermedad. Los resultados pusieron de manifiesto que las hermanas sanas con factor reumatoide mostraban un perfil que sugería mejor funcionamiento psicológico.

El bienestar emocional tiene un efecto protector contra la enfermedad, aunque esté presente el factor reumatoide. Este trabajo de Solomon y Moos dio origen a una nueva corriente científica de exploración y análisis de las relaciones entre los aspectos psicológicos y el funcionamiento inmunológico (Oblitas, Psicología de la salud y calidad de vida, 2006).

Dubourdieu (2014) expresa que en la década del 70 surge la PNIE como una nueva disciplina científica, médico-psicológica, con un enfoque integrativo. Toma en cuenta los conocimientos de diversas disciplinas y sus interrelaciones, con la finalidad de abarcar la mayor cantidad posible de factores intervinientes en cualquier fenómeno que se encuentre bajo su estudio. El sistema inmune en comunicación con el sistema nervioso central y el sistema endócrino son los principales sistemas de información del organismo y del psiquismo.

Su objetivo es la integración interdisciplinaria de las Ciencias de la Salud como la Biología Molecular, la Cronobiología, las Neurociencias, la Psicología, la Psiquiatría, la Inmunología, la Neurología, la Endocrinología. Se basa en el Paradigma de la Complejidad de Edgar Morin, en la Teoría General de los Sistemas de Ludwing Von Bertalanffy, la Teoría del Caos de IlyaPrigogine y en la Teoría del Estrés de Hans Selye. Estos marcos referenciales enriquecen la comprensión del ser humano, de sus procesos de salud y enfermedades que le atañen.

La PNIE como paradigma integrativo y abarcativo se basa en la permanente interrelación mente-cuerpo considerando que la mente y el cuerpo constituyen un organismo indisociable que integra una red de circuitos reguladores neurales y bioquímicos que se interrelacionan entre sí y con el entorno en una complejidad mayor. El entorno influye en el organismo y a su vez el organismo modifica el entorno. La PNIE intenta explicar esta unidad dinámica, con constantes cambios adaptativos e interrelaciones, es una rama de la medicina que tiene por objeto de estudio las relaciones entre los sistemas de control que tiene el organismo humano: el psicológico, el neurológico, el inmunológico y el endocrinológico (Dubourdieu, 2014).

Actualmente se conoce que estos sistemas son capaces de interrelacionarse entre sí o consigo mismo (automodulación). Citoquinas, neuropéptidos, neurotransmisores y hormonas no solamente pueden actuar sino que además pueden ser sintetizados en cualquiera de los sistemas implicados (cerebro-hipófisis, glándulas y sistema inmunológico). La interrelación de todos estos sistemas está dada por receptores específicos de sustancias en cada uno de los órganos que forman el sistema PNIE.

La comunicación en un sentido amplio abarca tanto los órganos y sistemas como el medio externo y el macrocosmos. Los circuitos límbico, paralímbico y pineal han sido considerados hasta ahora como las estructuras encargadas del procesamiento de las emociones. Hoy sabemos con los conocimientos que nos aporta la física cuántica que también se procesan emociones a nivel del sistema cardiovascular, ya que existe en este sistema una extensa red neuronal que está en directa comunicación con los centros neurales de procesamiento de las emociones (Márquez López Matos, 2004).

Estos nuevos descubrimientos ponen de manifiesto la verdadera complejidad del funcionamiento de estos sistemas que aún no alcanzamos a comprender en su totalidad.

Dada la interconexión de todos los sistemas es importante poner énfasis en la capacidad de memoria y aprendizaje que se encuentra presente en todo nuestro organismo e interconectada con infinidad de receptores para múltiples transmisores. Esta interconexión abarca también al timo y al sistema nervioso autónomo configurando así una multiplicidad de interacciones que unen a todos los sistemas y los órganos entre sí y con el medio externo (Márquez López Matos, 2004).

4.4 Epistemología médica

En la historia de las ciencias, la medicina ha intentado establecer, por un lado, puentes de unión entre las llamadas “enfermedades somáticas” fundadas en la anatomía

patológica y la fisiopatología y, por otro lado las llamadas “enfermedades psicosomáticas”. Éstas últimas eran clasificadas basándose en confusas sintomatologías y teorías especulativas donde los tratamientos eran empíricos, dada la imposibilidad de evaluar la enfermedad desde el enfoque médico biologicista. La “psicosomática” a diferencia de la medicina y la psicología, se va a constituir como disciplina independiente, basándose en la dialéctica de las relaciones que un individuo en su totalidad psíquica, biológica, histórica y social mantiene consigo mismo y los otros (Jeammet, 1995).

El término “psicosomática”, hoy no es utilizado desde el paradigma PNIE, en que se considera que el ser “psicosomático” es condición inherente al ser humano, por lo cual toda afección de la salud lo es en todos los sistemas que están involucrados.

Esta concepción abre una puerta de entrada en la medicina al mundo de las emociones, que hoy es posible que sean medidas. La medición en medicina tiene el estatus de verdadero y creíble científicamente.

El examen médico aparece a partir de la creación del hospital como lugar de atención en el S.XVIII, es la forma de recabar información sobre el sujeto enfermo y permite aplicar tecnologías que implican una forma de poder (Foucault, 2002).

Foucault (2002) afirma que una de las condiciones esenciales para el desbloqueo epistemológico de la medicina fue la organización del hospital como aparato de examinar.

El “examen” marcó el inicio de una pedagogía que se puede llamar “ciencia”. El examen como método de conocimiento lleva consigo el saber y el poder. El examen es la técnica por la cual el poder, en lugar de emitir los signos de su potencia, en lugar de imponer su marca a sus sometidos, mantiene a éstos en un mecanismo de objetivación.

El ingreso de la escritura, los registros en archivos dejan entrar la individualidad del sujeto y por otro lado está presente la vigilancia y el control, lo que permitió reconocer a los enfermos, la evolución de las enfermedades, verificar la eficacia de los tratamientos, descubrir casos análogos, etc. Las otras innovaciones que hacen a una metodología científica será la correlación de los elementos, organización de campos comparativos, que permiten clasificar, formar categorías, establecer medias, forzar normas. El examen abre dos posibilidades correlativas, una es la constitución del sujeto como objeto analizable, descriptible, bajo la mirada de un saber permanente. Y por otra parte la posibilidad de un sistema comparativo la descripción de grupos, de hechos comparativos, entre otros (Foucault, 2002).

5. BASES EPISTEMOLÓGICAS

5.1 Pensamiento Complejo

En la perspectiva del pensamiento complejo la elucidación de las circunstancias, la comprensión de la complejidad humana y del mundo se basa en un pensamiento que trasciende el orden de los saberes constituidos y el saber académico. El principal representante de la construcción de una epistemología de la complejidad fue Niels Bohr quien comprendió las implicaciones de las transformaciones teóricas que él estaba protagonizando en el campo de la microfísica. Ponía fin al ideal determinista de la ciencia clásica, era relativo el lugar de la observación, sujeto y objeto no eran separables y al mismo tiempo planteaba un problema lógico fundamental: la aceptación del principio de “complementariedad” en el terreno de la microfísica.

Para el pensamiento complejo la teoría es el punto de partida de tratar un problema y debe estar engramada a un método para ponerse en funcionamiento. La complejidad pertenece a la ciencia, la sociedad, la ética y la política, por lo tanto es un problema de pensamiento y de paradigma.

Es un pensamiento que postula la dialógica, la recursividad, la hologramaticidad, la holoscopía como sus principios más pertinentes, incluye la incertidumbre adquirida tomada de un principio de la física cuántica y por la biología del siglo XX. El pensamiento complejo nunca es un pensamiento completo porque es articulante y multidimensional (Morin, 2003).

5.2 La Física y la Teoría del Caos

La teoría del caos proveniente de líneas de investigación de la física, intenta estudiar fenómenos difíciles de formular matemáticamente dentro de un campo determinista, es por esa razón que se habla de un caos determinista a diferencia del caos del puro azar. El caos determinista o de complejidad se refiere a muchos sistemas que existen en la naturaleza cuyo compromiso va cambiando con el transcurrir del tiempo, son sistemas dinámicos.

Dichos fenómenos aparecen cuando los sistemas se hacen extremadamente sensibles a sus condiciones iniciales de posición, velocidad, etc. Esto provoca alteraciones pequeñas en sus causas que son capaces de provocar grandes diferencias en los efectos. Como consecuencia no se puede predecir cómo se comportaran dichos sistemas más allá de cierto tiempo, estarían regidos por el azar. Este nuevo orden rompe con la idea de que solo hay ciencia de lo general (Morin, 2003).

De acuerdo a los planteos de Ilya Prigogine, no podemos hablar de certezas pronósticas en sistemas abiertos como lo es el ser humano, hablaríamos de probabilidades pronósticas. Cuando sucede lo contrario y un sistema se cierra, tiende a desvitalizarse y operará una mayor predicción causa-efecto al ser pocos los factores que interactúan.

Por el contrario cuando un sistema se abre, incorpora estímulos positivos, se dará una convergencia multifactorial que podrá llevar a nuevos estados saludables, muchas veces no previstos, por la sinergia de esta interacción (Dubourdieu, 2014)

Este concepto es relevante para el manejo del diagnóstico de la enfermedad oncológica, la BPE aporta a transmitir esta plasticidad que busca potenciarse en todas las áreas del sujeto. El trabajo conjunto médico-psicoterapeuta -paciente-entorno se encamina a potenciar la salud y habilitar nuevos circuitos.

Será importante no manejar certezas pronósticas sino probabilidades, pero siempre acompañadas de la técnica BPE que alienta la esperanza e insta al paciente a trabajar en la promoción de su propia salud.

5.3 Pensamiento Sistémico

Capra (1998) habla que la ciencia sistémica está basada en el pensamiento sistémico, demuestra que los sistemas vivos no pueden ser comprendidos desde el análisis porque las propiedades de las partes no son propiedades intrínsecas y solo pueden entenderse desde el contexto del todo mayor. Por tanto el pensamiento sistémico es un pensamiento contextual, se puede explicar en términos del entorno, siendo así un pensamiento medioambiental.

Las propiedades del sistema se destruyen cuando el sistema se disecciona en elementos aislados. A distintos niveles sistémicos, distintos niveles de complejidad. La física cuántica demostró que no hay partes en absoluto, lo que llamamos parte es un patrón dentro de una inseparable red de relaciones. El cambio de la parte al todo puede corresponderse al de objeto a relaciones, todo permite emerger a partir de un lazo, de un vínculo, de una sinapsis (Capra, 1998).

El ser humano es un sistema abierto, que cuando sufre modificaciones a nivel del sistema nervioso, cambia su estado de ánimo, teniendo repercusiones en las hormonas y en la inmunología (PNIE). La alteración de un elemento de un sistema, afectará a otros elementos del propio sistema y a los otros sistemas con los que se comunica. (Dubourdieu, 2014)

5.4 Pensamiento en red

El pensamiento en redes es percibir al mundo como una red de relaciones, este pensamiento ha influenciado el conocimiento científico. Durante miles de años los científicos y filósofos de occidente usaban la metáfora del conocimiento como un edificio, hablaban de leyes fundamentales, componentes básicos donde el edificio se debe construir sobre firmes cimientos. Cada revolución científica mayor hacía temblar los cimientos de la ciencia. Con el nuevo pensamiento sistémico la metáfora del conocimiento como construcción se remplaza por la de red. Al percibir la realidad como una red de relaciones, nuestras descripciones forman también una red interconectada de conceptos y modelos en la que no existen cimientos (Capra, 1998).

El nuevo paradigma implica que la epistemología, es decir la comprensión del proceso de conocimiento, debe ser incluida explícitamente en la descripción del objeto de investigación. Admite que todos los conceptos y teorías científicas son limitados, no hay verdades absolutas, completas y definidas (Capra, 1998).

5.5 Teoría del Estrés y de los Sistemas de Alostasis

El estrés es universal e inherente a los seres vivos, es un mecanismo de adaptación psicológica y del organismo a cambios ambientales internos y externos. Existen muchas situaciones vitales que producen estrés, factores biológicos, emocionales, tóxicos, ambientales y espirituales, así también como cirugías, quemaduras, infecciones, producen respuestas de estrés.

El estrés psicológico o emocional se da ante problemas interpersonales, pérdidas, separaciones, accidentes, enfermedades, e inciden factores de personalidad. El estrés metabólico se relaciona con deshidratación, hemorragias, cetoacidosis, hipoglicemia. El estrés farmacológico, provocado por cocaína, anfetaminas, hipoglicemias, etc.

También el sujeto sufre estrés motivado por exceso de ejercicio físico, cuidado de enfermos crónicos, especialmente con demencias del tipo enfermedad de Alzheimer. Existen situaciones de estrés por aislamiento, desastres naturales, estrés pos-traumático y estrés celular. No hay una causa específica y única de estrés en la vida cotidiana, confluyen estímulos y variables ambientales, físicas, psíquicas y emocionales que estresan al sujeto y afectan el Sistema Inmune (SI).

Se consideran tres tipos de respuestas de adaptación al estrés, de alarma o reacción, de adaptación y de descompensación. Las dos primeras son adaptativas,

aumentan levemente las hormonas del estrés para resolver los retos cotidianos. La tercera respuesta, la de descompensación, es negativa para el organismo, predisponiendo el desarrollo de enfermedades agudas, crónicas y mortales. La tolerancia y adaptación al estrés son influidas por los genes y las experiencias traumáticas previas en el individuo (Klinger, Herrera, Díaz, & al., 2005).

La Teoría del Estrés es otro referente epistemológico que permite estudiar como el sujeto enferma física o psíquicamente por procesos de funcionamiento que implican sistemas del organismo (nervioso, endócrino, cardiovascular, inmune) (Dubourdieu, 2008).

El concepto de estrés proviene de la física y se refiere a los efectos que se producen en un cuerpo sometido a presión. Se puede conceptualizar como un estado de equilibrio amenazado; un conjunto de estímulos y o fuerzas que alteran el funcionamiento del organismo (Dubourdieu, M. 2008, p. 49).

Toda insatisfacción de necesidades primordiales del sujeto, son interpretadas de acuerdo al estado psicofísico del sujeto y pueden percibirse como una amenaza. Ello alude tanto a la falta de sueño, la alimentación, falta de reconocimiento o afecto, es decir los factores o estímulos puede ser inespecíficos, pero las respuestas serán respuestas de estrés con la activación de los ejes específicos que componen estas respuestas y que impactan en toda la red Psiconeuroinmunoendócrina.

En los años 60 Richard Lazarus plantea que lo más conveniente es reunir bajo el concepto de estrés todos los elementos involucrados: el estímulo, las reacciones en sí mismas, los procesos involucrados en las respuestas. La homeostasis es constantemente amenazada por situaciones externas o desequilibrios internos. El equilibrio necesario para una adaptación exitosa es mantenido por fuerzas que lo restauran y contra regulan.

Un acontecimiento solo adquiere valor de estresor según se relacione con: experiencias pasadas, defensas psicosociales, repercusiones fisiológicas y estrategias de afrontamiento.

En respuesta a una situación de estrés y por activación del hipotálamo se activan dos ramas de respuestas en cascada. En una de ellas el hipotálamo estimula al locus coeruleus produciendo la liberación de catecolaminas, referida fundamentalmente a la rama Simpática. El otro eje activado por el hipotálamo es el hipófiso-adrenal (HHA). Cuando este eje se activa el hipotálamo segrega corticotrofina (CRH) que actúa sobre la hipófisis estimulando la liberación de adenocorticotrofina (ACTH). Ésta es liberada en la sangre por medio de la cual llega a las glándulas suprarrenales produciendo la liberación de cortisol.

El cortisol es quien prepara al organismo a reaccionar ante la situación que enfrenta. A su vez vuelve a entrar al cerebro y activa receptores específicos de la corteza frontal y del hipocampo inhibiendo el eje antes dicho para que el individuo vuelva a su homeostasis (feedback negativo).

Cuando el estrés es desencadenado por algún proceso inflamatorio, infecciones o fracturas, donde existe daño tisular se liberan citoquinas proinflamatorias que son las interleuquinas IL-1 y 6 y TNF que también estimulan el eje HHA. El sistema noradrenérgico central que está localizado en el tronco cerebral (locuscoeruleus) también estimula la liberación de CRH. El estrés produce por vía CRH y por vía de la noradrenalina inhibición de las respuestas inmunológicas. El déficit de mecanismos de contrarregulación se produce por una resistencia de los receptores al cortisol circulante, inhibiendo los mecanismos de feedback, alterando la homeostasis. Esta resistencia se desencadena por la intensidad de los estímulos adversos o su prolongación en el tiempo.

Como forma de recuperar la homeostasis se ponen en marcha mecanismos y respuestas hormonales, cardiovasculares, metabólicas, inmunes que pretenden recuperar el equilibrio. A estos movimientos se les denomina alostasis. Este concepto fue formulado por Peter Sterling y Joseph Eyer en 1990 (Dubourdieu, 2014).

“El abuso de los sistemas de alostasis por activaciones frecuentes, sucesivas o crónicas de gran intensidad conlleva a una carga alostática, respuestas psicofísicas desadaptativas al estrés” (Lopez Mato, 2004, p.209).

Hans Selye en 1936 llama distrés a los efectos negativos de la respuesta de estrés crónico. Éste se relaciona con el abuso de los sistemas de alostasis. La carga alostática se presenta en la tercera fase mencionada por Hans Selye en el síndrome general de adaptación como fase de agotamiento, que coincide con una activación prolongada que produce una desensibilización de los receptores (downregulation) o regulación en menos. La falla de estos mecanismos regulatorios conduce al desarrollo de enfermedades inmunológicas y autoinmunes (Dubourdieu, 2014).

6. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Este estudio se desarrolló en el Hospital de Clínicas, hospital público universitario, perteneciente a la Facultad de Medicina de la Universidad de la República Oriental del Uruguay (UdelaR), en el Servicio de Oncología Clínica.

6.1 Tipo de estudio

Se trata de un estudio descriptivo observacional de corte transversal. Este estudio se implementó a través de la aplicación de un cuestionario confeccionado para esta investigación que busca indagar el saber que posee el consultante al Servicio sobre las posibles causas de su enfermedad para luego realizar la Biopsicoeducación o educación en salud. Se utilizan los Inventarios de Depresión y Ansiedad de Beck para evaluar el estado de ánimo al momento de la entrevista y finalizada la intervención Biopsicoeducativa pasada una semana se hace retest. La Biopsicoeducación se realiza en cada una de las dimensiones (biológica, psicoemocional-vincular, cognitiva, socio-ecológica y trascendental-espiritual) que se encuentren más vulneradas y en el segundo encuentro se realiza un experiencia de relajación e Imaginación Guiada basada en la Inmunóloga venezolana Marianela Castés.

La investigación es realizada en una muestra de la población (elegida por conveniencia) con diagnóstico de cáncer sin especificidad de órgano afectado o estadio de la enfermedad, previo al tratamiento o con tratamiento en curso, sea de quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia y/o cirugía, a quienes los médicos oncólogos derivan al equipo de psicólogos del servicio, o quienes piden atención por *motus* propio. Esta muestra no permite inferir conclusiones a partir de estos resultados para la población general de pacientes con enfermedad oncológica. Se prioriza el análisis cualitativo sobre el cuantitativo.

Se realizó una prueba piloto a 3 pacientes que consultaron al equipo de psicólogos con formación integrativa PNIE del Hospital de Clínicas del Servicio de Oncología con el fin de adaptar el cuestionario y evaluar si surgían dificultades en la comprensión de las preguntas, lo que dio lugar a algunas modificaciones sobre el mismo.

6.2 Población

6.3 Criterio de inclusión

Pacientes de ambos sexos, con diagnóstico de enfermedad oncológica, mayores de 18 años y menores de 70 años, que se atienden en el servicio de Oncología Clínica del Hospital de Hospital de Clínicas de la Facultad de Medicina.

6.4 Criterio de exclusión

Pacientes que al momento de realización del estudio no tuvieran capacidad para responder a la encuesta, dificultades de lectoescritura, incapacidad psíquica o cognitiva, que no hubiesen aceptado contestar a la misma ni firmaran el consentimiento, o que estuvieran en ese momento internados. No se acepta que responda la encuesta un tercero o parientes.

Tipo y escala de valores: variable cualitativa nominal.

- Edad actual

Definición conceptual: período de tiempo que ha pasado desde el nacimiento hasta el momento de realizar la investigación.

Definición operacional: declaración del paciente en años cumplidos. Tipo y escala de valores: variable cuantitativa discreta.

- Sexo

Definición conceptual: clasificación de los hombres y mujeres, teniendo en cuenta numerosos criterios, entre ellos las características anatómicas y cromosómicas.

Definición operacional: el dato se obtendrá de la declaración que el paciente realice en el llenado del formulario de acuerdo a su propia autodefinición.

Tipo y escala de valores: cualitativa nominal.

- Estado civil

Definición conceptual: clasificación de los entrevistados de acuerdo a su declaración con respecto a su vínculo conyugal, si es que existe.

Definición operacional: por categorías:

- Casado
- Divorciado - Separado
- Soltero
- Viudo
- Unión libre

Tipo y escala de valores: cualitativa nominal.

- Nivel de educación

Definición conceptual: máximo nivel de estudios formales alcanzado al momento de realizarse la encuesta.

Definición operacional: se preguntará por la educación formal recibida (completa o incompleta) de acuerdo a las siguientes categorías:

- Primaria
- Secundaria
- Terciaria Universitaria.
- Terciaria no Universitaria

- Enseñanza técnica.

Tipo y escala de valores: cuantitativa ordinal.

- Lugar de residencia en la capital o en el interior del país

Definición conceptual: se considera el lugar en el que el paciente habita la mayor parte de los días y donde tiene sus pertenencias de uso diario diferenciando el interior del país y la capital.

Definición operacional: el dato se obtendrá de la declaración que el paciente realice en el llenado del formulario.

Tipo y escala de valores: cuantitativa nominal.

- Actividad de trabajo

Definición conceptual: todas las actividades físicas o intelectuales que el entrevistado realiza de modo recurrente, con retribución económica.

Definición operacional: se presentan las siguientes categorías de respuesta: trabaja; pasivo; inactividad temporal.

6.5 Aspectos éticos

En cuanto a la ética se consideró la participación voluntaria luego de ser entregada una breve información sobre los objetivos de esta investigación, aclarándose en la misma instancia que el rechazo a cumplimentar dicha encuesta no afectaría la asistencia y que sería garantizada la privacidad de los datos. Se solicitó la suscripción voluntaria del consentimiento informado.

Tanto la hoja de información dada al paciente como el consentimiento informado, formulario de encuesta Biopsicoeducativa, Inventarios de Depresión y Ansiedad de Beck y formulario de implicación del investigador se adjuntan en el anexo.

6.6 Método

El cuestionario para la Biospsicoeducación fue construido con 5 preguntas abiertas que daban opciones de respuestas afirmativas o negativas pudiéndose agregar opciones si la persona encuestada no estaba contemplada en las allí presentadas. Está dirigido a la obtención de datos acordes al objetivo general de conocer el grado de conocimientos que tiene cada entrevistado sobre las posibles causas del desencadenamiento de la enfermedad oncológica.

Las preguntas del cuestionario BPE apuntan a indagar sobre vulnerabilidades y fortalezas en las cinco dimensiones en que se aborda al sujeto; Biológica, Psicoemocional-vincular, Cognitiva, Socio-ecológica y Trascendental-espiritual. Luego de la encuesta se aplican los Inventarios de Depresión y Ansiedad de Beck.

