



55
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

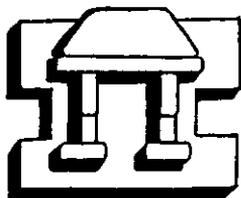
ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
IZTACALA

LA FORMACION PROFESIONAL DEL ONCOLOGO
EN ASPECTOS PSICOLOGICOS, Y SU INFLUENCIA
EN LA ATENCION A LA PACIENTE
MASTECTOMIZADA.

T E S I N A
Q U E P R E S E N T A :
LUVANIA DORANTES RUBIO
PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

293751

ASESORAS: MAESTRA LAURA EVELIA TORRES VELAZQUEZ
MAESTRA NORMA YOLANDA RODRIGUEZ SORIANO.
MAESTRA JOSELINA EDILBERTA IBAÑEZ REYES.



IZTACALA

LOS REYES IZTACALA, EDO. DE MEX.

MAYO DEL 2001.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIAS Y AGRADECIMIENTOS.

A Ti Dios, porque me diste la oportunidad de vivir para poder alcanzar uno de mis mas anhelados objetivos. Porque me diste la fuerza y la alegría para no dejarme vencer y porque has puesto en mi camino a personas maravillosas que me han ayudado incondicionalmente.

Gracias.

A Ti Papá: Roberto Dorantes

Porque con tu ejemplo me has enseñado desde niña la importancia del compromiso, la dedicación y la constancia para poder alcanzar mis objetivos.
Gracias, por tu confianza y por considerarme siempre una mujer inteligente y capaz.

A Ti Mamá: Enedina Rubio

Por estar conmigo en todos los momentos de mi existencia. Por ser mi gran apoyo y por darme el amor, el cariño y la comprensión que necesité para cumplir con este logro, en el que tú tienes el mérito.

A Ti Hermano: Omirio Dorantes.

*Porque desde siempre has sido mi compañero, mi amigo, y porque juntos hemos
aprendido a recorrer el camino de la vida.*

Te quiero mucho Hermano.

A ti Amor: Mario Medina.

Porque desde que te conozco has apoyado mis proyectos.

Porque conmigo has compartido sueños e ilusiones.

Y porque tu amor, me ha dado la fuerza para continuar siempre adelante.

Te amo profundamente.

*A Mis compañeros y amigos: Rogelio, Mayra, Alejandro, Oscar, Miriam, Sandra,
Arturo, Jesús, Brenda, Blanca, Rodolfo, Gerardo, Alfredo, Argelia, Angeles,
Gabriela, Olga, Sugey y Jonathan: Porque me brindaron su amistad y compartieron
conmigo grandes momentos en mi existir.*

*A mi Sobrino Rodrigo le agradezco especialmente porque ha llenado de luz y
alegría nuestros corazones.*

*A Edgar y Arlette. Les agradezco su cariño y confianza. Siempre me transmiten
su alegría por la vida, su tranquilidad y su inocencia. Espero que este logro
represente para ustedes un ejemplo para que sigan siempre adelante.*

Agradezco a la Maestra en Psicología: Laura Erelia Torres.

Porque me dio el apoyo para concluir mi carrera profesional y porque me brindó su comprensión cuando más la necesité.

Agradezco especialmente a la Maestra en Psicología: Georgina Bazán a quien admiro y respeto profundamente.

A todos los maestros que contribuyeron en mi formación profesional. Muchas gracias por su tiempo y por sus valiosas aportaciones.

ÍNDICE

RESUMEN.	7
INTRODUCCIÓN	8
CAPÍTULO 1	
PSICOLOGÍA DE LA SALUD.	13
1.1 Antecedentes de la Psicología de