El Inventario de Depresión de Beck consiste en 21 ítems, cuya intensidad varía de 0 a 3. Para responder a este cuestionario los sujetos son orientados a tener en cuenta la última semana, incluyéndose el día de aplicación del mismo.

Se puntúa de 1 a 10 si los altibajos son moderados, de 11 a 16 cuando hay una leve perturbación del estado de ánimo, de entre 17 y 20 cuando los estados de depresión son intermitentes, de 21 a 30 si la depresión es moderada, de 31 a 40 cuando se trata de depresión grave y de más de 40 cuando la depresión es extrema. El autor aclara que una puntuación persistente de 17 o más indica necesidad de ayuda profesional (Beck, Steer, & Brown, 2006).

El inventario de ansiedad de Beck consta de 21 preguntas, con un rango de puntuación entre 0 y 63. Los puntos de corte sugeridos por autor para interpretar los resultados son de 0 a 21 ansiedad baja, de 22 a 35 ansiedad moderada y más de 36 ansiedad severa. Cada ítem se puntúa de 0 a 3, correspondiendo 0 a “en absoluto”, 1 a “levemente, no me molesta mucho” y 3 a “severamente, casi no podría soportarlo” (Beck, Steer, & Brown, 2006).

Para la investigación en los tres encuentros siguientes antes del retest se hace BPE en las dimensiones que están más vulneradas, teniendo en cuenta las particularidades de cada entrevistado.

El formulario que evalúa la implicación del entrevistador se realiza luego de finalizada la primera entrevista. Este formulario busca analizar como inciden la transferencia del investigador en los efectos de la intervención BPE. Consta de una pregunta que se hace al investigador, en relación a conductas y emociones que le despierta el primer encuentro con el entrevistado y se proponen 9 opciones posibles que fueron recogidas de la experiencia clínica hospitalaria de 5 años con pacientes oncológicas

7. BIOPSICOEDUCACION

Es una técnica que es utilizada fundamentalmente en la Fase Didáctica de la Medicina y Psicoterapia Integrativa PNIE aunque se utiliza también a lo largo de todo el proceso terapéutico. En el diagnóstico integrativo que se realiza continúan a esta fase, la Fase de Evaluación Diagnóstica y Fase de Experiencias correctivas y enriquecedoras.

En la Fase Didáctica mediante la Biospsicoeducación el terapeuta procura brindar información y educación que favorezca la salud, que aporten a una comprensión y abordaje de los procesos de salud y enfermedad desde el marco referencial epistemológico PNIE considerando los siguientes aspectos:

- comprender la unidad psique-soma-entorno.
- comprender la interrelación de los sistemas: nervioso, endócrino, inmune y las repercusiones del estrés en esa red.
- comprender la incidencia de estilos de vida, de los factores biológicos y conductas basales, de los aspectos cognitivos, psicoemocionales, socioecológicos y espirituales en la salud y la enfermedad y la convergencia de la historia, las circunstancias presentes y las expectativas futuras.
- informar sobre factores de riesgo y de protección para la salud y sobre la Neuroplasticidad y Pnieplasticidad que posibilita generar condiciones que alejen del determinismo y de las sentencias pronosticas (Dubourdieu, 2014).

Bipsicoeducación (BPE) se realiza en cinco dimensiones (Psicoemocional-Vincular, Cognitiva, Biológica, Socio-ecológica, Espiritual- trascendental).

La BPE busca promover las capacidades que posee cada sujeto, identificando sus recursos internos y externos que le permitan realizar cambios en su vida que aporten al tratamiento médico.

Murillo (2006) dice: brindar información ayuda a superar la reacción inicial del diagnóstico y aceptación de los tratamientos. Explicar los beneficios y los efectos secundarios de los tratamientos, así como habilitar los recursos que posee cada individuo para hacer frente a momentos de crisis emocional, permite una mayor compromiso con su curación. La intervención BPE es de carácter pedagógico en la instancia de primeras entrevistas.

Prieto (2004) afirma: la BPE actúa principalmente a través de los factores psicológicos y el estrés, enfatizando en que conocer los efectos del estrés sobre el organismo da lugar a cuidar y protegerse de los mismos.

Fomentar una actitud proactiva en el paciente tiene incidencias favorables en su proceso de recuperación o de prolongación de la vida (Middleton, 2002).

Para que una persona recupere su salud debe flexibilizar modelos, experiencias, mandatos, creencias que lo han llevado a acumular estrés provocando disfunciones en su ser psicofísico y luego la enfermedad. Ampliando el pensamiento de Middleton agregamos que la inscripción de nuevas formas vinculares y cambios en el estilo de vida tiene efecto en la subjetividad. Se ha constatado que personas con malos pronósticos que hacen cambios profundos muchas veces recuperan su salud y otras con mejores pronósticos que no están dispuestas o no pueden hacer cambios, vuelven a hacer una recurrencia (Middleton, 2002).

El tratamiento integral de la salud del enfermo oncológico es atender a su salud en todas sus dimensiones; los problemas psicológicos que el paciente presenta anteriores a su enfermedad y los que surgen como consecuencia de la misma.

“Los trabajos pioneros de Spiegel y del propio Fawzy demostraron que la intervención psicológica mejoraba la supervivencia de enfermos con cáncer” (Ibañez & Soriano, 2008, p.260).

Ibañez&Soriano (2008) afirman: que la atención integral abarca sus relaciones interpersonales, desde la familia, pareja, amigos, el terapeuta debe estar atento a la influencia que tienen las personas que rodean al enfermo en el bienestar tanto físico como psicológico del mismo. Los avances alcanzados en el campo de la medicina y de la Salud Mental, el tema de los supervivientes de Cáncer y los problemas de estrés postraumático que pueden presentar al considerarse que el padecer cáncer es un estresor importante, se ha convertido en un nuevo campo de estudio e investigación.

En revisiones de Ross y colaboradores (2002) se encontraron, entre los años 1982-2002, ocho estudios aleatorios (Linn, et al., 1982; Spiegel,et al., 1989; Fawzy, et al.,1993; Ilnykyj et al.,1994; Edelman, et al.,1999; Kuchler et al., 1999; McCorkle et al.,2000) en los que se comparaban los enfermos de cáncer que recibían intervención psicosocial con un grupo control (enfermos en lista de espera), evaluándose al final de la intervención, o un mes después de la misma, el efecto sobre la supervivencia y otras variables como ansiedad, depresión, dolor, calidad de vida, etc. En cuanto a las intervenciones, la más frecuente fue la terapia de grupo de Spiegel y los programas psicoeducativos, y a nivel individual se aplicaron técnicas conductuales, principalmente relajación y técnicas cognitivo-conductuales. (Ibañez& Soriano, 2008, p 275).

Arbizu (2000) afirma: que el control de hábitos de riesgo y la adopción de estilos de vida saludables se relacionan con conductas que pueden prevenir o actuar amortiguando los efectos del estrés de la vida cotidiana.

Dubourdieu (2014) dice: que se busca que el paciente logre analizar su situación vital encontrándose con las fortalezas y vulnerabilidades en 5 dimensiones: las biológica, psicoemocional-vincular, cognitiva, espiritual y socio- ecológica.

7.1 Antecedentes de resultados de intervenciones BPE

Las intervenciones BPE informan sobre distintos aspectos como son: la salud, manejo de situaciones de estrés, manejo de las defensas, regulación de las emociones. Tienen el objetivo de promover cambios a nivel cognitivo, psico-emocional y de conductas que sean estables en el tiempo. Los cambios más significativos que revelan las investigaciones se dan en: reducción de la fatiga, aumento del espíritu de lucha y compromiso con su proceso de salud, manejo adecuado de las defensas y estrategias de afrontamiento, reducción de los problemas de sueño. Estos cambios se mantienen estables en el tiempo, incluso a los 12 meses de la intervención (Lluch, Almonacid, & Garcés)

7.2 Antecedentes en Talleres de BPE en promoción y prevención de salud.

Los talleres BPE promueven encuentros entre quienes se han recuperado del cáncer y quienes están en tratamiento. Tienen como objetivos fomentar el apoyo social, proveer información, ayuda y orientación por parte de quienes han superado la enfermedad, efectos secundarios y pautas de actuación entre los participantes. Comparten experiencias comunes y facilitan la expresión de las emociones. En pacientes con diagnóstico reciente de enfermedad oncológica se trabajan: los miedos, las creencias en relación al cáncer, el cambio de hábitos de alimentación, de sueño, de horas de trabajo, de sedentarismo, de tabaquismo y de otras adicciones, distintos y variados factores que pueden estar alterados y provocar respuestas de estrés crónicas. Se busca conjuntamente con el paciente procurar herramientas y actividades que favorezcan vínculos saludables.

En el H.C. se vienen realizando desde el año 2011 talleres de BPE para todos los funcionarios del Hospital haciendo difusión sobre distintos temas que favorecen la salud y calidad de vida, con prácticas vivenciales de respiración y relajación.

En el Servicio de Oncología Clínica del mismo hospital se vienen realizando desde el año 2009, y son dirigidos a pacientes y familiares. Desde el 2014 se realizan talleres de BPE a pacientes que están en tratamientos de quimioterapia y radioterapia en el Instituto

Nacional de Cáncer (INCA) a partir de un convenio con Facultad de Psicología donde realizan su práctica estudiantes. En el transcurso de este año se agregó otra práctica optativa para prevención de *Burnout* con talleres de BPE para personal de enfermería.

En España se implementan programas con talleres educativos dirigidos a las personas que se han curado de cáncer, seleccionando temas a trabajar en ellos, de acuerdo a las necesidades y prioridades de atención expresadas por los usuarios de esos talleres. Se han realizado en las siguientes áreas: estado de ánimo y manejo de pensamientos negativos, autoestima e imagen corporal, manejo de la ansiedad, y miedo a la recaída, ansiedad ante los controles, preparación para incorporación al trabajo, retomar la vida en pareja y la sexualidad, análisis de las prioridades vitales (Yélamos, Meseguer, Samblás, & Delgado, 2008).

8. ANALISIS MULTIDIMENSIONAL

Es un análisis integrativo en el sentido de que busca unir, conectar en la conciencia de cada sujeto su existencia “psicosomática” y ante cualquier manifestación de disociación somática o psíquica ello alertaría sobre algo que hay que volver a conectar. Mantener la integridad es reconocer la propia materialidad corporal, necesidades y limitaciones de la misma y reconocerse como distinto del otro en el campo intersubjetivo y sujeto de una cultura (Zukerfeld & Zonis, 1999)

8.1 Dimensión Biológica:

Se enfatiza investigar las conductas basales, en especial: el sueño, la alimentación y si existe una adecuada eliminación. También en los posibles efectos de los tratamientos que pueden alterar estas áreas.

Sueño: dormir es una necesidad fisiológica saludable, que si es de baja calidad *“puede interferir la función inmunitaria, alterar las respuestas hacia el estrés así como la actividad de la vida cotidiana y la calidad de vida”* (Maté, Hollenstein, & Gil, 2004, p.212).

La ansiedad asociada a la enfermedad y a los efectos secundarios de los tratamientos puede alterar el descanso nocturno. Se interviene promoviendo dormir de 7 a 8 horas, alimentos ligeros antes de dormir y relajarse con un ejercicio previo a acostarse. Se estimula leer o escuchar música clásica antes de dormir y no mirar TV. Cuando hay trastornos de conciliación o despertares nocturnos se hace derivación a médico psiquiatra (Maté, Hollenstein, & Gil, 2004).

Prieto (2004) plantea que la alimentación se considera un factor importante en la expansión del cáncer actual. Determinados alimentos son cancerígenos debiendo evitarse su consumo, así como otros estimulan las defensas del organismo. Se motiva al paciente a lograr una alimentación balanceada y ajustada a su situación particular, derivándose a nutricionista del equipo hospitalario. Se revisa si hay conductas de anorexia, bulimia, cantidad y calidad de ingestas.

8.2 Dimensión Psicoemocional- Vincular:

Esta dimensión busca identificar el origen y las consecuencias de estados emocionales de ansiedad, angustia o depresión, los factores conscientes e inconscientes que afectan la existencia actual del paciente. Es necesario diferenciar el efecto del diagnóstico en el estado de ánimo del paciente de los estresores previos a enfermar, e

indagar si se mantienen emociones depresivas ante la enfermedad que puedan interferir en el tratamiento.

El Instituto Americano para el Cáncer utiliza una tabla de actitudes y actividades en la lucha contra el cáncer de donde tomamos algunas afirmaciones para brindar a los pacientes en la biopsicoeducación. Como primera medida, el diagnóstico de cáncer no es una sentencia de muerte, mediante la plasticidad es posible recuperar la salud.

Es de suma importancia seguir los consejos médicos y el compromiso con el tratamiento, además la búsqueda de diferentes apoyos para el tránsito de la misma y su recuperación, para modificar los factores que contribuyen a la enfermedad. Ser consciente de lo que se puede y no se puede hacer y evitar situaciones de estrés. Es fundamental la expresión y descarga de las emociones, acompañadas de prácticas de relajación y visualización de recuperación, así como mantener una postura de esperanza. (Prieto, 2004)

Se procura favorecer posibles cambios de acuerdo a la evaluación diagnóstica que permitan lograr estados de mayor equilibrio, a nivel psico-emocional y biológico sugerir ejercicio físico acorde a su estado actual, fomentar el contacto con personas que puedan aportar a su vida, realizar actividades lúdicas y creativas, ejercicios de visualización guiada, meditación y respiración, incluir nuevas formas de vida, que habiliten a nuevas inscripciones, que bajen los estados de ansiedad, miedo y depresión.

La meditación implica la focalización de la atención en el momento presente, cultivo de la receptividad observando los propios pensamientos y sentimientos, no juzgando, dejando de lado el pasado y las expectativas futuras, las ideas preconcebidas (Oblitas, 2008, p.247).

Terapias de relajación psicofisiológica: crean estados favorables para salir de la ansiedad y el miedo. La respiración abdominal (concentrándose en la inspiración y expiración), la relajación muscular profunda (tensar fuerte y soltar despacio los segmentos musculares desde la cabeza a los pies), la relajación autógena (visualizar sensaciones de pesadez y calor agradables en todo el cuerpo) y la retroalimentación biológica (sentir y contar el ritmo cardíaco, el respiratorio etc) reducen la tensión y el estrés muscular.

La visualización o imaginación guiada dirigida a imágenes de ambientes naturales o que produzcan calma, inducen a percepciones y emociones que favorecen la seguridad y la confianza. Tomar conocimiento de su sistema inmune, de sus defensas aporta a la aceptación de los tratamientos de quimioterapia y radioterapia. El paciente se siente parte del proceso del tratamiento hacia la salud. El entrenamiento continuo en relajación tiene un

efecto favorable en el sistema inmunológico. Al estudiar un grupo de pacientes con cáncer de ovario que reciben quimioterapia presentó modificación de parámetros inmunológicos (Oblitas, 2008).

“En un grupo de pacientes con cáncer metastásico, el entrenamiento con técnicas de relajación durante un año produce cambios significativos en varias medidas de inmunocompetencia”(Arbizu, 2000, p.175).

Promover actividades estéticas y culturales como pintar, bailar, cantar, realizar tareas manuales e intelectuales que estimulan al cerebro y tienen un efecto relajante ante la ansiedad y el miedo(Oblitas, 2008).

8.3 Dimensión Cognitiva:

El cáncer para la mayoría de las personas es percibido como una situación de amenaza, generadora de estrés. El sujeto a partir de cómo interpreta su realidad es capaz de producir cambios bioquímicos en el cerebro en pro o en contra de su salud.

La dimensión cognitiva investiga como el paciente interpreta su realidad en relación a su situación de vida antes y a partir del diagnóstico. Los pensamientos y creencias que pudieron haber generado respuestas de estrés favoreciendo la enfermedad y sobre la enfermedad oncológica pueden obstaculizar la aceptación del diagnóstico, no aceptar los tratamientos o prescripciones médicas y como consecuencia no comprometerse con su proceso hacia la salud. *“Según la TRE (terapia racional emotiva): las personas se sienten perturbadas muchas veces no por los acontecimientos de la vida sino por la manera en que los interpretan”* (Prieto, 2004, p.116).

El objetivo BPE es facilitar la adherencia al tratamiento tanto médico como psicológico, sacando mitos y creencias universales en relación al “cáncer”, dando información real, actualizada y ajustada a la situación particular del paciente, sobre su enfermedad, tratamiento, efectos secundarios y beneficios.

En esta dimensión se enfatizará en indagar sobre pensamientos negativos, distorsionados y recurrentes en relación a sí mismo, a los demás, a la enfermedad, al pronóstico, al tratamiento, miedos a la muerte y a la dependencia de los demás. Otros aspectos a trabajar son: la sobregeneralización, magnificación de los aspectos malos y minimización de los buenos (Prieto, 2004).

8.4 Dimensión Socio-Ecológica:

Entre los hábitos sociales que afectan al cáncer están la exposición ambiental a carcinógenos, hábitat cerca de fábricas o de desechos tóxicos, exposiciones solares debido a trabajos al aire libre, exposición al tabaco por el humo o fumar, ingesta de dietas ricas en grasas y bajas en fibras, consumo problemático de alcohol y drogas (Arbizu, 2000).

Indagar si el sujeto ha estado crónicamente preocupado por factores económicos o de vivienda, si ha estado expuesto a sustancias tóxicas en el entorno habitacional o ambiente laboral que cree incidieron en su enfermedad.

En esta dimensión se enfatizará si han habido preocupaciones frecuentes para resolver la economía, trabajo, vivienda, educación (Duborudieu, 2014).

8.5 Dimensión Trascendental- Espiritual:

Está basada en investigaciones que evidencian las relaciones entre religión y espiritualidad en la salud integral y de intervenciones en salud, que plantean que la religión y la espiritualidad son variables moderadoras y amortiguadoras ante eventos traumáticos como es la enfermedad (Quiceno & Vinaccia, 2009).

La espiritualidad proviene del latín espíritu, que significa respiración, es decir, vitalidad y en cuanto a la relación con alma significa capacidad de trascendencia (Volker, 2006).

Para Koenig, McCullough, & Larson (2001), la espiritualidad es la búsqueda personal para entender las respuestas a preguntas sobre la vida, su significado y la relación con lo sagrado o lo trascendente, que puede o no conducir al desarrollo de rituales religiosos y la formación de una comunidad, mientras que la religión es un sistema organizado de creencias, prácticas, rituales, y símbolos diseñados para facilitar la cercanía a lo sagrado o trascendente (Dios, un poder más alto, o la verdad o la realidad última).

Koenig, George, & Siegler (1988) presentaron investigaciones basadas en la evidencia, que daban como resultado que aunque las personas no sean demasiado religiosas o espirituales en su diario vivir, pueden serlo en momentos de enfermedad, debido a sentir que pierden el control personal.

La literatura académica plantea que el afrontamiento espiritual como la oración, la contemplación, yoga, budismo zen, meditación trascendental, relajación, visualización,

escuchar música, hacer contacto con la naturaleza, entre otras técnicas, tienen un impacto favorable en la actividad eléctrica de los neurotransmisores, en el sistema nervioso, en el sistema límbico, en el sistema serotoninérgico y en las respuestas del organismo.

Se observa con estas prácticas la presencia de menos niveles de cortisol plasmático y mejor funcionamiento del sistema inmune, se produce disminución del metabolismo en general, menos consumo de oxígeno y dióxido de carbono, disminución de la frecuencia del ritmo cardíaco, aumento de las ondas cerebrales lentas, disminución de los niveles de hipertensión arterial y estado de bienestar en general (Quiceno & Vinaccia, 2009, p. 328).

Cuando el sujeto logra unir mente cuerpo a través de técnicas de respiración y meditación se aproxima al autoconocimiento, a una mayor introspección que le ayuda a la aceptación de los tratamientos y mejorar la calidad de vida en general.

En la dimensión espiritual se indaga que el paciente no utilice las creencias o la espiritualidad para dejar todo en manos de un ser superior y del equipo médico sin incluirse como parte activa de su tratamiento. En la dimensión espiritual se busca promover un sentido de vida, propósitos, valores que armonicen y motivaciones.

8.6 El Sistema Inmune y la Visualización Guiada

El entrenamiento en técnicas de relajación e imaginación guiada son utilizados en tratamientos grupales e individuales en pacientes con cáncer y otras afecciones, así como en promoción y prevención de salud. Se utilizan con el objetivo de reducir la hiperactivación y el estado de alerta a nivel del SNC que tiene sus consecuencias en el resto del organismo. Permite a las personas aprender a manejar imágenes y recuerdos recurrentes sobre la enfermedad y su futuro, por tanto es de gran aporte para controlar los miedos e incertidumbres.

A partir de la experiencia transmitida por Simonton (2007) en EEUU y luego con aportes de la Inmunóloga venezolana M. Castés que viene realizando desde hace más de 15 años en el Laboratorio de Psiconeuroinmunología de la Cátedra de Inmunología de la Escuela de Medicina José María Vargas (UCV) replicamos su experiencia en el Servicio de Oncología Clínica, dado que las técnicas de relajación, respiración y visualización en combinación con los tratamientos convencionales tienen un efecto reparador en distintas patologías como asma, diabetes, cáncer. La imaginación guiada permite tomar conciencia de los órganos, del sistema de defensas y ayuda a que las personas recuperen cierto control en situaciones de confusión e incertidumbre provocadas por los tratamientos y la enfermedad. La imaginación activa nuestro cerebro produciendo cambios fisiológicos y

bioquímicos en el organismo. Las mismas zonas del cerebro se activan ante la presencia de un objeto o ante la ausencia del mismo. El Dr. Herber Benson fundador y director del instituto *Mente Cuerpo* de la Universidad de Harvard (1996-2000) demostró que durante la respuesta de estrés, aumenta la actividad metabólica, la presión arterial, la frecuencia cardíaca y respiratoria, así como la tensión muscular, mientras que estos parámetros disminuyen en respuesta a la relajación (Castés, 2014).

8.7 Estado anímico

Es un estado psicológico, un conjunto de sensaciones autopercebidas que determinan nuestro bienestar psicológico, la eficacia de nuestros comportamientos y la calidad de nuestras relaciones interpersonales. Las causas de los cambios del estado de ánimo son la salud, el sueño, el ejercicio físico, la alimentación, los pensamientos, los sentimientos, el estrés y los cambios cíclicos del entorno (noche-día, verano-invierno, etc) así como los sucesos que nos afectan en cada momento de nuestra vida cotidiana.

Los estados de ánimo no son lo mismo que las emociones aunque comparten muchos aspectos en común, se caracterizan por ser de menor intensidad y mayor duración que las emociones, no existe una relación causa-efecto obvia entre el estado de ánimo y los acontecimientos (Thayer, 1998).

Los estados de ansiedad y depresión constituyen alteraciones del estado de ánimo y del humor descrito en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM en donde se establecen criterios diagnósticos consensuados. A los efectos de esta investigación no haremos un diagnóstico psiquiátrico a nivel de trastornos sino de sintomatología ansiosa o depresiva basándonos en los Inventarios de Beck para Ansiedad y Depresión.

Son cuestionarios de autoaplicación que pueden requerir para su administración entre 5 y 10 minutos. Sus ítems evalúan los síntomas depresivos y ansiosos, además pueden obtenerse puntuaciones parciales para los factores cognitivos, afectivos y somáticos (Gonzalez Baron, et.al., 2006)

8.7.1 Ansiedad y cáncer

En el trabajo de campo se mide la ansiedad con la que llega el paciente a la clínica oncológica. Como todo suceso estresante el cáncer no produce la misma reacción en todos

los individuos cuando se percibe como amenaza a la vida aparece la ansiedad que será más intensa en la medida que el sujeto perciba escasos sus recursos para manejar la situación adversa.

Según Cano (2005) la enfermedad oncológica puede valorarse como una pérdida importante que produce una reacción de tristeza que puede desencadenar en depresión. Ambas reacciones emocionales, ansiedad y depresión pueden intensificarse y llegar a producir un trastorno de ansiedad y un trastorno del estado de ánimo.

La ansiedad es una reacción emocional que surge ante las situaciones de alarma, o situaciones ambiguas, o de resultado incierto, y nos prepara para actuar ante ellas. Esta reacción la vivimos generalmente como una experiencia desagradable con la que nos ponemos en alerta ante la posibilidad de obtener un resultado negativo para nuestros intereses. Es una reacción adaptativa que nos prepara para dar una respuesta adecuada ante situaciones importantes (Cano, 2005, p.72).

La ansiedad también puede estar en la base de algunos procesos que a veces desencadenan la enfermedad. Los altos niveles de ansiedad sostenidos en el tiempo afectan a nivel psicológico, a la vez que los sistemas fisiológicos alterados por exceso de activación inhiban al sistema inmune quedando incapacitado para defenderse(Cano, 2005).

La sospecha de un posible diagnóstico de cáncer produce estados de ansiedad como se ha puesto de manifiesto en aquellas mujeres a las que se solicita una segunda mamografía, tras haber encontrado algún dato sospechosos en la primera prueba (Sandin, Chorot, Valiente, Lostao, & Santed, 2001).

Las consecuencias emocionales provocadas por la comunicación de una mala noticia, como cuando se recibe el diagnóstico inicial de cáncer, producirá luego un estado de ansiedad que se continúa a lo largo de los tratamientos, cada vez que se somete a un examen o a un nuevo tratamiento.

A corto plazo, se incrementa la ansiedad de manera importante en casi un 50% de las pacientes que tienen que repetir una prueba, o hacer otra que descarte el diagnóstico de cáncer. Si las nuevas pruebas arrojan resultados negativos, se produce una disminución estadística significativa del nivel de ansiedad; mientras que si hay resultados positivos, o continúan las pruebas, se mantienen los niveles altos de ansiedad(Cano, 2005, p.74).

En una revisión de Van'tSpijker, Trijsbur, & Duivendoorden(1997), mediante el uso del meta-análisis, se encontró que no hay evidencia de que existan niveles más altos de ansiedad en pacientes con cáncer que en la población general, sin embargo sí se ha

demostrado que el nivel de depresión es más alto en los pacientes con cáncer. A su vez comparados con los pacientes psiquiátricos, los oncológicos aparecen con niveles más bajos de ansiedad y depresión. Cuando se comparan con pacientes con otros tipos de enfermedades médicas, los oncológicos presentan un nivel más bajo de ansiedad.

La literatura científica sobre ansiedad y cáncer es abundante pero confusa, dado que se habla indistintamente de síntomas de ansiedad y trastornos de ansiedad, y los métodos de evaluación utilizados son también muy diversos.

Cano(2005), en su revisión de estudios de las bases de datos Pub Med y PsycInfo y su interpretación, concluye que los pacientes con cáncer presentan niveles más bajos de ansiedad que la población general, medidos por cuestionarios. A su vez, utilizando la entrevista diagnóstica, parece que los pacientes con cáncer presentan una prevalencia de trastornos de ansiedad en el último año similar a la población general, en torno al 6% en los últimos 12 meses, para los países europeos (que presentan un 6,4% de media en la población general de los seis países estudiados).

Paralelamente se ha revisado la incidencia de síntomas depresivos y trastornos del estado de ánimo que permiten concluir que los pacientes con cáncer presentan mayor nivel de síntomas depresivos que la población general, evaluado mediante cuestionarios. Asimismo presentan una prevalencia año de los trastornos del estado de ánimo superior a la de la población general, que podría estimarse en una cifra superior al 6% para pacientes con cáncer en Alemania, país en el que la población solo alcanza el 3.6% de prevalencia.

8.7.2 Depresión y Cáncer

Aproximadamente un 50% de los pacientes oncológicos presentan algún trastorno psiquiátrico a lo largo de la enfermedad, frecuentemente un trastorno adaptativo con ánimo depresivo, muchos no son tratados porque no se diagnostican por considerarse reacciones “normales” a la enfermedad. También la sintomatología puede ser provocada por el cáncer o los tratamientos oncológicos (Maté, Hollenstein, & Gil, 2004).

El diagnóstico de depresión basado en el DSM, describe síntomas somáticos, como anorexia, astenia, pérdida de peso, insomnio, entecimiento psicomotor, o pérdida de interés sexual en pacientes sin otra enfermedad, por lo que tiene poca utilidad diagnóstica en pacientes oncológicos ya que son síntomas comunes a la enfermedad neoplásica y a la depresión.

“Dada las dificultades de reconocimiento clínico de la depresión en estos pacientes, Endicott (1984) propone una serie de criterios sustitutivos de los síntomas somáticos del DSMIV (2000) por síntomas cognitivos de tipo afectivos (ver tabla 8)” (Maté, Hollenstein, & Gil, 2004)

Tabla 8. Síntomas para el diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor según DSM IV y síntomas sustitutivos recomendados por Endicott (Endicott, 1984).

Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día. **	
Disminución acusada del interés o la capacidad para el placer en todas las actividades. **	
Apariencia depresiva	
Aislamiento social o reducción de la expresión verbal.	
Agitación o enlentecimiento psicomotor casi cada día	
Melancólico, autocompasión o pesimismo	
Sentimientos de inutilidad o culpa excesivos o inapropiados	
Baja reactividad: incapaz de levantar el ánimo	

Nota: como mínimo uno de los síntomas marcado con ** debe estar presente para poder realizar un diagnóstico de trastorno depresivo mayor. Asimismo, debe haber una presencia de al menos cinco síntomas de lo señalados durante el periodo igual o mayor a dos semanas para un diagnóstico de trastorno depresivo mayor.

Se han estudiado otros factores de riesgo junto a los efectos estresantes del diagnóstico de cáncer, como son: el sexo, mayor porcentaje en mujeres, la edad, más en jóvenes, antecedentes de depresión y del estado de ánimo, antecedentes de consumo de sustancias tóxicas (alcohol, drogas, etc), bajo apoyo social, incapacidad física o funcional,

presencia de dolor y cansancio, estar en tratamiento (activo o paliativo), pérdidas recientes, conflicto existencial.

El diagnóstico de depresión en el paciente oncológico tiene una serie de características que lo diferencian del de la población general, las características de la enfermedad tanto médicas como psicológicas, así como los efectos del tratamiento que dificultan la llegada al mismo e influyen negativamente en el proceso de salida de la enfermedad, duración de internación, autocuidado, cumplimiento terapéutico, calidad de vida y supervivencia. Existen algunos tipos de neoplasias, tales como: cáncer de páncreas, de pulmón, tumores del SNC, linfomas y leucemias, que se consideran como enfermedades probables como causas orgánicas de depresión (Maté, Hollenstein, & Gil, 2004).

8.8. Formulario que investiga la transferencia e implicación del investigador

Se utiliza un formulario de autorrealización por el investigador para considerar como puede afectar la intervención, buscando la predominancia de indicadores de la transferencia e implicación del mismo en la tarea.

Freud (1986) en sus Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico dice que: *“...hay una tendencia afectiva peligrosísima: la ambición de obtener, con su nuevo...instrumento un logro convincente para los demás...”*(p.114).

A partir del formulario de implicación del investigador analizaremos como incide el posicionamiento del paciente frente a su enfermedad en la intervención BPE y si la contratransferencia del investigador tiene algún efecto en la intervención. La contratransferencia será considerada en esta investigación como la reacción del terapeuta frente a lo que él paciente le produce.

En 1910, en su discurso inaugural del segundo congreso de Psicoanálisis, hablando de las innovaciones en la técnica psicoanalítica Freud dice que la contratransferencia se instala en el médico por el influjo que el paciente ejerce sobre su sentir inconsciente y que es necesario que pueda detectarla para controlarla (Freud, 1986).

Legrand (1999) afirma que:

Escuchar el relato de otro pone en juego a nuestra propia persona, nuestra historia, nuestros afectos y conflictos como si nos hiciera vibrar cuerdas sensibles. Estas resonancias se constituyen claramente en recursos, pero también en obstáculos para la investigación (p.3)

De aquí deriva la importancia de cruzar lecturas plurales del mismo material dentro del equipo de trabajo, donde se hace una co-visión o supervisión de lo trabajado con cada paciente.

El vínculo con el paciente opera en una metaplasticidad estados de conexiones neurales devenientes de cómo fueron las experiencias del terapeuta en su vida y de las experiencias recientes. Por ello su reacción frente al paciente dependerá de lo que el paciente con sus características le genera pero también de esta metaplasticidad o configuración propia del terapeuta. (Dubourdieu, 2014)

En la técnica psicoanalítica la transferencia es un motor de cambio muy poderoso, si bien siempre se produce en toda relación humana. La transferencia es el fenómeno psíquico inconsciente que consiste en revivir con figuras posteriores en la vida modos de relación originalmente pertenecientes a figuras parentales en la infancia (Murillo & Alarcón Prada, 2006).

Según Freud (1986): todo ser humano por efecto conjugado de sus disposiciones innatas y vínculos tempranos adquiere un ejercicio de su vida psíquica que se repite y se vuelve a reimprimir de manera regular en la vida dependiendo de las circunstancias externas y de sus referentes afectivos. Cuando la necesidad de amor de alguien no está satisfecha de manera exhaustiva, por la realidad vincular original, buscará en cada nuevo vínculo colmar sus expectativas. Por tanto la insatisfacción podrá ser volcada en el vínculo con el médico, con el enfermero, con el psicólogo y con la institución de salud.

Sandler en 1976 analiza las formas sutiles en que terapeuta y paciente se inducen bidireccionalmente, como el paciente sin conciencia de ello, induce al terapeuta a comportarse de un modo particular adaptándose a las percepciones que construye sobre las reacciones del terapeuta (Avila Espada, 2005).

Es desde esta mirada que se determinan recíprocamente tanto a nivel de procesos que operan en y fuera de la conciencia, y cualquier aproximación para explicar la mutua influencia, requiere la consideración de todos los planos de comunicación presentes.

Aron (1996), dice que reconocer que se da una influencia mutua entre el paciente y el terapeuta no significa que ésta sea simétrica. Plantea que toda relación humana que merezca ese nombre implica esa bidireccionalidad de influencia y regulación que se constata desde la observación de los estados precoces del desarrollo, en especial en la mutua influencia madre-bebé.

Los investigadores del grupo de Boston (D.N. Stern et al, 1998; Boston Group, 2002, 2003) proponen centrar la atención en el conocimiento relacional implícito que está en la base de las formas de estar paciente-terapeuta que es nombrado como transferencia y contratransferencia. No es un conocimiento declarativo, salvo a posteriori, cuando puede ser observado en la secuencia pasado-presente y posterior. Se trata de una relación implícita compartida que produce un conocimiento implícito compartido que puede reproducir o resonar otras relaciones, con mayor énfasis en aquellas que han dejado una huella conflictiva (Avila Espada, 2005).

Según este autor (2005):

La transferencia como reconocimiento en la experiencia del vínculo actual del vínculo pretérito. Pasado y presente se solapan, se deslizan uno sobre otro en una experiencia compartida, co-construida por ambos partícipes, paciente y analista (p.199).

La transferencia institucional es el monto de fantasías, temores, deseos inconscientes de los pacientes que son dirigidos al Hospital, al Servicio de Oncología. En los servicios de oncología los pacientes ante la angustia provocada por estar transitando una enfermedad de riesgo vital, presentan mecanismos de escisión en que por un lado buscan que la institución los contenga ilimitadamente ante su desvalimiento. Los psicólogos en muchas ocasiones somos testigos de la escisión que los pacientes presentan ante el equipo de salud, estando por un lado, los idealizados, dotados de cualidades y poderes extraordinarios y por otro, aquellos en donde se pone la culpa, la rabia y sentimientos hostiles.

Sin llegar a mecanismos de idealización es necesario tener confianza en el equipo de salud y lo señalamos como mejor tránsito en el proceso del tratamiento. Ante la escisión del paciente, el psicólogo utiliza el “nosotros” como forma de comunicar la integridad del equipo. Se construye de esa forma el vínculo de trabajo o alianza terapéutica (Murillo & Alarcón Prada, 2006).

Estos autores (2006) afirman que:

Parte de la intervención en oncología es ganar la voluntad del paciente hacia las conductas para el control o la superación de las limitaciones derivadas de la enfermedad. Uno de los elementos fundamentales de la alianza terapéutica es el que busca que el paciente se sienta partícipe en su proceso, que se sienta parte del equipo terapéutico y que existe el vínculo afectivo importante entre él y nosotros (p.65).

9. TRABAJO DE CAMPO Y ANALISIS DE RESULTADOS

Población: Nro.12

Para esta investigación fueron realizadas 15 intervenciones y encuestas sobre aspectos considerados como el dispositivo de Biopsicoeducación y se aplicaron los Inventarios de Ansiedad y Depresión de Beck a la misma muestra, sin poder completar el estudio a 3 de los integrantes de la investigación por diversos motivos. El trabajo de campo se completó en 12 de los casos, realizándose 5 entrevistas con cada uno, las 4 primeras fueron utilizadas para realizar la BPE multidimensional y la última para el retest con los Inventarios de Ansiedad y Depresión de Beck.

Los pacientes son todos atendidos en el Servicio de Oncología Clínica del Hospital de Clínicas (H.C) de la Facultad de Medicina UdelaR (Uruguay).

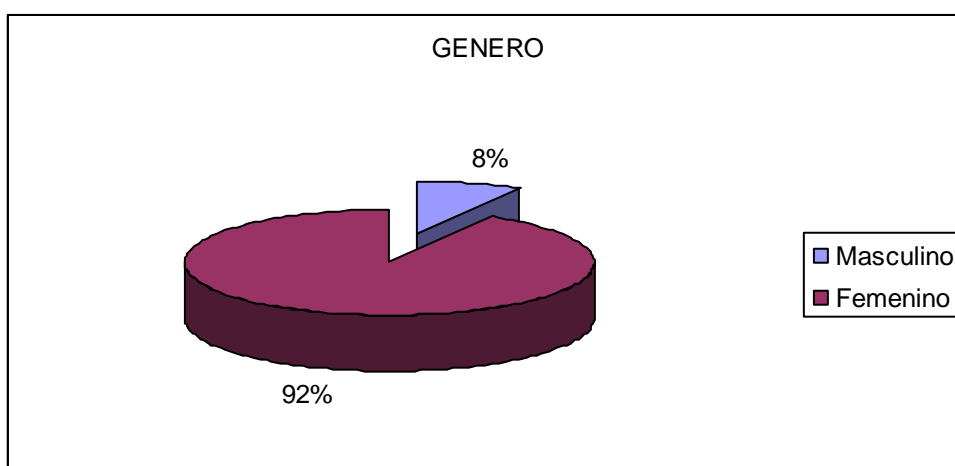
Las entrevistas fueron realizadas semanalmente o quincenalmente según las posibilidades de traslado del paciente – algunos residen en el interior del país- y su estado de salud general.

Se buscó que la concurrencia al Hospital fuera coordinada con otros tratamientos o consultas médicas para facilitar la asistencia a la misma.

Género

Tabla 1

	<u>En cantidad</u>	<u>En %</u>
Masculino	1	8%
Femenino	11	92%
	12	100%

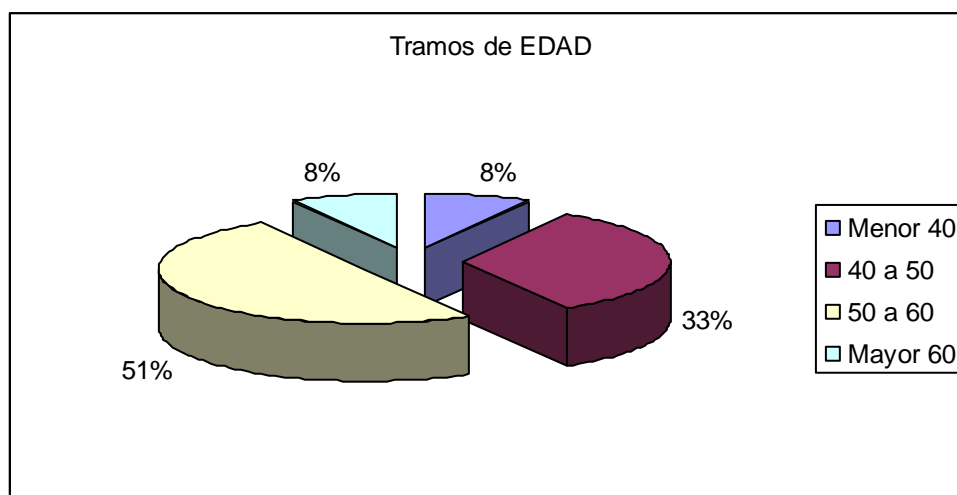


La población del estudio en su mayoría son mujeres, lo que nos sugiere que las mujeres buscan más ayuda que la población masculina y que están más dispuestas a recibir apoyo psicológico para mejorar su salud. También están más habituadas a los *Screening* para el diagnóstico precoz de cáncer de mama y el del test de Papanicolau, dada la obligatoriedad en nuestro país para obtener el Carnet de Salud. Si bien a nivel nacional hay campañas de prevención para hacer un diagnóstico oportuno la mayoría de la muestra presenta cáncer de mama en estadios avanzados.

Edad

Tabla 2

	<u>En cantidad</u>	<u>En %</u>
Menor de 40 años	1	8%
De 40 a 50 años	4	33%
De 50 a 60 años	6	50%
Mayor de 60 años	1	8%
	12	100%



La muestra presenta una edad promedio por encima de los 40 años lo que se corresponde con la franja etaria de mayor riesgo de contraer una enfermedad oncológica. El riesgo aumenta con la edad y es menor por debajo de los 40. En esta población mayoritariamente femenina y con cáncer de mama casi en su totalidad, el período crítico se da entre 40 y 60 años. Las mujeres que pasan por la menopausia a mayor edad tienen mayor riesgo dado que el cuerpo se expone a mayores niveles de estrógenos a lo largo de la vida (Romero, Santillán, & et.al., 2008).

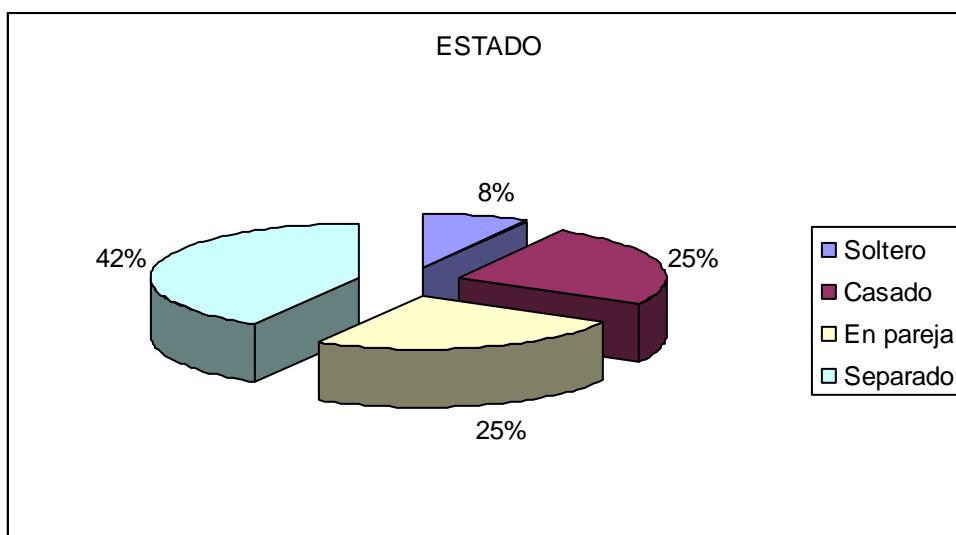
Es la adultez una etapa donde se busca concretar ciertos propósitos de la vida, a nivel familiar, laboral, de hijos, de pareja y en la muestra vemos dificultades en estas áreas.

Por otro lado estamos inmersos en una cultura que privilegia la juventud, la velocidad, la hiperactividad, por tanto se profundizan los sentimientos negativos de pérdida y exclusión en la menopausia (Zukerfeld&Zonis, 1999).

Estado Civil

Tabla 3

	<u>En cantidad</u>	<u>En %</u>
Soltero	1	8%
Casado	3	25%
En pareja	3	25%
Separado	5	42%
	12	100%



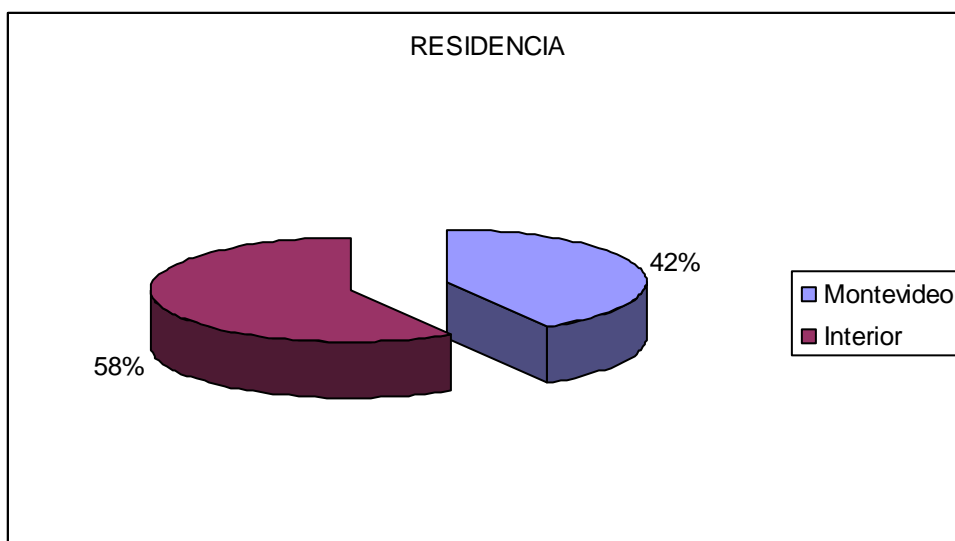
El estado “soltero” por la composición etaria, es una excepción (un caso), en tanto se observan divorcios o separaciones en elevado número en la población adulta. También podemos inferir por los datos obtenidos en las entrevistas y lo que da cuenta la grafica que

las personas separadas tienen menor apoyo afectivo y las que están en pareja han sufrido ya decepciones amorosas y transitado por rupturas significativas.

Residencia

Tabla 4

	<u>En cantidad</u>	<u>En %</u>
Montevideo	5	42%
Interior	7	58%
	12	100%

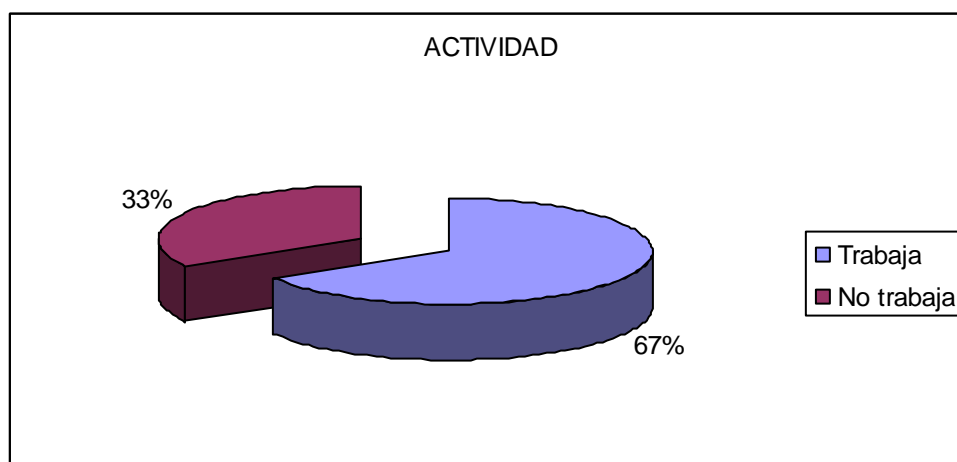


Se aprecia una mayor participación de población proveniente del interior, pese a que la investigación se desarrolló en el Hospital de Clínicas de Montevideo. Podemos inferir que en el interior del país se carece de hospitales públicos que cuenten con los recursos necesarios para la atención de esta población. Se deben considerar también las dificultades que presentan los pacientes para residir en Montevideo durante la etapa de tratamientos o el esfuerzo que implica el viajar dos o tres veces al mes.

Actividad Laboral

Tabla 5

	<u>En cantidad</u>	<u>En %</u>
Trabaja	8	67%
No trabaja	4	33%
	12	100%



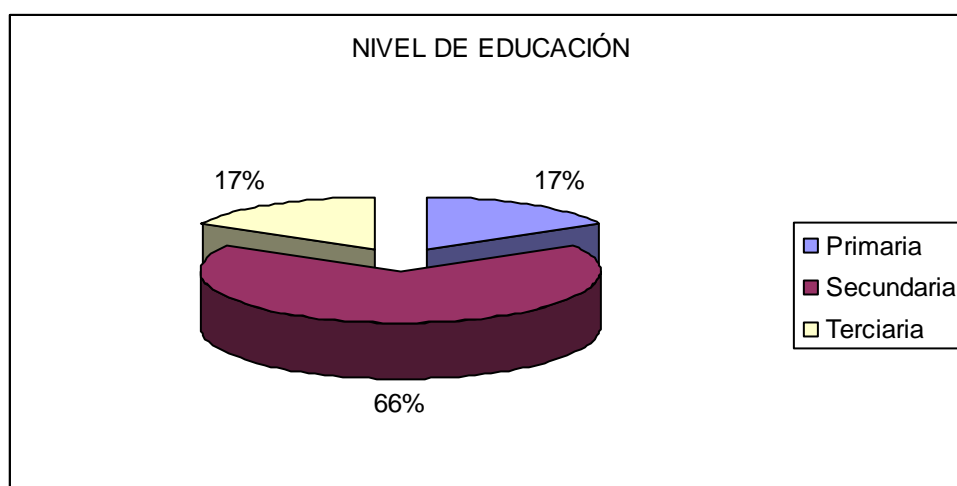
La mayor parte de los integrantes de la muestra no está activa laboralmente pese a que declaran trabajar. Como consecuencia de los tratamientos a los que están sometidos se encuentran en: proceso jubilatorio o iniciaron el trámite para un subsidio por incapacidad temporal o definitiva o han dejado de trabajar y son sostenidos por sus familias hasta lograr una pensión o jubilación.

El estar inactivos es un factor estresor en la mayoría de los encuestados, que presentaban angustia, porque otros (hijos, nietos) dependían de sus ingresos y no podían aportar al sustento familiar, sino por lo contrario tenían que pedir ayuda. Otro factor de angustia era que los ingresos que recibían no permitían cubrir sus gastos de cuidado de su salud, como alimentación, medicación, transporte, acondicionamiento del hogar.

Nivel Educativo

Tabla 6

	<u>En cantidad</u>	<u>En %</u>
Primaria	2	16%
Secundaria	8	67%
Terciaria	2	17%
	12	100%



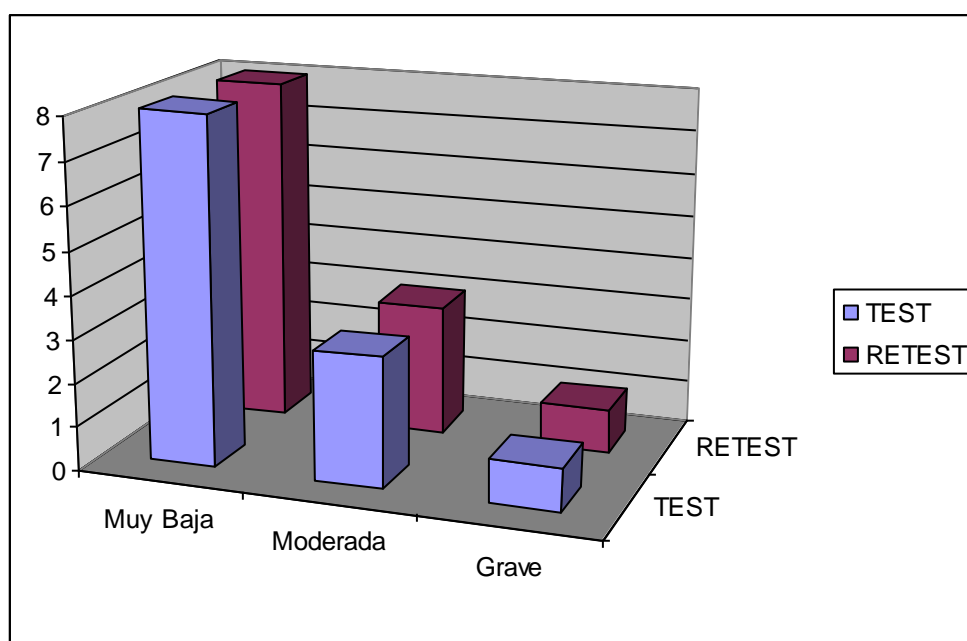
Computando el nivel incompleto dentro del grado de nivel educativo (67% llegó a secundario) se trata de una población con un grado medio bajo de educación formal. Por lo recabado en entrevistas BPE inferimos que en la mayoría se deba principalmente al ingreso precoz en el ámbito laboral, al nacimiento del primer hijo al final de la adolescencia, y al quedarse a cargo de sus hijos sin apoyo económico de la pareja. Podemos decir que el nivel educativo no es una restricción para la intervención BPE en esta población.

GRAFICAS DE TEST Y RETEST DE ANSIEDAD Y DEPRESION

Tabla 7

	<u>Test cantidad.</u>	<u>Retest cantidad</u>
Ansiedad muy baja	8	8
Ansiedad moderada	3	3
Ansiedad grave	1	1
	12	12

Resultados de Test y Retest de Inventario de Ansiedad de Beck



Los resultados obtenidos en las dos instancias muestran que la ansiedad que presentaban en su inicios no cambió luego de la intervención BPE, lo que puede dar cuenta de que la mayoría de los participantes estaban transitando por instancias de exámenes de rutina para la realización de los tratamientos de quimioterapia o en rutinas de control, por lo que es esperable un monto de ansiedad generada por la incertidumbre de que la evolución no sea la esperada. La mayor parte presentaban una ansiedad moderada y

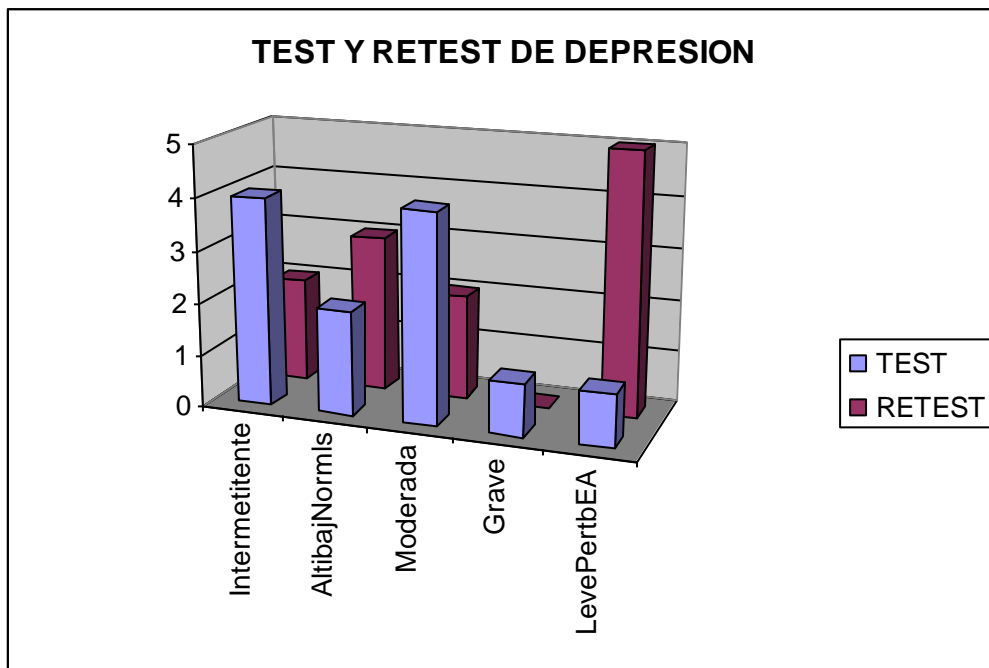
solo un caso presentó ansiedad grave, lo que puede deberse a que la mayoría estaba en proceso de adaptación a los tratamientos y que previo al diagnóstico de enfermedad oncológica no presentaban ansiedad.

Resultados de Test y Retest de Inventario de Depresión de Beck

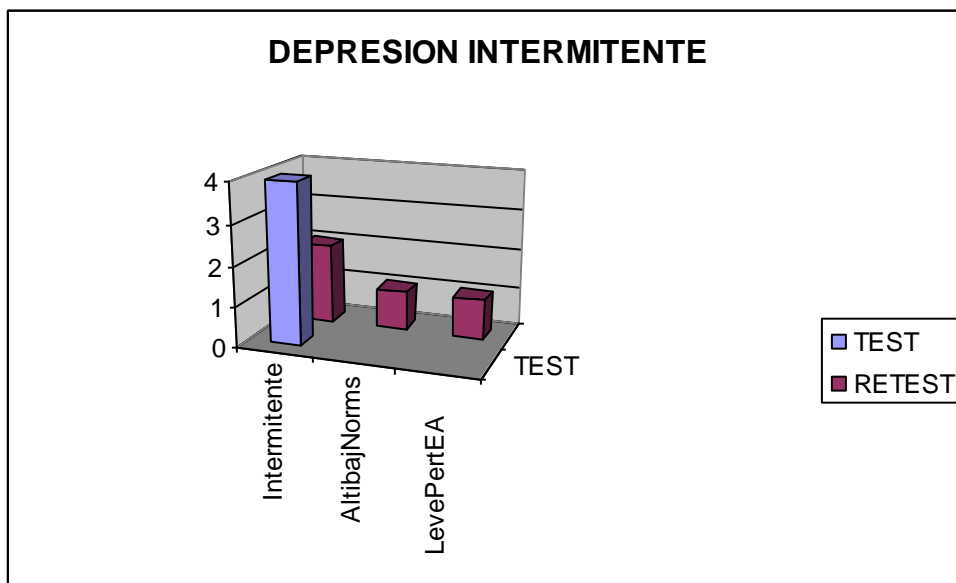
Tabla 8

<u>Depresión</u>	<u>Test cantidad</u>	<u>Retest cantidad</u>
Intermitente	4	2
Altibajos normales	2	3
Moderada	4	2
Grave	1	0
Leve perturbación EA	1	5
	12	12

La depresión moderada y grave en esta muestra suman casi la mitad de los encuestados. Los síntomas depresivos son mayormente identificados en pacientes oncológicos, pudiendo ser causa de la amenaza a la vida provocada por la enfermedad, complicación de la enfermedad o de sus tratamientos. Los síntomas depresivos pueden estar asociados a tristeza, desesperanza, pérdida de placer, de apetito, perturbaciones del sueño, disminución de energía, sentimientos de desvalimiento o culpa observables en esta muestra (Sanches, Soares, et al., 2012).



DEPRESION INTERMITENTE



El retest sufrió modificaciones luego de la BPE cambiando de depresión intermitente a estados más leves. Lo que puede deberse al vínculo de sostén, buen *rapport*, actitud empática del entrevistador y a que la técnica BPE le permitió unir elementos de su vida que tenía separados y sentir que podían hacer algo por su estado de salud, saliendo de la incertidumbre provocada por el diagnóstico y por situaciones adversas en su entorno familiar, e inseguridad de su futuro en el ámbito laboral.

También produce cierta calma conocer que hay estados emocionales que son provocados por el efecto de la medicación oncológica y por otro lado asociar la angustia al miedo a la enfermedad, a los tratamientos y a la posibilidad de la muerte como algo normal de la condición humana. La expresión de estas emociones aporta a salir de un estado de tensión y represión de las emociones, produciendo alivio al compartir las mismas y recibir contención

10. ANALISIS DE LA INTERCONEXION SISTEMA INMUNE Y EMOCIONES DEPRESIVAS A PARTIR DE RESULTADOS DE RETEST

10.1 Diagnóstico diferencial de la depresión con enfermedad médica

En la clínica médica conlleva ciertas dificultades el diagnóstico de depresión, debido a la coexistencia frecuente con una enfermedad somática o la expresión del trastorno afectivo a través de síntomas y signos somáticos que se da en más del 50% de los casos. La depresión puede darse en conjunción con cualquier enfermedad médica, hay algunas que más frecuentemente se asocian al trastorno afectivo, como son las enfermedades crónicas, que involucran pérdidas funcionales y dolores persistentes.

Lista (2008, p. 39-40) describe 4 modelos para explicar la depresión y la enfermedad somática.

- Depresión concomitante con una enfermedad somática no significa una relación causal entre las dos entidades, aunque pueden afectarse mutuamente en su evolución. Se requiere tratamiento simultáneo de las dos condiciones.
- Depresión precipitada por una enfermedad médica. La condición médica somática es factor precipitante del trastorno afectivo en un sujeto con vulnerabilidad psicobiológica preexistente. Si la depresión que se manifiesta cumple con los criterios de una depresión mayor debe tratarse por separado. En caso de que la sintomatología depresiva sea subumbral, depresión menor, el tratamiento exitoso de la condición médica puede resolver el trastorno afectivo.
- Depresión con etiología médica. Cuando los signos y síntomas afectivos son una manifestación del trastorno médico primario que si es tratado adecuadamente resuelve el trastorno afectivo. Por ejemplo el hipotiroidismo y la deficiencia de la vitamina B12.

- Depresión con presentación somática. El trastorno primario es la depresión pero la expresión clínica es a través de síntomas y signos somáticos, por lo que es necesario trabajar con los síntomas psicológicos de la depresión.

10.2. Depresión y función inmune

La depresión es un estado que puede ser una respuesta normal del organismo o una enfermedad compleja, con presentación clínica muy heterogénea, con diferentes causas, algunas conocidas y otras no, que puede ser secundaria a otras enfermedades médicas, con alteraciones en diferentes mecanismos fisiológicos.

Desde la concepción integrativa PNIE la depresión se define como una enfermedad o trastorno de la mente, cerebro y cuerpo en interrelación dinámica y con el entorno. En esa interrelación, las experiencias traumáticas tempranas y una cierta vulnerabilidad genética o predisposición producirán ciertos cambios neurobiológicos estables a largo plazo que modificarán la respuesta de estrés ante las situaciones de la vida, generando una vulnerabilidad para las enfermedades médicas y psíquicas. (Bonet, 2013)

En el caso de no existencia de vulnerabilidad genética esta enfermedad igualmente puede desarrollarse como ausencia de un abuso de los sistemas adaptativos de alostasis por insatisfacción de necesidades, siendo el eje del estrés, el mismo que el de la depresión.

Puede darse así, un continuum ansiedad-depresión, desembocando en una fase de agotamiento, carga alostática y estado depresivo. (Dubourdieu, 2014)

El creciente impacto de la depresión mayor, el reconocimiento de que aparece paralelamente con muchas otras enfermedades médicas y el esclarecimiento de los procesos inmunes en la patogenia de estas enfermedades, ponen el énfasis en el estudio de la relación entre la depresión y el sistema inmunitario. Se hace acuerdo en diferenciar síntomas depresivos que no llegan a ser una enfermedad y se presentan como una reacción normal ante acontecimientos difíciles de la vida, con sentimientos de tristeza, melancolía, pesimismo, pena, autocompasión, soledad hasta síntomas de una enfermedad que pueden ser grave, o también la manifestación en la conducta de una enfermedad médica como el cáncer. También existe un temperamento depresivo que se expresa cuando es el primer sentimiento que aparece ante las circunstancias de la vida, que puede ser en parte heredado y en parte adquirido.

En relación a la etiopatogenia de la depresión, en la mayoría de los casos es idiopática, no se conoce el origen, en cuanto a la genética se habla de que existe una

vulnerabilidad genética con cierta participación de la herencia en un 40%. Desde la PNIE se considera una enfermedad sistémica y multifactorial.

Dentro de los factores que aumentan el riesgo de tener depresión hay gran heterogeneidad: eventos de la vida estresantes como son pérdidas afectivas, crisis personales. Datos de investigaciones muestran prevalencia de depresión en grupos de población con menos ingreso. En estudios de género, las mujeres que han sufrido abuso sexual temprano tiene entre 2 y 3 veces mayor riesgo de depresión que las que no lo sufrieron y las formas más severas aumentan la tasa de depresión mayor. También hay una fuerte evidencia de la asociación entre depresión y carencia de soporte social. Las personas que carecen de una relación de intimidad y confianza tienen mayor riesgo.

Existen ciertos rasgos de personalidad que son de riesgo psicológico para tener depresión dentro de los que se señalan: nivel exagerado de perfeccionamiento, exceso de responsabilidad, rigidez psicológica, tendencia a pensamientos negativos automáticos, interpretación negativa que se hace de los sucesos de la vida.

Alteraciones biológicas como modificaciones endócrinas como hipo o hipertiroidismo o hiper o hipocortisolismo, alteraciones inmunoinflamatorias , como artritis reumatoidea, lupus eritematoso y otras enfermedades autoinmunes, son también otros factores de riesgo para depresión (Bonet, 2013).

También la depresión puede ser secundaria a enfermedades sistémicas como accidentes cerebrovasculares, el cáncer de páncreas o de mama.

Dentro de los mecanismos cerebrales que intervienen en su génesis, se señala la actividad anormal del eje HHA con exceso de cortisol o déficit de cortisol; la actividad anormal del eje tiroideo con alteraciones en señales neurotróficas del cerebro, lo que indica que el mecanismo de alimentación, reparación y sobrevida cerebral o la disminución de la neurogénesis del hipocampo están disminuidos o anormales.

Hay dos teorías explicativas y complementarias de la depresión según lo señala Bonet (2013), la primera se refiere a un defecto en la señal del receptor de corticoides porque se encuentra en el cerebro, en el hipotálamo, en el hipocampo y en la hipófisis. Cuando ese receptor no funciona, la señal del cortisol y el circuito no se frena , sigue hiperactivo y se sigue liberando CRF (corticotrofina) en el hipotálamo, que produce no solo hiperactividad del eje HHA , sino diferentes signos de depresión. Las causas por las cuales ese receptor no tiene una funcionalidad normal, pueden deberse a cierta vulnerabilidad

genética, y la suma de eventos traumáticos en la infancia temprana, como separaciones, abuso sexual y/o muertes, etc.

La combinación de tratamientos como la psicoterapia, el tratamiento antidepresivo con medicamentos, mejoran la acción del receptor de corticoides y bajan el cortisol plasmático, volviendo a regular el eje HHA. La depresión produce efectos diferentes sobre las funciones inmunitarias, se estudiaron los efectos en la inmunología de estados emocionales como el duelo y luego se estudió la depresión, comprobándose que ambos afectan el sistema inmune, sobretodo la inmunidad celular, que determina la disminución de la actividad citotóxica de las células Natural Killer (NK) y por la proliferación de linfocitos. Además se pudo estudiar que en los pacientes depresivos había una activación de citoquinas inflamatorias y se dijo que la depresión podría ser una forma de inflamación crónica.

Actualmente se piensa que el proceso inflamatorio crónico puede ser el mecanismo común que explique la activación de citoquinas por un lado, y la disminución de la inmunidad celular por el otro. Estudios sobre estado de ánimo e inmunidad realizados en la década del 80 relaciona estas variables observando en pacientes deprimidos una disminución marcada y generalizada en la proliferación de linfocitos. Este defecto de la función linfocitaria indicaría deficiencia en la inmunidad celular en pacientes con enfermedad depresiva primaria. También se comprobó que la capacidad funcional o citotoxicidad de las células NK había disminuido en pacientes con depresión.

En un estudio con mujeres con tres tipos de eventos negativos de vida, se compararon dos grupos y el grupo que tenía mayor cantidad de eventos negativos de vida tenían menos actividad de las células NK. Es decir a más eventos negativos, más depresión y estrés y menos actividad de estas células (Bonet, 2013).

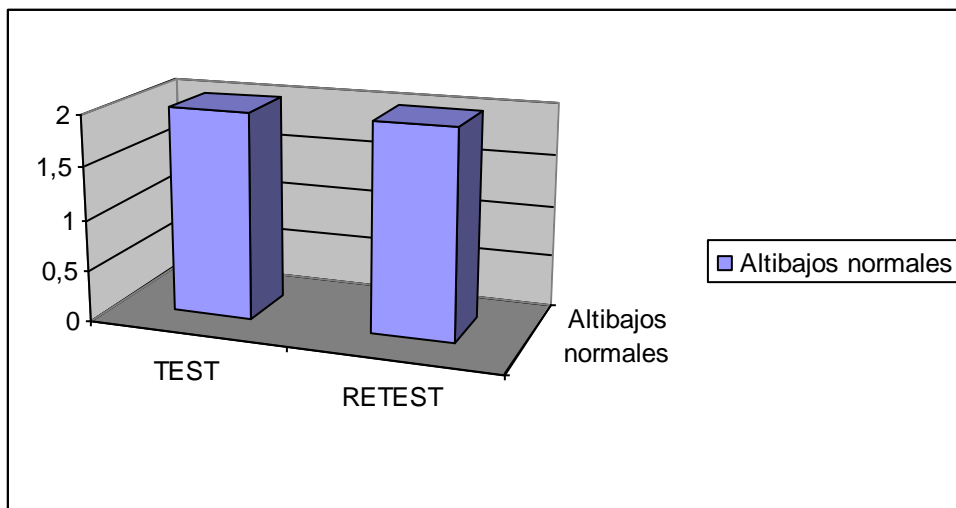
10.3 Depresión esencial y pensamiento operatorio

Según Marty&M'Uzan (2013) creadores de la corriente Psicósomática Psicoanalítica de Paris, retratan la personalidad psicósomática explicando el funcionamiento psíquico de estas personas. El funcionamiento operativo es de adaptación a la realidad, sin desviación de la norma y es acompañado por una depresión esencial. Los indicios de esta depresión se dan en el vínculo temprano madre-bebé, y el término "esencial" señala la ausencia de expresión mentalizada positiva. Los sujetos presentan un tono triste pero sin la pérdida de la autoestima, por esta razón pasa inadvertida por el medio y por el propio sujeto, ya que sus actividades exteriores no sólo permanecen intactas sino que se incrementan. Cuando esta

depresión se instala, la modalidad de vida es operativa, aparecen los automatismos, que no dan lugar a la reflexión o a pensar sobre sí mismo, la vida se reduce a la pura materialidad de lo fáctico. Si desaparecen los procesamientos de elaboración mental y según esta corriente se empobrece la vida de fantasías y los sueños se da una ruptura del equilibrio homeostático con elevado riesgo “psicosomático”.

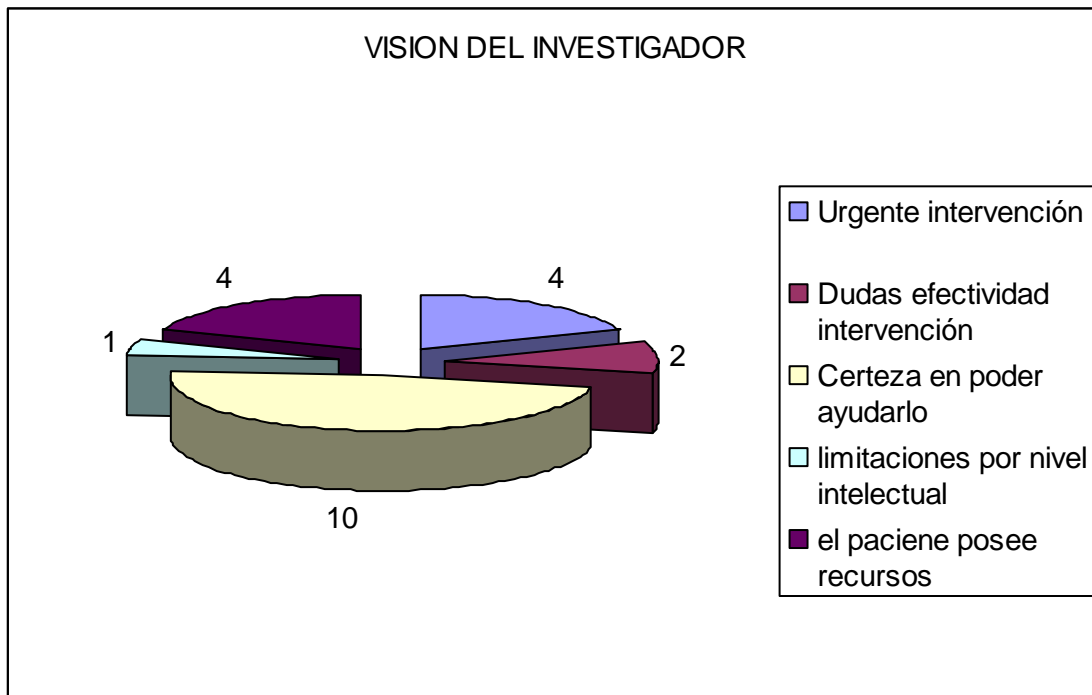
Desde la PNIE se plantea que la exposición a factores de insatisfacción de necesidades y la no posibilidad de procesamiento cognitivo emocional para discernir alternativas para su satisfacción, produce liberación de hormonas del estrés, lo que produce alteraciones psicofísicas (Dubourdieu, 2014)

ALTIBAJOS NORMALES



Altibajos normales y ansiedad leve aparecieron en pacientes con niveles educativos extremos (primaria y universitaria) y estadios de enfermedad (estadios II y IV). Las variantes están dadas en que los encuestados que presentan el menor estadio y menor formación educativa tienen fuertes creencias religiosas y confianza en su espiritualidad, y los que tienen el mayor estadio y mayor formación educativa habían recibido tratamientos psicológicos previos a la enfermedad. La espiritualidad puede tener un efecto protector ante el diagnóstico y ayudar a transitar mejor la etapa de tratamientos y la intervención psicológica antes del diagnóstico ofrecer menor resistencia a los mismos.

11. RESULTADOS OBTENIDOS DEL FORMULARIO DE IMPLICACION DEL INVESTIGADOR



Nota: cada paciente puede merecer más de una opinión de parte del investigador

La implicación del investigador busca identificar los sentimientos que le genera el paciente en el primer encuentro. En la mayoría de los casos el investigador sintió que podía ayudarlo, unido al sentimiento de que los pacientes tenían recursos para salir por sí mismo con mayor probabilidad de que adquieran conductas de cuidado y que la BPE tenga efecto. Ello se podrá revisar en un trabajo a futuro con esta misma población.

Los resultados de este relevamiento permiten hacer ciertas reflexiones en relación a las características de la población de la investigación.

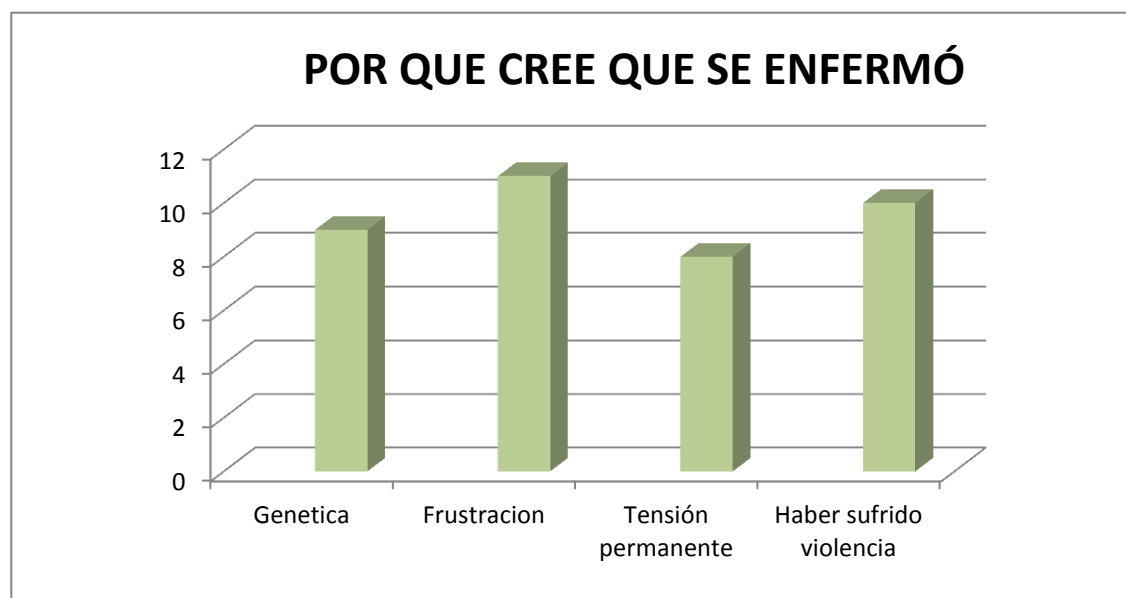
En efecto, el investigador tiene expectativas favorables del beneficio de la BPE pese a que los estadios son avanzados. Adquiriendo la BPE como una herramienta que posibilita la toma de consciencia sobre la necesidad de procurar que factores biológicos, cognitivos, psicoemocionales-vinculares, socioecológicos y espirituales, apunten a la salud. En caso de identificar disfunciones, abordar un proceso terapéutico para cambiar los mismos.

Al mismo tiempo, en su visión la BPE no reconoce como limitación para su aplicación el nivel intelectual de los pacientes, que por cierto no supera el nivel medio bajo

Finalmente, lo expuesto nos hace reflexionar que si la BPE se realizara con un diagnóstico incipiente o en estadios más tempranos se podría disminuir los estados de angustia y ansiedad provocados por el diagnóstico de cáncer y en ocasiones posibles recidivas. En prevención y promoción de salud, la BPE permite advertir la permanencia de factores disfuncionales que estuvieran presentes previos al diagnóstico y que pudieran haber contribuido a la emergencia de la enfermedad

12 - ANALISIS CUALITATIVO DEL CUESTIONARIO BIOPSIKODUCATIVO

¿Porque cree que se enfermó?



Las respuestas dadas por los entrevistados son la confluencia de factores biológicos, psicológicos y sociales, señalando como un hallazgo para esta investigación que la mayoría había sufrido algún tipo de violencia en la infancia por parte de alguno de sus progenitores y luego en sus vínculos de pareja. Habrían sufrido un elevado nivel de frustración que provocaba estados de tensión permanente con repercusión en los sistemas de la red psiconeuroinmunoendócrina.

12.1 Genética

El cáncer es una enfermedad en que genes que controlan la forma de cómo funcionan nuestras células, especialmente como crecen y se dividen, tienen mutaciones en el ADN. Los cambios genéticos pueden ser heredados de nuestros padres si están presentes en las células germinativas, reproductoras del cuerpo humano (óvulos y espermatozoides) o darse por factores epigenéticos.

Hoy se sabe que existe una incidencia bidireccional, genes-ambiente y ambiente-genes, dando la señal para su expresión (Castés, 2013). Por otro lado los cambios genéticos pueden presentarse durante toda la vida de una persona, como resultados de errores producto de la división de las células o por exposición a sustancias que dañan el ADN como el humo del tabaco, o por exposición a la radiación, como la que proviene de los rayos ultravioletas o factores emocionales que generan la señal neuroquímica favoreciendo la expresión de vulnerabilidades genéticas.

La causa genética la señalan en su mayoría los encuestados considerando la genética familiar heredada por línea materna o paterna, en especial las mujeres lo refieren en relación al cáncer de mama.

Los cambios genéticos luego de la concepción se llaman adquiridos, y se dan en cualquier momento de la vida de la persona. Las mutaciones genéticas heredadas son del 5 al 10% en todos los cánceres. Los cánceres no causados por mutaciones genéticas heredadas pueden parecer que provienen de origen familiar, y pueden referir también a un ambiente compartido, a un mismo estilo de vida, tal el caso del consumo de tabaco que hace que cánceres similares se presenten en los miembros de una misma familia (Instituto Nacional Del Cáncer, 06).

12.2 Frustraciones

En esta muestra el énfasis en las metas de la vida se focalizan en la familia, hijos y pareja, en detrimento del fortalecimiento y crecimiento personal, y es ésta área vincular la que está más afectada. En el desarrollo normal de todo individuo un monto de frustración es necesario para la aceptación del otro y sus diferencias dentro de un contexto familiar y social, también es habilitante en los procesos del desarrollo que permitan la separación-individuación necesaria para lograr la autonomía.

Sin embargo un elevado nivel de frustraciones provoca un estado de insatisfacción permanente. En esta población donde hay violencia en sus distintas manifestaciones, las frustraciones pueden darse en el resignarse, renunciar a defenderse de las agresiones y preferir someterse antes de enfrentar la pérdida de la separación de la pareja o de los hijos. La no defensa puede indicar aceptar pasivamente conductas que generan daño. La enfermedad abre la posibilidad de tomar conciencia de la no satisfacción de sus deseos en distintos aspectos de su vida. El no acceder a la expresión de necesidades y deseos, como si estuviera anestesiado, fomenta el empobrecimiento de sus capacidades. La confusión y sometimiento genera estrés y tensión y en lo cognitivo incertidumbre de lo que pueda suceder (Hirigoyen, 1999).

La sumisión al otro sean estos padres, pareja o hijos se basa en el sentimiento de miedo a su respuesta emocional, a que no valide o frustre nuestros deseos, a que nos castigue con la pérdida de amor, con la descalificación, con su furia, con su abandono. Las personas actúan como si la única referencia que tienen sobre su ser es el estado de ánimo del otro y como si la aprobación del otro dependiera de su accionar. La vida queda marcada por la conflictiva del sometimiento, con los intentos de lidiar con las angustias producidas por la dependencia emocional y por la angustia de intentar desprendernos de aquellos a los cuales nos sometemos (Bleichmar, H.2006)

12.3 Violencia y maltrato

La violencia puede darse bajo distintas facetas: verbal, corporal, o de hecho. Aparece a través de insultos, gritos, amenazas, reproches, golpes, también la ironía, la desconexión, el ver al otro como si fuera transparente, la inculpación permanente, la burla. También surgen situaciones paradójales donde hay formas de violencia sutil y enloquecedora. Otras veces surge como clima de desconfianza relacionado con amenazas relativas a la desconfianza básica en los vínculos. Las personas afectadas por violencia transmiten sentimientos de desesperanza, abatimiento, terror y en ocasiones fantasías de autoeliminación (Gomel & Matus, 2011).

La violencia y el maltrato en la infancia pueden disfrazarse de educación; en contextos donde la educación tradicional tiene el objetivo de quebrantar la voluntad del niño forzándolo a que sea dócil y obediente, siéndole útil a los adultos para resolver sus fallas en relación al poder. Aceptar la sumisión lleva al sujeto a pagar un precio de tensión interior. Esta tensión se sufre en función a disgustar menos al otro y a calmarlo ante comportamientos explosivos y agresivos y también evita la reacción de la propia víctima. Este círculo genera estrés y el organismo reacciona manteniendo un estado de alerta y

produciendo sustancias hormonales, depresión del sistema inmunitario y modificación de neurotransmisores cerebrales. La persistencia de altas tasas de hormonas de adaptación produce trastornos que pueden instalarse de un modo crónico. Las personas que se ven obligadas a afrontar agresiones crónicas pueden hacerse progresivamente más vulnerables. Las personas de carácter más impulsivas son más sensibles al estrés, mientras que los perversos no lo son, estos se desahogan cuando producen el sufrimiento del otro (Hirigoyen, 1999).

El agresor evita el estrés y el sufrimiento interior cuando convierte al otro en responsable de todos sus trastornos. Ya nada tiene sentido; se dice una cosa y luego lo contrario, y las evidencias se niegan. Las víctimas quedan agotadas por sus propias respuestas inadaptadas, que agravan la violencia y traen consigo un desgaste y una disfunción neurovegetativa. Como estas presiones se prolongan durante largos períodos (meses y, a veces años), la resistencia del organismo se agota y se vuelve incapaz de evitar la emergencia de una ansiedad crónica. Llegado a este punto, las interrupciones neurohormonales pueden producir desórdenes funcionales y orgánicos (Hirigoyen, 1999, p.122).

El efecto de la conducta violenta, se presentifica en la enfermedad oncológica, cuando el paciente se siente víctima de un vínculo cargado de odio. Los pacientes dicen “¿por qué a mí?” “hay gente mala y no se enferma”, es desde lo inexplicable, desde el sentimiento de injusticia, desde la impotencia que se puede comprender la bronca y el enojo hacia la enfermedad que aparece en los primeros tiempos luego del diagnóstico.

Esa conducta inicial podrá ser neutralizada con aceptación y compromiso en el proceso de curación, o podrá persistir y el enojo se torna hacia sí mismo y/ o hacia los demás. Se diferencia la violencia sufrida por el paciente desde un progenitor o desde la pareja donde no es reconocido por otro significativo, de la agresividad dirigida por el paciente ante su enfermedad y ante los vínculos de maltrato.

La agresividad es intrínseca a cualquier ser vivo, se origina en la biología, como defensa para la sobrevivencia y cuidado del territorio. La intensidad de la agresividad es variable, desde una pelea física a gestos y expresiones que aparecen en cualquier conversación. La expresión del sentimiento agresivo de rechazo a lo que se enfrente el paciente, puede ser considerado normal, funcional y necesario para la supervivencia y la vida cotidiana. La expresión de agresividad en niveles elevados es disfuncional y devastador para quienes están a su alrededor y destructivo hacia sí mismo (Peczniak, 2012).

12.4 Estado de tensión permanente

Lo disruptivo en la vida puede tener dos vías de expresión que no son excluyentes sino complementarias en la afectación del sujeto. Un evento puede tener efecto traumatogénico o estresogénico en un sujeto, y puede darse en un mismo sujeto ambos tipos de funcionamiento.

Cuando el efecto es estresógeno, el sujeto presenta estrategias defensivas ante un peligro inminente y si el efecto es traumatogénico aparece una vivencia desestructurante del aparato psíquico que pierde su capacidad de autorregulación. Cuando ante una situación emerge la angustia señal para facilitar que actúen las defensas, esta situación genera estrés que hiperactiva algunos sistemas de defensa de autorregulación que se relacionan a la supervivencia psicofísica. Si este estado se prolonga en el tiempo llega a producir otros estados patológicos, donde los mecanismos de estrés y sistemas de alostasis generados se les llama "Fase de agotamiento" o de "carga alostática" por abuso de los sistemas alostáticos.

Una vivencia será traumática por no internalizarse, no hay enlace entre el efecto que produce es decir conexiones que van desde la amígdala (memoria emocional) a la corteza prefrontal para su procesamiento cognitivo, mediante palabras y pensamientos.

Ello puede producir un estado tensional permanente al no ser procesado. Para que a un suceso se le adjudique eficacia traumática es porque han fracasado las estrategias adaptativas y aumenta la tensión sin posibilidad de elaboración. Este fracaso puede darse por agotamiento de las defensas o porque el suceso en sí poseerá un fuerte impacto traumático (atribución personal). A su vez la persona puede carecer de red de sostén externa e interna que oficie como amortiguadora de respuestas de estrés. Un suceso aumenta su eficacia traumática en la medida que ocurra tempranamente, en la infancia como sucede con parte de la muestra, también puede que existan factores de riesgo o ausencia de factores protectores.

Antes de los 2 años de edad, no están mielinizadas las vías que conectan la amígdala con la corteza para el procesamiento emocional mediante palabras y luego por vías cortico-amigdalinas, amortiguar la activación.

Los sucesos traumáticos tardíos, que se dan en la adolescencia o adultez si se asocian a factores de riesgo, también tienen una eficacia traumática mayor (Benyakar & Lezica, 2005).

Los aportes de la PNIE y del Dr. Zuckerfeld desde la Escuela Psicoanalítica Psicosomática Argentina, integran los conceptos de trauma y estrés desde una visión interdisciplinaria. Cuando se diferencia sucesos traumáticos de eficacia traumática, se asume que sucesos ocurridos en los primeros años de vida tendrán mayor eficacia dado que el psiquismo no cuenta con recursos necesarios para su afrontamiento ni la maduración de las conexiones cortico- amigdalinas y el aumento de la tensión genera trastornos del funcionamiento psíquico.

Si el niño cuenta con el sostén materno que actúa como pantalla “paraexcitación” se preserva el funcionamiento psíquico y la eficacia traumática será menor.

Por otro lado y en paralelo se desarrollan mecanismos adaptativos a nivel psíquico y físico que se traducen en comportamientos y respuestas fisiológicas.

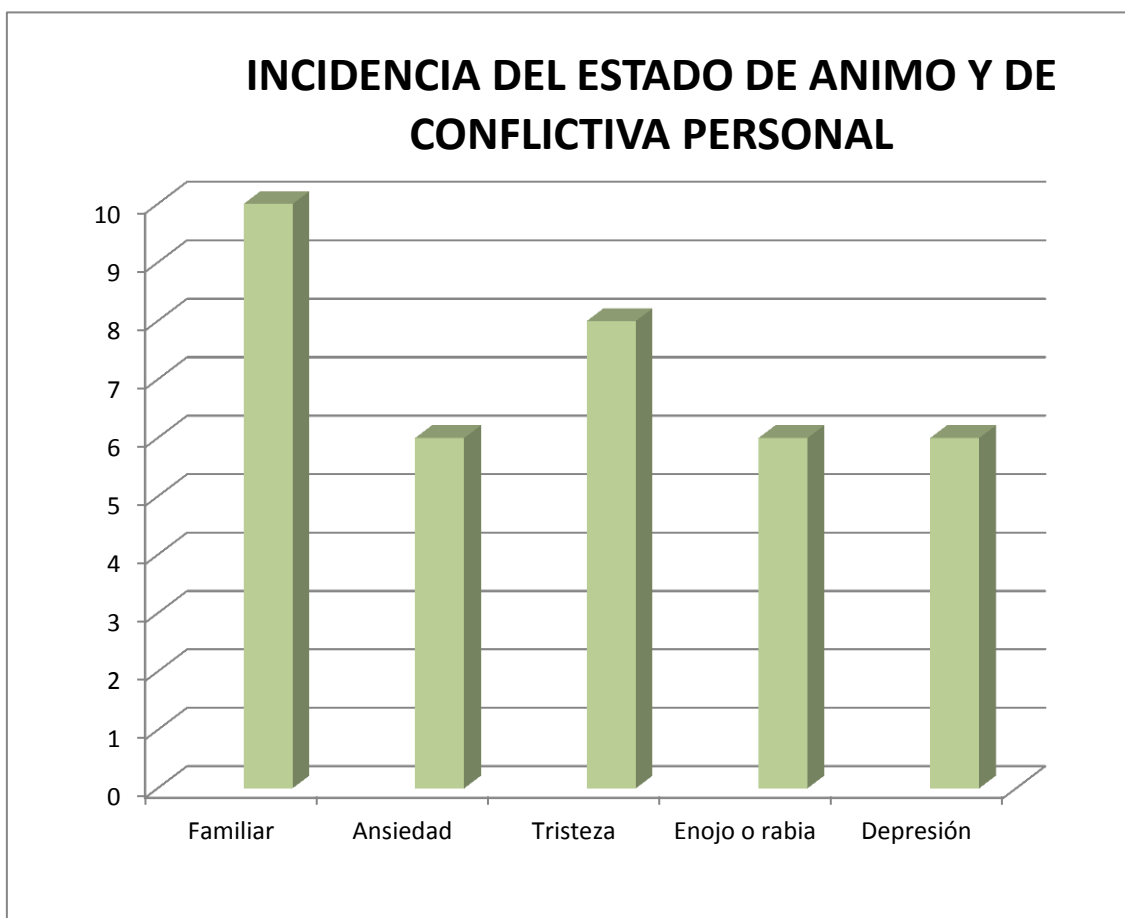
En investigaciones de la medicina experimental y de la PNIE se observó que las experiencias traumáticas tempranas producían déficit a nivel del hipocampo de receptores de glucocorticoides (Mc Ewen, 1998); esta situación generaba en la adultez respuestas desadaptativas al estrés con trastornos somáticos severos. La angustia automática (Freud, 1926) o la angustia difusa (Marty, 1990) que no es protectora como la angustia señal, es una verdadera inundación del aparato psíquico que produce la vivencia traumática dado que la persona no tiene consciencia de los factores causales y de la necesidad de implementar mecanismos de afrontamiento junto a ello o no posee los recursos para hacerlo.

Puede ocurrir que la respuesta de estrés que comenzó siendo adaptativa, deje de serlo por diversas circunstancias como son: las frecuentes y diferentes exposiciones a los estresores, la existencia de un mismo estresor durante mucho tiempo (estrés crónico), condiciones genéticas que promuevan respuestas desadaptativas, comportamientos riesgosos que incrementan la respuesta de estrés (tabaquismo, alcoholismo, etc).

La inadecuada respuesta de un sistema homeostático que conduce al incremento compensatorio de otro sistema, son los llamados esfuerzos adaptativos que (McEwen, 1998) definió como carga alostática que conducen a déficits defensivos psíquicos y físicos.

Cuando a nivel fisiológico no se frena la respuesta de estrés, no se puede volver a los niveles basales, generándose distintas consecuencias físicas. Este hecho nos muestra que la vivencia que comenzó siendo una vivencia de estrés, se transforma en una vivencia traumática, siendo difusos los límites de estos dos conceptos (Zuckerfeld & Zonis, 1999).

¿Cree que su estado de ánimo y / o conflictiva personal puede haber incidido en el desarrollo de su enfermedad oncológica?



La mayoría de los encuestados coinciden que su estado de ánimo depresivo, ansioso y estados de tristeza mantenidos han incidido en su estado de salud. Todos han estado o están afectados por problemas familiares que no han tenido una resolución definitiva aún.

El enojo y la rabia que expresan también luego del diagnóstico llegan a tener el mismo nivel de importancia que la ansiedad y la depresión, dado que es considerada la enfermedad como injusta y esta convicción en el sujeto dificulta su adhesión al tratamiento.

La intervención BPE permite identificar de forma más unificada estos estresores, sea porque estuvieran presentes antes del diagnóstico y contribuyeron a la enfermedad, sea porque están presentes a partir de la misma. Se diferenciaron las emociones producidas por el diagnóstico oncológico como son el enojo y la rabia que alternan con estados depresivos y ansiosos. Todos los participantes de la muestra manifestaron emociones de tristeza, ansiedad y depresión presentes en su vida antes del diagnóstico.

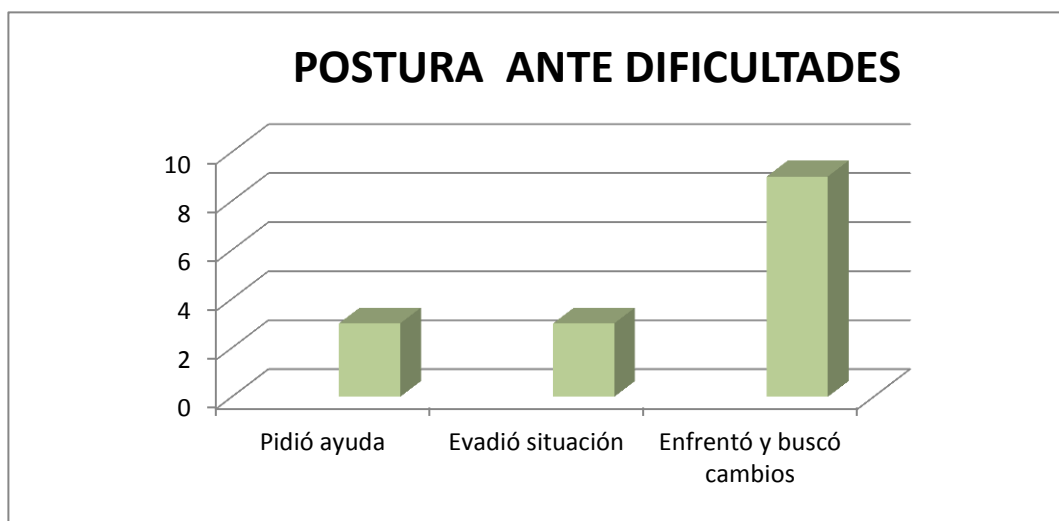
12.5 El enojo y la rabia y su efecto en el cuerpo

La ira y la hostilidad son reacciones de un complejo fisiológico emocional adaptativo, que permite resoluciones ante situaciones de urgencia, como cuando nos atacan. Estas reacciones se convierten en desadaptativas cuando pasan a integrarse a la vida de relación de las personas. En la BPE se trata de que la persona se contacte con los indicadores corporales de esas emociones, como son: opresión en el pecho, sudoración, aceleración del ritmo cardíaco, etc. Lo más estudiado entre estas emociones es el aumento del riesgo para enfermedades coronarias, infarto de miocardio y muerte súbita. Los pacientes con enfermedad coronaria se encuentran en un estado proinflamatorio con activación de citoquinas inflamatorias y TNF o factor de necrosis tumoral, existiendo asociación entre aumento de citoquinas y aumento de rasgos de hostilidad e ira. Estudios recientes sugieren importante relación entre citoquinas, inmunidad y conducta hostil (Bonet, 2013).

También estados crónicos de ansiedad, depresión u hostilidad, activan las respuestas de estrés y a través del SNV y del eje Hipotálamo Hipófiso adrenal teniendo efectos en la inmunología.

Desde un enfoque psicodinámico la ira es una respuesta al duelo de la pérdida de la salud, que se presenta a través de autorreproches por no haber evitado la enfermedad o incluso haber contribuido a la misma, manteniendo una actitud de anhelo del pasado. También la rabia y la hostilidad se manifiestan por la preocupación en exceso por los otros significativos (seres queridos) que teme haber dañado por su agresividad. Puede surgir la vivencia de aumento o descontrol de la agresividad condicionada por gran frustración, por angustia, por sufrimiento narcisista y por culpa. Se repiten los significados de pérdida y separación en mayor o menor intensidad que por un lado podrían contribuir a la elaboración y constituir un progreso hacia potenciar capacidades de vida. Por otro lado el malestar de la enfermedad puede agregar la rabia narcisista de no poseer un cuerpo sano como los demás sufriendo dificultades en elaborar la pérdida, manteniendo inestabilidad emocional (Solana, 2005).

¿Cómo ha resuelto las situaciones difíciles en su vida antes de tener el diagnóstico de su enfermedad?



La mayoría de la población enfrenta y busca cambios ante las situaciones adversas, lo que nos muestra una población sobreexigida, sin buscar apoyo en otras personas significativas de su entorno para salir de las situaciones difíciles que están transitando, siendo este un indicador de “sobreadaptación”. La sobreadaptación implica adaptarse en exceso a las dificultades y a los otros perdiendo de vista el cuidado sí mismo. Se repiten modelos tempranos de enfrentar la adversidad, dadas las facilitaciones de conexiones sinápticas de huellas mnémicas.

12.6 Concepto de “sobreadaptación” y su efecto en el cuerpo

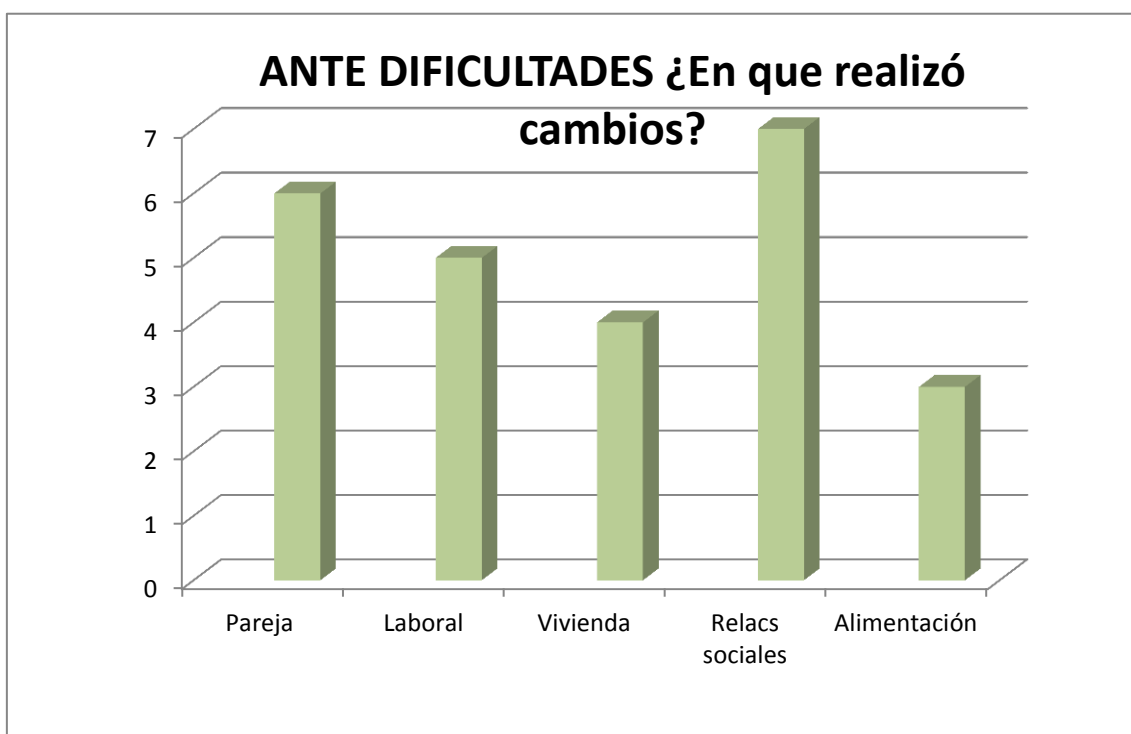
Lieberman (1982) se ocupa de desarrollar las condiciones evolutivas psicológicas y ambientales vinculadas al paciente sobreadaptado, lo cual genera condiciones de producir alteraciones expresadas en el cuerpo.

Puede ocurrir que la personalidad que se va formando con la intención de cumplir con el ideal exigente de sus padres, presentan un tipo de acomodación acelerada a la realidad externa y desapegada de las necesidades propias generando lo que Lieberman denomina “self ambiental sobreadaptado” y “self corporal sojuzgado”. De esta manera para obtener su objetivo llegan a la negación de las emociones que pudieran poner en riesgo su logro.

La hiperadaptación a la realidad externa produce la disociación de sus vivencias emocionales, restricción creativa, pérdida de la capacidad de fantasear e imaginar y en este contexto emerge el síntoma somático. (Zonis,1999, p.9)

La PNIE considera que el funcionamiento psíquico sobreadaptado es un factor de riesgo de la desorganización psicosomática. El sujeto sobreadaptado responde en exceso a las expectativas de los demás, buscando agradar y complacer en detrimento de las necesidades propias. Cuando no hay expresión y satisfacción de las necesidades, aparecen las respuestas de estrés, que a la vez al no disponer de recursos compensatorios hace al sujeto más vulnerable a traumatismos como pérdidas, violencia, traumatismos o heridas narcisistas (Dubourdieu, 2014).

Si realizo cambios en sus conductas ante problemas, ¿en qué ámbitos de su vida lo hizo?



Los cambios en relación a la pareja, rondan en separaciones e inicio de nuevas relaciones también conflictivas, en la mayoría de la muestra. El área de las relaciones sociales es la que más sufre cambios saludables porque buscan relacionarse más con sus

pares cuando pierden las parejas. En lo laboral, tienen que trabajar más cantidad de horas cuando quedan solas y también mudarse de casa. La alimentación es lo que dicen necesitar balancear más en esos cambios.

12.7 Relaciones sociales: red vincular, pareja, familia y salud

La familia constituye la primera red vincular que tiene potencial de enfermar y de producir salud. La importancia de la familia y de sistemas grupales y comunitarios para tratar crisis vitales y enfermedades crónicas permite jerarquizar las redes vinculares (Zuckerfeld & Zonis, 1999).

Según lo define Zuckerfeld la red vincular es la presencia e interiorización de relaciones significativas que se traducen en una percepción subjetiva de apoyo y/o de estrés de magnitud variables. El concepto de apoyo incluye tener tanto a quien recurrir como en quién pensar para sentirse reconfortado o motivado; el concepto de estrés incluye tanto los vínculos hostiles, exigentes o confusos como la sensación de no tener a quien recurrir". Estas variables incluyen las relaciones que establece con su ámbito familiar pasando por los distintos niveles de pertenencia como son el barrio, el trabajo, club deportivo etc. Estar integrado a la comunidad mejora la calidad de vida y ayuda a la recuperación más rápida de enfermedades (Zuckerfeld & Zonis, 1999, p.112).

12.8 Pareja y estrés

Las nuevas parejas que se conforman vienen con los participantes de este estudio con historias de relaciones anteriores disfuncionales de: abandono, adicciones, violencia etc.

El sufrimiento vincular oscila entre dos polos: un exceso de acercamiento del otro donde se borran las diferencias, lo que es propio de las situaciones de abuso y violencia, sea esta sexual o psíquica y el otro polo se da por un exceso de alejamiento que pone de manifiesto sentimientos de abandono y de aislamiento. Ambos extremos imposibilitan los vínculos por el fracaso de inclusión de la diferencia. Es en estos vínculos donde aparece violencia, conductas impulsivas, accidentes. En otras situaciones de sufrimiento vincular, se conserva el reconocimiento del otro y de uno mismo como otro, atenuando la intensidad de los efectos de acercamiento y alejamiento. Como ejemplo se ven las conductas parentales de sobreprotección hacia sus hijos o de independencia prematura de los mismos (Gomel & Matus, 2011).

12.9 Trabajo y Salud

En el ámbito laboral, la mayoría de la muestra realizaba tareas que implicaban esfuerzo físico. Hay quienes debieron aumentar horas de trabajo por distintas causas: necesidades familiares, problemas de salud con sus hijos o padres, hacerse cargo económicamente de sus nietos, y falta de otros ingresos. Las condiciones laborales a nivel de vínculos con sus superiores no eran favorables para su salud. La situación de estrés laboral es percibida cuando las exigencias del trabajo son mayores que su capacidad de hacerle frente, y las personas van a trabajar agotadas. Otra dificultad dentro de esta población es la poca contención que podrían recibir de sus compañeros de trabajo, porque en la mayoría de los casos trabajan solas y cuando se relacionan lo hacen con quienes los contratan. En esta población habría dos factores estresores: la sobrecarga física, aumentada en horas de trabajo y poco descanso y la relación que establecen de menor confianza con quienes las contratan, que se suma a la falta de contención de pares por la ausencia de los mismos.

Los riesgos relacionados con el estrés laboral en esta población se presentarían en cuatro áreas que abarcan:

Características del puesto: tareas monótonas, aburridas y triviales, falta de variedad, tareas desagradables, tareas que producen aversión.

Volumen y ritmo de trabajo: exceso o escasez de trabajo.-

Horarios de trabajo: jornadas de trabajo muy largas o fuera del horario normal.

Participación y control: falta de participación en la toma de decisiones, falta de control sobre métodos de trabajo, ritmo de trabajo, horario laboral y entorno laboral (Stavroula, Griffiths, & Cox, 2004, p.6)

12.10 Vivienda y estrés

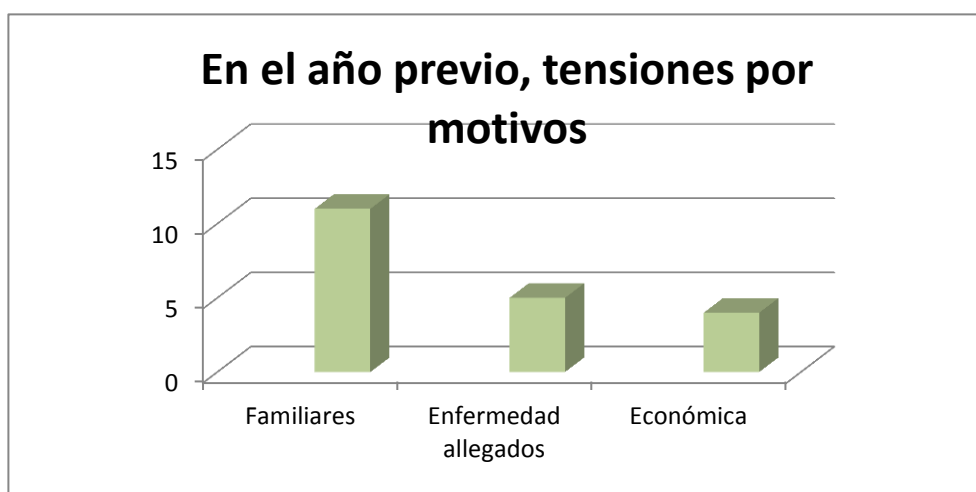
La vivienda como lugar físico habitacional que incluye servicios básicos como luz, agua y acondicionamiento necesarios para la salud promueve seguridad y estabilidad en quienes la poseen. Lo que puede observarse en esta muestra es que casi la mitad han tenido que mudarse o comparten su casa con hijos y nietos pequeños o han debido volver a vivir con sus progenitores luego de separaciones de sus parejas. Dentro de los factores que contribuyen a respuestas de estrés están las mudanzas.

Las respuestas de estrés están condicionadas tanto por los estresores como por las características del sujeto, sus recursos y sus vulnerabilidades: los estresores son los agentes que provocan la respuesta de estrés y no solamente de naturaleza física, estímulos del entorno, traumas intervenciones quirúrgicas, etc, sino también emociones, amor, odio, así como pensamientos. La no satisfacción de necesidades básicas como la vivienda, alimentación, trabajo, etc. constituyen factores de estrés (Dubourdieu, 2014, p.55).

12.11 Alimentación y Sistema Inmune

Los hábitos alimentarios pueden provocar deficiencias dietéticas importantes que afectan al organismo. En la actualidad la mayor parte de las enfermedades guardan una estrecha relación entre y con otros factores incidentes con la dieta alimenticia como la diabetes, obesidad, patologías gastrointestinales. Las dos principales causas de morbilidad y mortalidad de las últimas décadas son las enfermedades cardiovasculares y el cáncer, debido en gran parte a comportamientos nutricionales inadecuados. El cáncer de colon, el estreñimiento y la diverticulosis se relacionan con dietas pobres en fibras. Las dietas ricas en grasa y sal favorecen la hipercolesterolemia y la hipertensión dos importantes factores de riesgo de enfermedad cardíaca. La población de la muestra toma conciencia que hacer cambios nutricionales necesarios para su salud. Disminuir el consumo de grasa animal, reducir el consumo de azúcar, dulces y harinas refinadas y evitar el consumo excesivo de alcohol y aumentar el consumo de frutas, verduras, pescado, y alimentos de alto contenido en fibra (Oblitas, L, 2008)

En el último año previo a su enfermedad, ¿estuvo sometido a situaciones de tensión por algún motivo?

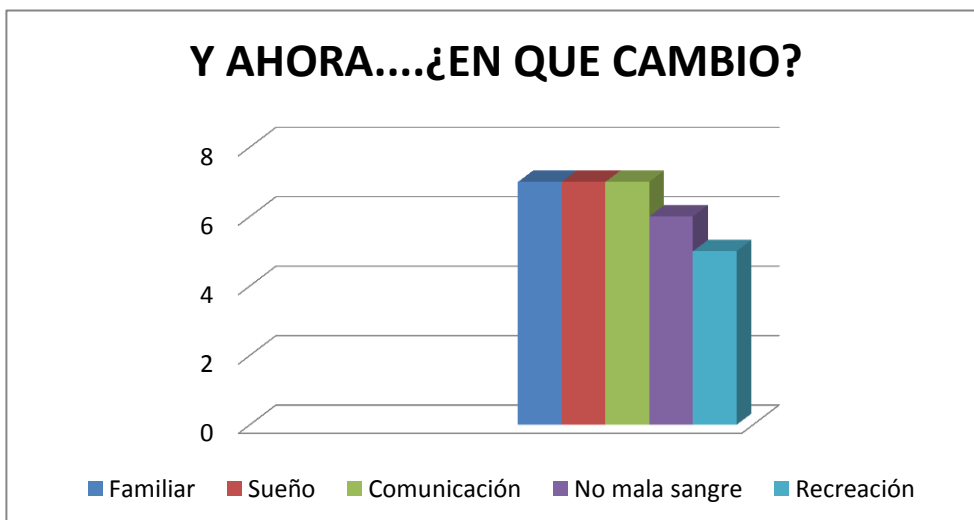


En el año previo a la enfermedad se da con mayor frecuencia pérdida de familiares que estaban a su cargo, alguno de los dos padres, o se han debido ocupar de hijos con problemas conflictivos con las drogas o trastornos psiquiátricos. En más de una ocasión hubo padres con enfermedad de Alzheimer y con depresión que dependían del cuidado diario de los integrantes de la muestra. Una relación existente en esta población es que si bien la mayoría sufrió algún tipo de violencia de parte de sus progenitores, en la etapa de la vejez de éstos últimos, debieron hacerse cargo de su cuidado. Esta situación reactivó sentimientos ambivalentes en los pacientes hacia sus progenitores ya que mantenían aspectos de su personalidad agresiva intactos o estaban sufriendo un deterioro físico y cognitivo. La actualización de conflictivas familiares sin resolución produce respuestas de estrés en el sujeto.

El cuidado crónico como en el caso de personas con la enfermedad de Alzheimer, afecta adversamente la inmunología, incluyendo la función de las células T, la actividad de células NK, la respuesta del anticuerpo a la inmunización, la función de los macrófagos, la activación de virus latentes como el herpes simple (controlado por inmunidad celular no humoral) (Solomon, 2001, p.9).

Si bien las dificultades económicas han estado y están presentes en la vida de la mayoría de los pacientes de la muestra, es un factor no demasiado relevante, considerando que hay elevada tolerancia a la frustración y cierto grado de adaptación a una vida con limitaciones económicas.

¿Usted cree que debería hacer algo para contribuir a su salud, además del tratamiento médico oncológico?



Si bien esta población antes de su diagnóstico de enfermedad intentó realizar cambios a nivel familiar y de parejas, al preguntársele en que debería cambiar, sigue estando presente la conflictiva familiar, los problemas parecen seguir estando presentes y la persona continúa aferrada a sentir que es responsable de realizar los cambios. Como factor de estrés que denuncia el estado de tensión permanente aparecen los trastornos del sueño, con dificultades para su conciliación, despertares nocturnos, y pocas horas de sueño. La mayoría cree que deben de comunicarse más y expresar más lo que sienten, dado que es en esta área es donde encuentra su mayor dificultad.

12.12 Familia y estrés

Los conflictos familiares no abarcan todos los vínculos, en esta población están presentes vínculos conflictivos con las familias de origen que se han cronificado y continúan provocando litigios a nivel de vínculos fraternos y con la descendencia. También la conflictiva familiar se presenta con la descendencia y a nivel de las parejas. En la BPE se trabaja la diferenciación entre conflictos con la familia pasada y relaciones actuales para salir del efecto acumulativo y de la sobregeneralización. (Gomel & Matus, 2011).

La violencia en sus distintas manifestaciones como se presenta en esta muestra puede llegar a constituir un factor activador de respuestas de estrés y vulnerabilidad o alteraciones psique-soma-entorno pasaje al acto físico o mental

12.13 Sueño y estrés

Los trastornos del sueño están presentes en los pacientes con enfermedad oncológica en más del 50%. En la muestra las personas venían con una historia previa de estos trastornos antes del diagnóstico oncológico. La etiología de estos trastornos es multidimensional, ya que existen factores que los predisponen como son el género y la edad, habiendo mayor prevalencia en mujeres y en edades avanzadas. En comparación con otros tipos de cánceres, el cáncer de mama se asocia con mayores niveles de insomnio, debido a los síntomas vasomotores de la menopausia, como son: sensación de calor intenso, sudoración, palpitaciones, dolores de cabeza etc. Los factores que aumentan o precipitan los trastornos del sueño en el tratamiento incluyen el estadio del cáncer, el dolor, y los efectos secundarios, como náuseas, vómitos, disnea, frecuencia urinaria y las condiciones de las internaciones hospitalarias. Los factores que mantienen estos trastornos pueden deberse a una nutrición deficiente, vida sedentaria, tabaquismo, de privación alcohólica y consumo de cafeína u otras drogas, además de una mala higiene del sueño (Maté, Hollenstein, & Gil, 2004).

12.14 Comunicación, la palabra, lo que no se dice

La expresión de conductas esperables socialmente oculta la dificultad en contactarse con necesidades y deseos no expresados. Lo que no se dice, de lo que no se habla, dificulta la codificación de algo presente que queda sin ser expresado.

En la constitución del psiquismo hay partes del discurso familiar que son expulsados de la conciencia como consecuencia del estado de insatisfacción y estrés, manifestándose a través de síntomas, por liberación de las hormonas del estrés. Las vivencias que no acceden nunca al estatuto de lenguaje deben ser transcritas en palabras a través de las conexiones amigdalocorticales accediendo al pensar y al procesar.

Si bien lo que no tiene representación en palabra, corresponde a los primeros tiempos de la vida, existen experiencias de difícil metabolización y sin registro simbólico, por efecto de lo traumático. (Bleichmar, 2008).

Es necesario entonces poder poner en palabras, necesidades y emociones y buscar alternativas para su resolución (Dubourdieu, 2014)

En la intervención BPE se busca dar un registro asociativo y de cohesión a distintos elementos de la vida de las personas, que estaban fragmentados y no incluidos a nivel de la palabra que pudieron estar en la etiología de la enfermedad oncológica. La intervención tiene el objetivo de que el sujeto se pueda pensar a sí mismo y buscar alternativas de protección y bienestar integral.

12.15 Mala sangre e inmunidad

Esta respuesta dada como posibilidad de cambio, tiene un fuerte anclaje en el cuerpo, donde dejar de hacerse "mala sangre" sería dejar de poner en riesgo su ser psicofísico, es la respuesta más cercana a representar en palabras una historia no consciente de descuido de su salud. Revela una historia de sobrecarga y estrés que buscan modificar, cambiar un estado de padecer pasivo hacia una actitud activa en procura de satisfacción de necesidades y bienestar

La sangre como todo tejido del organismo cumple múltiples funciones para la vida como proteger al cuerpo de infecciones y enfermedades causadas por bacterias. Todas las células que componen la sangre se fabrican en la médula ósea quien fabrica durante toda la vida células sanguíneas ya que estas tienen un tiempo limitado de vida y aumentan su

producción en función de las necesidades, por ejemplo ante una infección aumenta la producción de glóbulos blancos.

Las células blancas de la sangre tienen la responsabilidad de proteger los distintos órganos del cuerpo produciendo anticuerpos y proteínas capaces de luchar y matar a los gérmenes y virus que causan daño. El sistema inmunitario depende de los glóbulos blancos sanguíneos para identificar los patógenos, las células cancerígenas, y la presencia de cuerpos extraños. Una de las funciones primordiales del sistema inmunológico es la defensa del organismo contra agentes externos o internos que pueden hacernos daño. El antígeno es la sustancia que cuando entra a nuestro organismo puede ser reconocida por el sistema inmunológico y como consecuencia de ello induce una respuesta inmunológica.

Los principales actores de la respuesta inmunológica son los linfocitos, especialmente los linfocitos T y en segundo lugar los linfocitos B, los macrófagos que se llaman monocitos cuando están en sangre y macrófagos cuando están en los tejidos. Las células naturales asesinas, Natural Killer (NK) y otro actor importante del sistema de defensas es el polimorfo nuclear neutrófilo. Esta célula es como el centinela del sistema, es la más abundante en sangre y la primera que aparece cuando hay una agresión, dando tiempo a que se estructure una respuesta inmunológica específica que puede tardar entre 3 y 5 días (Castés, 2014).

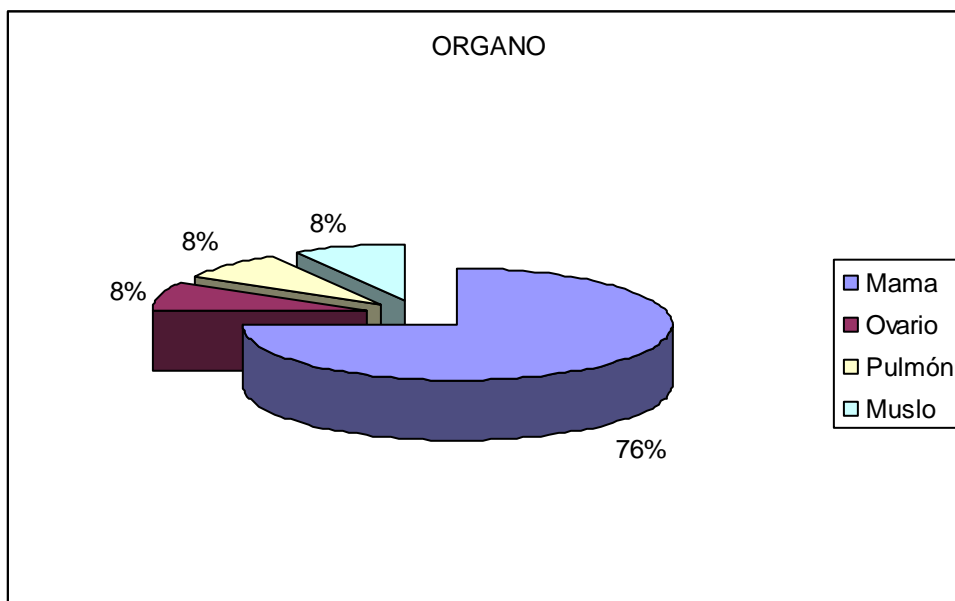
12.16 Recreación e inmunidad

El ejercicio físico puede afectar la inmunidad positivamente o negativamente. El ejercicio aeróbico intenso aumenta temporalmente la cantidad de células NK y la actividad de las mismas, concluido el entrenamiento sin adecuados períodos de descanso y recuperación puede disminuir la función de las células NK y T y aumentar la incidencia de enfermedades infecciosas. Sin embargo un ejercicio moderado y continuo tiene múltiples beneficios para la salud. En estudios realizados en personas mayores muy frágiles, el ejercicio moderado puede reducir las funciones de ambas células NK y T; contrariamente los ejercicios moderados en normales, incrementan las resistencias a enfermedades infecciosas. En el cáncer de colon se han encontrado que las personas inactivas físicamente tienen mayor riesgo a contraerlo. El ejercicio y la alimentación controlada aumenta la esperanza de vida (Solomon, 2001).

La práctica de un deporte o ejercicios físicos con rutinas semanales tiene un efecto benéfico en los casos de depresión y ansiedad dado que promueven procesos emocionales saludables. También es útil atenuar el grado de severidad con que se realiza una actividad

física determinada cuando está presente una enfermedad. Dentro de los beneficios psicológicos de la actividad física se pueden señalar la reducción de niveles de estrés, ansiedad y fortalecimiento de la autoestima. Dentro de los beneficios físicos, pueden mencionarse el control de peso corporal, normalizar el metabolismo de los carbohidratos y lípidos y prevenir problemas cardiovasculares entre otros (Obitas, L, 2008)

13- VARIABLES MÉDICAS: ORGANOS AFECTADOS



La población está afectada en su mayoría por cáncer de mama lo que se corresponde con los datos epidemiológicos de nuestro país y del mundo. Nuestro país se ubica dentro del rango de los países más desarrollados en la incidencia y prevalencia de la afectación de este cáncer. Nos preguntamos si la historia de sobreadaptación iniciada en etapas tempranas de la vida, la tolerancia a las frustraciones, y la postergación de necesidades y deseos a nivel familiar y de pareja como se presenta en esta muestra, son factores estresores de importante incidencia en el cáncer de mama.

14- ANALISIS DE CANCER DE MAMA- PERSONALIDAD Y ESTRES

14.1 Personalidad- sobreadaptación- cáncer de mama

Varias investigaciones han vinculado un tipo de personalidad C con el cáncer hormono- dependiente, se rescatan hallazgos comunes que coinciden en comportamientos de represión emocional o inhibición de la expresión de emociones negativas, dependencia hacia las personas más significativas, evitación de situaciones riesgosas (física como emocionalmente) y excesiva colaboración (Torres Mariño, 2006, p.571).

Un estudio realizado en un Hospital de Buenos Aires con una muestra con 82 participantes dividida en dos subgrupos, siendo la variable de selección el diagnóstico de cáncer, el cual tenía como objetivo indagar y comparar la frecuencia del uso de la supresión de la expresión emocional y de la expresión emocional negativa y de la expresión emocional positiva en el grupo de pacientes oncológicos y en el grupo control. Este estudio encontró diferencias significativas en la frecuencia del uso de la supresión emocional en los pacientes oncológicos y a su vez menor expresión de emociones negativas que el grupo control. Sin embargo los participantes no se diferenciaron significativamente en cuanto a la expresión de emociones positivas (Porro, Andrés, & Rodríguez-Espínola, 2012).

El modelo internalizado de mujer reprimida y suprimida subyugada por una transmisión transgeneracional de modelo rígido de comportamiento de estoicidad y complacencia, parece corresponder a la población femenina de la muestra. Presentan aspectos correspondientes a personalidades alexitímicas, que implica no pueden poner en palabras lo que sienten, pero sienten mucho, son hipersensibles y por esa razón bloquean sus afectos en forma de defensa, como es planteado por Mc Dougall (1991). El concepto de "alexitimia" proviene del griego y significa: ausencia de la verbalización de los afectos. Hablar de lo que sentimos supone en primer lugar identificar lo que siento, discriminar, tener la capacidad yoica de evaluar, tolerar e identificar poniendo nombre a lo que siento, utilizar la vía verbal y no la somática para descargar las emociones. Afirma Maturana 1992, biólogo chileno, que el lenguaje puede modificar estructuras biológicas (Rodríguez, 2014).

Los cambios en la imagen son uno de los problemas derivados de la enfermedad y posibles tratamientos que provocan reacciones de disminución de la autoestima y depresión. En el cáncer de mama, las cirugías radicales son vividas como pérdida de la feminidad, cambiando la percepción de su imagen y afectando el vínculo en la sexualidad, otro atributo femenino que se pierde con los tratamientos es el cabello.

En esta población femenina, como consecuencia del órgano afectado, están en juego la imagen corporal, la autoestima, la sexualidad, a lo que se suma situaciones de violencia y

maltrato que en la mayoría de la muestra eran ejercidas por las parejas. También habían sufrido en la niñez conductas violentas de parte de alguno de los referentes paternos (alcoholismo, depresión) de quienes habían tenido que hacerse cargo en los últimos años previo a su diagnóstico oncológico. Otro factor de estrés antes del diagnóstico era el cuidado de hijos con consumo problemático de drogas.

14.2 Concepto de crecimiento postraumático en el cáncer de mama

Se han hecho revisiones demostrando una relación entre la afectividad positiva y la salud física, y otros estudios con los datos existentes sobre la posibilidad de que el padecimiento de una enfermedad como el cáncer de mama pueda suponer un inestimable aprendizaje de vida para quien lo ha padecido. El afecto positivo se define como un estado emocional seleccionado evolutivamente, el más prominente a través de las distintas etapas vitales, por lo que se infiere que tiene una función biológica protectora, asociada a diversos sistemas psicobiológicos. También se define al afecto positivo como: “un estado de ajuste con el medio ambiente que suscitan sentimientos agradables, y emociones placenteras como optimismo, felicidad, alegría, entusiasmo y satisfacción” (Bonet, 2013, p.173).

Ostir, Markides, Black & Goodwin (2000), presentan una investigación prospectiva de dos años de duración con más de dos mil personas entre 65 y 99 años, demostraron que el afecto positivo o bienestar emocional tiene un impacto diferente a la ausencia de depresión o afecto negativo, y que el afecto positivo parece proteger del deterioro físico producido por la edad, permitiendo mayor autonomía y esperanza de vida. Este grupo de investigadores también concluyen que esa misma población disminuyó el riesgo de infarto de miocardio tras un seguimiento de tres años y de apoplejía pasados seis años. El afecto positivo además de disminuir el riesgo de enfermedad, facilita la recuperación de las mismas.

Si bien el estrés ocasiona cambios a nivel de nuestro organismo y afecta el sistema inmune incrementando la probabilidad de enfermedades, también se ha estudiado que bajos niveles de estrés pueden mejorar la respuesta inmune, como factor de activación, “eustrés”, siempre que no se cronifique como distrés o estrés negativo.

En la actualidad se está investigando a nivel de laboratorio y se ha demostrado que diferentes tipos de estímulos agradables pueden tener un impacto psicobiológico diferente. Se ha comprobado que hay un incremento de la actividad del córtex frontal izquierdo ante la presencia de olores agradables mientras que la presentación de estímulos verbales positivos produce incremento en la secreción de inmunoglobulina-A (parámetro de la actividad del sistema inmune) y una disminución del cortisol en saliva (parámetro de la

actividad del sistema HHA, implicado en la discriminación de estímulos afectivos y expresión de las emociones). Un buen estado de ánimo cotidiano se relaciona con niveles elevados de la función central serotoninérgica, lo que se relaciona con mayores valores de resistencia insulínica y presión arterial.

Casi todas las teorías que refieren al bienestar psicológico han distinguido dos tipos básicos de bienestar: bienestar eudaimónico y bienestar hedónico. El primero está ligado a la satisfacción de metas, vivir una vida satisfactoria, en busca de crecimiento personal y el segundo está más ligado a placeres y disfrutes inmediatos. Se ha encontrado que las medidas del bienestar eudaimónico tienen mayor relación con la salud física que el hedónico. Esta apreciación se fundamenta en que el bienestar eudaimónico está relacionado con mecanismos de regulación afectiva a medio y largo plazo ajustándose a las demandas del medio y a conductas de supervivencia. Estas personas pueden dar sentido a la experiencia, buscar lo bueno en lo que nos sucede, hacer ajustes a los planes vitales, aprender de cada crisis.

La mayor parte de las investigaciones indica que el afecto positivo en pacientes con cáncer de mama puede estar disminuido, sobre todo en esas fases iniciales, pero casi nunca ausente. La posibilidad de que una enfermedad pueda desencadenar inesperados cambios positivos que afectan la esfera emocional y vital de la persona, denominado búsqueda de beneficios, buscar significado frente a la adversidad o crecimiento postraumático ha sido aplicado a diversas situaciones traumáticas como los desastres naturales, poblaciones sometidas a actos terroristas etc. Estudios realizados de pacientes con cáncer de mama mostraron cambios en: mejora en las relaciones, mayor apreciación de la vida, cambios en las prioridades u objetivos de la vida, mejora en la percepción de los recursos psicológicos, habilidades y características personales (Vázquez & Castilla, 2007).

Una situación de crisis puede llevar a un análisis y replanteos de muchos aspectos de la vida, encontrarse con los límites del cuerpo, con los nuevos mensajes y experiencias desde el punto de vista fisiológico, implica integrar un antes y un después que inscribe nuevos sentidos a la subjetividad.

15. LOS EFECTOS DE LA AFECTIVIDAD EN LA SALUD

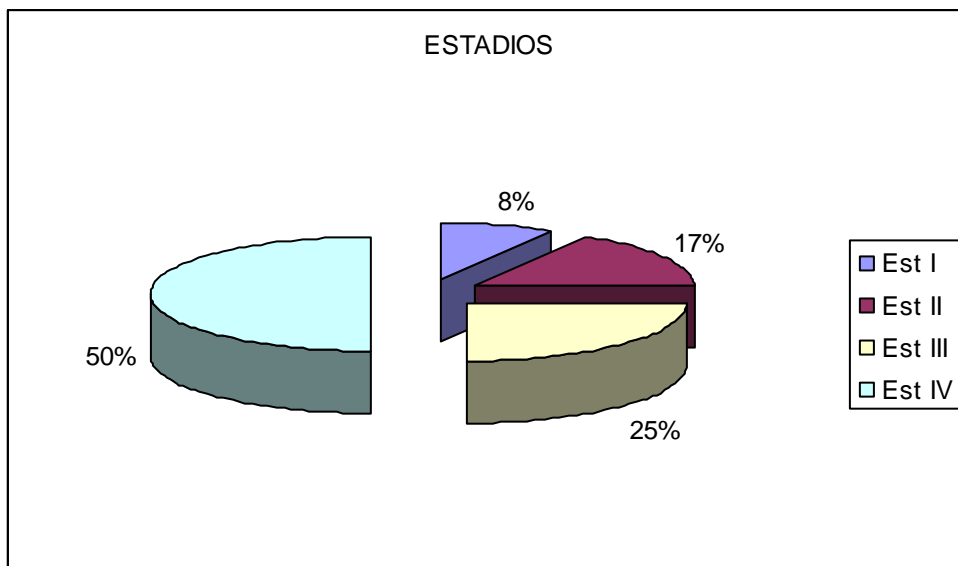
Según lo propone el Psiquiatra Bonnet (2013) habría tres vías mediatizadoras del efecto de la afectividad positiva en la salud, en contraposición con los efectos de las respuestas del estrés crónico. En primer lugar, la hipótesis de una vulnerabilidad genética que se puede expresar según las condiciones ambientales. En segundo lugar plantea como los hábitos de vida más saludables conducen a que los sujetos tengan una afectividad más plena y no incluyan en su vida hábitos de riesgo como: alcoholismo, tabaquismo, conductas sexuales sin prevención. El ejercicio físico regular y la elección de la dieta se asocian al bienestar psicofísico. La tercera vía es a través de la activación psicobiológica y la variación en las vías neuroendócrinas, autónomas, inmunes e inflamatorias. En la función del eje HHA y el cortisol se señala que tanto la inducción experimental, como alto nivel de rasgos y/o estados de ánimo positivos, en varios estudios está asociado con diferentes niveles de cortisol, incremento de la hormona de crecimiento y con aumento de opioides endógenos.

El cortisol tiende a ser menor cuando las personas tienen mayor afecto positivo, lo que indica que la respuesta del eje HHA es menor y que puede tener menor efecto sobre la función inmune. En relación a la activación simpática, se ha encontrado que la afectividad positiva se vincula con disminución de la actividad simpática y posible activación parasimpática, lo que se traduce en disminución de la adrenalina y noradrenalina, es decir las catecolaminas plasmáticas. Este funcionamiento permite que predomine una respuesta de relajación, parasimpática, sobre una respuesta de activación simpática, con menor respuesta de estrés (Bonnet, 2013).

16- ESTADIOS

La estadificación permite conocer el compromiso orgánico afectado por la enfermedad oncológica, también la extensión del tumor primario y si el cáncer se ha diseminado en otras partes del cuerpo o no. Todos los cánceres se estadifican cuando se diagnostican, para así poder ayudar al médico en la planificación del tratamiento (Instituto Nacional Del Cáncer, 06).

El seguimiento médico requiere del cuerpo orgánico del enfermo que exige exploraciones intensivas, múltiples pruebas y reconocimientos hasta intervenciones más o menos invasivas. El paciente siente que su cuerpo está a disposición del hospital y del equipo médico y que durante los tratamientos el cuerpo llena todo el espacio de su vida y reduce cualquier otra actividad. En ese tránsito cualquier mínima sensación corporal se sobrevalora produciendo angustia y miedo. El cuerpo se vuelve el mundo del individuo que sufre la enfermedad y del médico que lo atiende con el fin de asegurar la vida. La inesperada y a veces intolerable repercusión de pérdidas en el cuerpo lleva a la exposición constante de la mirada de otros y de uno mismo sobre su cuerpo y a una gran frustración (Solana, 2005).



17- CONCLUSIONES FINALES

Esta investigación permite confirmar resultados de estudios cuantitativos realizados a nivel internacional que dan a conocer la alta frecuencia de problemas de salud psíquicos y síntomas de ansiedad, depresión y malestar emocional por experiencias de sometimiento a estrés crónico durante períodos importantes de la vida.

En esta población los períodos más críticos se ubican en la infancia y en la adolescencia momento de mayor vulnerabilidad y menores recursos psicofísicos para enfrentar las adversidades y luego se repiten en la adultez en la conformación de sus propias familias dadas las facilitaciones mnémicas tempranas.

Se ha verificado que existe una asociación entre la tolerancia excesiva a situaciones adversas de descuido, maltrato físico y verbal. Esta condición lleva a la necesidad de que en los sistemas de salud se trabaje más en el primer nivel de atención y en los cuidados en la infancia.

También se comprueba la asociación entre el estrés familiar y la falta de sueño que relatan sufrir las pacientes antes del desencadenamiento de la enfermedad. Variados y múltiples estudios sostienen que la falta de sueño tiene efecto adverso en el sistema inmune. Los trastornos del sueño afectan el bienestar físico y mental, la mala calidad del sueño también altera las respuestas hacia el estrés, genera trastornos del humor y altera el desarrollo de las actividades cotidianas.

Las alteraciones del sueño es una de las manifestaciones frecuentes asociadas a estados de ánimo disfuncionales (ansiedad, depresión,hostilidad).

Los pacientes de la muestra enfrentan las situaciones pero el enfrentamiento es fallido, porque hacen cambios pero no son suficientes y continúan haciendo esfuerzo para salir de estas situaciones. Puede inferirse que en el último año previo a la enfermedad estaban preocupados por las mismas causas que luego de contraerla, a lo que se suma la pérdida de familiares que estaban a su cargo.

Se advierte que mantener estados de sobreesfuerzo crónicos provocan, a nivel de los sistemas del organismo, que se produzcan respuestas biopsíquicas desadaptativas al estrés (carga alostática) que son compatibles con los estadios avanzados de los diagnósticos oncológicos de la mayoría de la muestra.

Los cambios en el retest de depresión pueden deberse a que el estado de ánimo depresivo se deba a la incertidumbre provocada por el desenlace del tratamiento oncológico, la inactividad laboral, y por el escaso sostén familiar.

También se observa que la depresión como trastorno del estado de ánimo estaba presente antes de la enfermedad y el diagnóstico oncológico aumenta este estado.

A modo de conclusión, consideramos destacar la necesidad de atender las emociones siempre no solo en la enfermedad, lo que significa: estar informados e informar acerca de la salud, aprender a evitar los efectos nocivos del estrés en nuestra labor como trabajadores de la salud y en toda situación que desborde nuestra capacidad de resolución.

En todo momento tratar de evitar terapéuticas invasivas o cruentas favoreciendo mecanismos curativos naturales y de higiene en salud.

Las distintas formas de intervención y los distintos profesionales involucrados en la atención al paciente, hablan sobre la “enfermedad oncológica” y lo que se dice acerca de ésta va a influir sobre la vivencia que cada persona tiene sobre la misma, y por tanto incidirá en sus emociones.

Es necesario que los sistemas de salud renuncien a otorgarle al paciente un papel pasivo-receptivo tanto durante el diagnóstico como el tratamiento. Es fundamental que no se descuide la participación que tienen las emociones en la formación y mantenimiento de los síntomas, debiendo considerarse la vivencia emocional individual y única que tiene cada persona de su enfermedad. Los equipos de salud deben propiciar intervenciones interdisciplinarias que permitan identificar los factores multidimensionales en el proceso salud-enfermedad.

La intervención Biopsicoeducativa permite inferir que la integración sistémica del sujeto, cuerpo mente entorno, sea promotora de conductas de mayor cuidado y protección, donde el sujeto adquiere la capacidad de atender y planificar su vida enfatizando en la salud, identificar factores de estrés y potenciar recursos.

La Biopsicoeducación es una herramienta que posibilita tomar consciencia de la necesidad de abordar ciertos aspectos que ayudan a la salud. Por cierto, se sabe que solo el *insigth* no es suficiente para un cambio, tan solo es el inicio de una serie de movimientos paulatinos, a partir de la toma de conciencia y la necesidad de inclusión de nuevos aprendizajes y de promover cambios en factores bio-emocionales, cognitivos, socioecológicos y espirituales.

Este paradigma integrativo tiene una mirada hacia el sujeto que está transitando un proceso dinámico entre la salud, la enfermedad, la curación u otros desenlaces posibles. En un marcado contexto interdisciplinario, el psicólogo clínico incluye y trasmite aprendizajes que posicionan la profesión en los equipos de salud.

18. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICA

Bibliografía

- Instituto Nacional Del Cáncer*. (2015 de Enero de 06). Recuperado el 01 de Noviembre de 2015, de Instituto Nacional Del Cáncer:
<http://www.cancer.gov/espanol/cancer/diagnostico-estadificacion/estadificacion/hoja-informativa-estadificacion>
- Ader, R., Felten, D., & Cohen, N. (1991). *Psychoneuroimmunology*. San Diego: Academic Press.
- Andersen, B., & Farrar, W. &. (1998). *Estrés y Respuestas inmunes después del tratamiento quirúrgico de la Regional de Cáncer de Mama*.
- Andersen, B., Yang, H., & et.al. (2008). *Psychologic Intervention Improves Survival for Breast Cancer*.
- Arbizu, J. P. (2000). Factores psicológicos que intervienen en el desarrollo del cáncer y en la respuesta al tratamiento. *Anales Sis San Navarra*, 173-178.
- Aron, L. (1996). *A meeting of minds. Mutality in psychoanalysis*. New York: The Analytic Press.
- Avila Espada, A. (2005). Al cambio psiquico se accede por la relación. *Intersubjeetivo*, 195-220.
- Barroilhet, S., Forjaz, M., & Garrido, E. (2005). Conceptos, teorías y factores psicosociales en la adaptación al cáncer. *Actas españolas de psiquiatría*, 390-397.
- Beck, A., Steer, R., & Brown, G. (2006). *Inventario de Depresión de Beck*. España: Iberia.
- Benyakar, M., & Lezica, A. (2005). *Lo traumático Clínica y paradoja*. Buenos Aires: Editorial Biblos.
- Bleichmar, H. (2008). La esclavitud afectiva y tratamiento de la sumisión. *Aperturas psicoanalíticas*.
- Bleichmar, S. (2008). *Clínica psicoanalítica y neogenesis*. Buenos Aires: Amorrortu editores.

- Bonet, J. L. (2013). *Psiconeuroinmunoendocrinología*. Buenos Aires: Ediciones B Argentina S.A.
- Cajamarca, J. (2014). El cáncer y su impacto en salud pública. *Med Unab vol 17*, 41-45.
- Cano, A. (2005). Control emocional, estilo represivo de afrontamiento y cancer: ansiedad y cancer. *Psicooncología* , 71-80.
- Capra, F. (1998). *La trama de la vida: una nueva perspectiva de los sistemas vivos*. Buenos Aires: Anagrama.
- Castés, M. (2014). *Psiconeuroinmunología o cómo apropiarte del sistema inmunológico*. Caracas: Gráficas Diamar C.A.
- Chang, J., Vines, E., Bertsch, H., & et.al. (2001). The impact of a multidisciplinary breast cancer center on recomendations for patient management: the University of Pennsylvania experience.
- Comisión Honoraria del lucha contra el Cáncer*. (s.f.). Recuperado el 28 de Octubre de 2015, de Comisión Honoraria del lucha contra el Cáncer:
http://www.comisioncancer.org.uy/subcategorias_3_1.html
- Della Valle, A., & Acevedo, C. (2012). Comités de Tumores en Uruguay. ¿Cuál es el estado de situación diez años después? *Revista Médica del Uruguay vol 28 nº4*.
- Dubourdieu, & Afonzo. (Octubre de 1996). II Jornadas de Psicología Médica. Montevideo, Uruguay.
- Dubourdieu, & Nasi. (2014). Curso online Instituto de formación Supnie. Montevideo.
- Dubourdieu, M. (2014). *Psicoterapia integrativa PNIE 3era edición*. Montevideo: Psicolibros. Waslala.
- Endicott, J. (1984). *Measurement of depression in patients with cancer*.
- Fawzy, F., & et.al. (1993). Malignant Melanoma. Effects of an early strucutres pshychiatric intervention, coping, and affective state on recurrence and survival 6 years later. *Archives of General Psychiatry 50*, 681-689.
- Férnandez, J., & Edo, S. (1994). Emociones y Salud. *Anuario de Psicología*, 25-32.
- Foucault, M. (2002). *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*. Buenos Aires: Siglo XXI editores argentina.

- Freud, S. (1896). *Obras completas tomo XII*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Glaser, R., & Kielcot-Glaser, J. (2005). Stress-induced immune dysfunction. implications of health. *Nature Rev. Immunology* 5, 243-251.
- Gomel, S., & Matus, S. (2011). *Conjeturas Psicopatológicas*. Buenos Aires: Psicolibros ediciones.
- Gonzalez Baron, M., Ordoñez, A., Feliu, J., & otros. (2006). *Tratado de medicina paliativa y tratamiento de soporte del paciente con cancer*. Médica Paramericana.
- Heinze, G. (2001). Mente - Cerebro: sus señales y sus repercusiones en el sistema inmunológico. *Salud Mental*, 3-9.
- Hernandez, M., & Cruzado, J. A. (2013). La atención psicológica a pacientes con cáncer: de la evaluación al tratamiento. *Clínica y Salud*, 1-9.
- Hirigoyen, M.-F. (1999). *El acoso moral*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Ibañez, E., & Soriano, J. (2008). Intervención psicológica en enfermos de cancer: planteamientos del presente, deseos de futuro. *Análisis y modificación de conducta vol 34*, 150-151.
- Jeammet, P. (1995). *Manual de psicología médica*. Buenos Aires: Editorial Masson.
- Klinger, J., Herrera, J., Díaz, M., & al., e. (2005). La psiconeuroinmunología en el proceso salud enfermedad. *Colombia Médica*, 120-129.
- Koenig, H., George, L., & Siegler, I. (1988). The use of religion and other emotion-regulating coping strategies among older adults. *The Gerontologist* 28, 303-310.
- Koenig, H., McCullough, M., & Larson, D. (2001). *Handbook of religion and health*. New York: Oxford University Press.
- Kreisler, L. (1985). *La desorganización psicosomática en el niño*. Barcelona : Editorial Herder.
- Kupfer, D. (2013). *DSM V*.
- Laham, M. (2006). *Escuchar al corazón*. Buenos Aires: Editorial Lumiere.
- Lancoboni, M. (2009). *Las neuronas espejo: empatía neuropolítica, autismo, imitación, o de como entendemos a los otros*. Madrid: Katz.

- Legrand, M. (1999). La contra-transferencia del investigador en los relatos de vida. *Proposiciones 29*, 1-7.
- Lista, Á. (2008). *Ciencia de la depresión*. Montevideo: Psicolibros. Wasala.
- Lluch, A., Almonacid, V., & Garcés, V. (s.f.). Cancer e imagen: el duelo corporal. *Duelo en oncología*, 183-197.
- Malca, B. (2005). Psiconcología: abordaje emocional en oncología. *Revista N°2 (25)*, 64-67.
- Márquez Lopez Matos, A. (2004). *Psiconeuroinmunoendocrinología II*. Buenos Aires: Polemos.
- Marty, P., & M'Uzan, M. (2013). *La investigación psicosomática: siete observaciones clínicas*. Buenos Aires: Biblioteca nueva.
- Maté, J., Hollenstein, M., & Gil, F. (2004). Insomnio, ansiedad y depresión en el paciente oncológico. *Psioncología*, 211-230.
- McEwen, B. (1998). Protective and damaging effects of stress mediators . *Seminars in medicine of the Beth Israel Diaconess Medical Center Vol 3338 n°3*, 171-179.
- Mendez, G., & Tivizay. (2009). Psiconeuroinmunoedocrinología, emociones y enfermedad. Una revisión. *MedULA 18*, 155-164.
- Morin, E. (2003). *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona: Gedisa Barcelona.
- Murillo, M., & Alarcón Prada, A. (2006). Tratamientos psicosomáticos en el paciente con cáncer. *Revista colombiana de psiquiatría*, 92-111.
- Oblitas, L. (2006). *Psicología de la salud y calidad de vida*. Barcelona: Cengagelearning editores.
- Oblitas, L. (2008). El estado del arte de la Psicología de la Salud. *Revista de Psicología Vol XXVI*, 219-254.
- Ostir, G., Markides, K., Black, S., & Goodwin, J. (2000). Emotional well-being predicts subsequent functional independence and survival. *Journal of the American Geriatrics Society*, págs. 473-478.
- Peczник, A. (2012). *El sujeto ante su muerte*. Buenos Aires: Fondo de cultura económica.
- Pichot, P., & López Ibor, J. J. (1994). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. España: Copyright Masson S.A.

- Porro, M., Andrés, M., & Rodríguez-Espínola, S. (2012). Regulación emocional cáncer: utilización diferencial de la expresión y supresión emocional en pacientes oncológicos. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 341-335.
- Prieto, A. (2004). Psicología Oncológica. *Revista Profesional Española de Terapia Cognitivo-Conductual* 2, 107-120.
- Quiceno, M., & Vinaccia, S. (2009). La salud en el marco de la psicología de la religión y de la espiritualidad. *Perspectivas en psicología vol 5 nº2*, 321-336.
- Robert, V., Álvarez, C., & Valdivieso, F. (2013). Psiconcología: un modelo de intervención y apoyo psicosocial. *Revista Médica Clínica Condes* , 677-684.
- Rodríguez, A. (2014). Mi mente enferma mi cuerpo: cancer de mama. *Revista oficial de uanl - Sui generis*, 7-10.
- Romero, M. d., Santillán, L., & et.al. (2008). Frecuencia de factores de riesgo de cancer de mama. *Ginecol Obstet Mex*, 667-672.
- Sanches, M., Soares, C., & al, e. (2012). Prevalencia de depressao e fadiga em un grupo de mulheres com cancer de mama. *Revista eletronica de Enfermagem*.
- Sandin, B., Chorot, P., Valiente, R., Lostao, L., & Santed, M. (2001). *Anticipatory anxiety in women recalles for further mammogram breast cancer screening*. *Psicothema*.
- Solana, A. (2005). Aspectos psicológicos en el paciente superviviente. *Oncología*, 157-163.
- Solomon, G. (Febrero de 2001). Psiconeuroinmunología: sinopsis de su historia, evidencia y consecuencias.
- Stavroula, L., Griffiths, A., & Cox, A. (2004). *La organización del trabajo y el estrés*. Reino Unido: I-WHO.
- Sternberg, E. (1999). Emotion and disease a balance of molecular. *States of mind*, 103-122.
- Thayer, R. (1998). *El origen de los estados de animo cotidianos*. España: Paidós Iberia.
- Torres Mariño, A. M. (2006). Relación entre el patrón de conducta tipo C y el cáncer de mama. *Universidad Psicológica de Bogotá*, 563-573.
- Valverde, C., & Castilla, C. (2007). Emociones positivas y crecimiento postraumático en el cáncer de mama. *Psicooncología: investigación y clínica biopsicosocial en oncología*, 385-404.

- Van't Spijker, A., Trijsbur, R., & Duivenvoorden, H. (1997). Psychological sequelae of cancer diagnosis: a meta-analytical review of 58 studies after 1980. *Psychosom Med.*
- Vázquez, C., & Castilla, C. (2007). Emociones positivas y crecimiento postraumático en el cáncer de mama. *Psicooncología vol 4*, 385-404.
- Vázquez, G., Vietez, A., Boullosa, O., & Hadid, E. (2005). *Neurociencia bases y fundamentos*. Buenos aires: Editorial Polemos.
- Volker, G. (2006). *Filosofía de la psicología*. Barcelona: Herder.
- Wayner, L., Cox, T., & Mackay, C. (1979). Stress, immunity and cancer. *Res Psychol Med. Londres*, 253-259.
- Yélamos, C., Meseguer, C., Samblás, J., & Delgado, J. (2008). *The Psycho-Social Support During and After Cancer*. Recuperado el Noviembre de 2015, de www.curadosdecancer.com
- Yoselossef, S., Porath, B., & Tellegen, A. (2009). *MMPI 2 R Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota 2 reestructurado*. Madrid.
- Zonis, R. (1999). *PSICOSOMÁTICA HOY: TERCERA TÓPICA Y VULNERABILIDAD*. Buenos Aires.
- Zukerfeld, R., & Zonis, R. (1999). *Psicoanálisis Tercera tópica y Vulnerabilidad somática*. Buenos Aires : Lugar Editoria S.A.

19. APÉNDICE

19.1 Información para el paciente.

Estudio de investigación acerca de los efectos de la Biopsicoeducación en el estado anímico de pacientes luego de la consulta médica oncológica en el Servicio de Oncología Clínica Del Hospital de Clínicas. Equipo de Psicoterapia integrativa Psiconeuroinmunoendócrina (PNIE)

Responsable del estudio:

Lic. en Psicología. Mariana Zapata

INSTRUCCIONES: Este consentimiento informado debe ser leído por todos los individuos voluntarios que participen del estudio. Usted está invitado/a a participar en un estudio de investigación. Los estudios de investigación de este servicio son diseñados para obtener información científica que puede ayudar a otras personas con diagnóstico oncológico en el futuro.

Usted está siendo invitado/a a participar en este estudio porque es un/a paciente del Servicio de Oncología Clínica del Hospital de Clínicas.

*El propósito de esta investigación es conocer **qué factores se relacionan con estados anímicos de ansiedad y depresión y valorar si la Biospsicoeducación modifica positivamente el estado de ánimo.***

Las entrevistas con usted durarán aproximadamente 40 minutos y durante las mismas se le harán preguntas y se le informará sobre herramientas de salud. Se realizarán 5 encuentros y antes de la primera entrevista y al final de la última se realizará un test de ansiedad y depresión de duración de entre 10 y 15 minutos.

Su participación es voluntaria. Usted tiene derecho a responder las preguntas que quiera y a decidir cuándo interrumpir la entrevista. Si por alguna razón usted decide no participar de este estudio o no responder algunas de las preguntas que le haremos, esta decisión de ninguna manera afectará la atención de salud que usted recibe.

Participar en el estudio puede involucrar proveer información que usted considere confidencial pero se tomarán los recaudos necesarios para que esta información no sea divulgada: cuando se analicen los datos, éstos no tendrán el nombre del paciente y para ingresar a la base de datos se requerirá de una contraseña confidencial.

No hay costos para usted por tomar parte de la investigación, ni tampoco se le pagará algún dinero por su participación.

Este estudio es coordinado por el servicio de Oncología Clínica de la Facultad de Medicina (Hospital de Clínicas) y la Facultad de Psicología.

Por favor, tómese su tiempo para decidir y pida al personal del estudio explicaciones sobre cualquier palabra o información que no entienda.

19.2 Consentimiento Informado

Consentimiento informado de participación en el estudio acerca de los efectos de la Biopsicoeducación en el estado anímico de pacientes luego de primera consulta médica oncológica, Equipo de Psicoterapia integrativa Psiconeuroinmunoendócrina del Servicio de Oncología Clínica del Hospital de Clínicas.

Responsable del estudio:

Lic. en Psicología. Mariana Zapata

Declaración de Consentimiento:

He leído atentamente la hoja de información que se me ha entregado y se me brindó la posibilidad de aclaración de dudas que deseara plantear.

Voluntariamente acepto participar en este estudio y entiendo que tengo el derecho de retirarme en cualquier momento sin que esto signifique ningún perjuicio para mí.

Firmando este consentimiento no delego ningún derecho legal que me pertenezca.

Firma (aclaración): _____

CI: _____

Fecha: / /

Aclaración de firma: _____

Nombre y Firma de quien obtiene el consentimiento:

19.3 Formulario de Implicación del Investigador en el Trabajo de Campo

Proyecto de investigación: “los efectos de la Biopsicoeducación en el estado anímico de pacientes luego de consulta médica oncológica en el Servicio de Oncología Clínica del Hospital de Clínicas de la Facultad de Medicina (UdelaR) R.O.U

Se debe realizar luego de finalizar el primer encuentro con el paciente oncológico que acepta participar en la investigación.

¿Qué emoción y /o conducta despierta en el investigador el diagnóstico oncológico que describe el paciente? :

- a. **Compasión**
- b. **Urgencia en realizar la intervención Biopsicoeducativa**
- c. **Temor al desenlace de la enfermedad por la descripción del estado actual que relata el paciente**
- d. **Tiene dudas y marcada incertidumbre de poder ayudarlo**
- e. **Cree con certeza que su estrategia psicoterapéutica puede ayudar al paciente en su proceso hacia la salud**
- f. **Cree que su estrategia psicoterapéutica tendrá mejores resultados en los pacientes que tienen mayor nivel intelectual**
- g. **Siente la necesidad de tener la opinión del Médico Oncólogo tratante**
- h. **Siente que el paciente independiente de su intervención tiene recursos suficientes para recuperar su salud.**
- i. **Otros**

Lic. en Psicología. Mariana Zapata

19.4. Cuestionario de Evaluación para realizar la Biopsicoeducación

Marque con una cruz la opción correcta

1. ¿Por qué cree que se enfermó?

Incidencia genética, algo heredable	S í	N o
Era su destino	S í	N o
Algo externo que penetró en su organismo	S í	N o
Despreocupación por su estado de salud	S í	N o
Hábitos inadecuados (drogadicción, tabaquismo, alcoholismo, otros)	S í	N o
No concurrir al médico	S í	N o
Automedicarse	S í	N o
Le afectaron tristezas, frustraciones, enojos, insatisfacciones	S í	N o
Por preocupaciones económicas	S í	N o
Estado de tensión permanente	S í	N o
Por haber sufrido algún tipo de violencia	S í	N o
Castigo divino	S í	N o
Otros:		

2. ¿Cree que su estado de ánimo alterado o situaciones conflictivas de su vida o ambas cosas pueden haber incidido o incidir en su enfermedad actual?

En caso afirmativo:

a) Preocupaciones laborales	Sí	No
b) Problemas familiares	Sí	No
c) Problemas económicos	Sí	No
d) Estado de ansiedad permanente	Sí	No

e) Sentimientos de culpa	Sí	No
f) Sentimientos de soledad	Sí	No
g) Pensamientos negativos	Sí	No
h) Tristeza	Sí	No
i) Enojo o rabia	Sí	No
j) Depresión	Sí	No
k) Falta de sentido de vida y motivaciones	Sí	No
Otros:		

3. ¿Cómo ha resuelto las situaciones difíciles en su vida antes de tener el diagnóstico de su enfermedad?

a) Pidió ayuda externa	Sí	No
b) Evitó pensar en la situación	Sí	No
c) Mantuvo la esperanza de que se resolviera solo	Sí	No
c) Enfrentó la situación y buscó alternativas de cambio	Sí	No

Si realizó cambios en sus conductas ante problemas, ¿en qué ámbitos de su vida lo hizo?

Familiar	Sí	No
Pareja	Sí	No
Vivienda	Sí	No
Laboral	Sí	No
Relaciones sociales	Sí	No
Hábitos de sueño	Sí	No
Alimentación	Sí	No
Ejercicio	Sí	No
Recreación	Sí	No
Otros :		

4. En el último año previo a su enfermedad, ¿estuvo sometido a situaciones de tensión por algún motivo?

Familiares	Sí	No
Laborales	Sí	No
Económicos	Sí	No
Vivienda	Sí	No
Enfermedad de alguna persona allegada	Sí	No
Problemas con vecinos	Sí	No
Otros :		

5. ¿Usted cree que debería hacer algo para contribuir a su salud, además del tratamiento médico-oncológico?

En caso afirmativo, ¿en qué ámbitos de su vida?:

Familiar	Sí	No
Pareja	Sí	No
Vivienda	Sí	No
Laboral	Sí	No
Relaciones sociales	Sí	No
Hábitos de sueño	Sí	No
Alimentación	Sí	No
Ejercicio	Sí	No
Recreación	Sí	No
No hacerse “mala sangre” por las cosas	Sí	No
Comunicar más lo que siente o le molesta	Sí	No
Otros :		

19.5. Inventario de Depresión de Beck.

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor,lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana,incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección,(se puntuará 0-1-2-3).

1).

- No me siento triste
- Me siento triste.
- Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
- Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2).

- No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
- Me siento desanimado respecto al futuro.
- Siento que no tengo que esperar nada.
- Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3).

- No me siento fracasado.
- Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
- Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
- Me siento una persona totalmente fracasada.

4).

- Las cosas me satisfacen tanto como antes.
- No disfruto de las cosas tanto como antes.
- Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
- Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5).

- No me siento especialmente culpable.
- Me siento culpable en bastantes ocasiones.
- Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
- Me siento culpable constantemente.

6).

- No creo que esté siendo castigado.
- Me siento como si fuese a ser castigado.
- Espero ser castigado.
- Siento que estoy siendo castigado.

7).

- No estoy decepcionado de mí mismo.
- Estoy decepcionado de mí mismo.
- Me da vergüenza de mí mismo.

Me detesto.

8).

- No me considero peor que cualquier otro.
- Me autocritico por mis debilidades o por mis errores.
- Continuamente me culpo por mis faltas.
- Me culpo por todo lo malo que sucede.

9).

- No tengo ningún pensamiento de suicidio.
- A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
- Desearía suicidarme.
- Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10).

- No lloro más de lo que solía llorar.
- Ahora lloro más que antes.
- Lloro continuamente.
- Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.

11).

- No estoy más irritado de lo normal en mí.
- Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
- Me siento irritado continuamente.
- No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.

12).

- No he perdido el interés por los demás.
- Estoy menos interesado en los demás que antes.
- He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
- He perdido todo el interés por los demás.

13).

- Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
- Evito tomar decisiones más que antes.
- Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
- Ya me es imposible tomar decisiones.

14).

- No creo tener peor aspecto que antes.
- Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
- Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
- Creo que tengo un aspecto horrible.

15).

- Trabajo igual que antes.
- Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
- Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
- No puedo hacer nada en absoluto.

16).

- Duermo tan bien como siempre.
- No duermo tan bien como antes.
- Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
- Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

17) .

- No me siento más cansado de lo normal.
- Me canso más fácilmente que antes.
- Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
- Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18).

- Mi apetito no ha disminuido.
- No tengo tan buen apetito como antes.
- Ahora tengo mucho menos apetito.
- He perdido completamente el apetito.

19).

- Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
- He perdido más de 2 kilos y medio.
- He perdido más de 4 kilos.
- He perdido más de 7 kilos.
- Estoy a dieta para adelgazar SI/NO.

20).

- No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
- Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
- Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.
- Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

21).

- No he observado ningún cambio reciente en mi interés.
- Estoy menos interesado por el sexo que antes.
- Estoy mucho menos interesado por el sexo.
- He perdido totalmente mi interés por el sexo.

19.6. Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy:

	En Absoluto	Levemente
1 Torpe o entumecido		
2 Acalorado		
3 Con temblor en la piernas		
4 Incapaz de relajarse		
5 Con temor a que ocurra lo peor		
6 Mareado, o que se le va la cabeza		
7 Con latidos del corazón fuertes y acelerados		
8 Inestable		
9 Atemorizado o asustado		
10 Nervioso		
	En absoluto	Levemente
11 Con sensación de bloqueo		
12 Con temblores en las manos		
13 Inquieto, inseguro		
14 Con miedo a perder el control		
15 Con sensación de ahogo		
16 Con temor a morir		
17 Con miedo		
18 Con problemas digestivos		
19 Con desvanecimientos		
20 Con rubor facial		
	En absoluto	Levemente
21 Con sudores, fríos o calientes		

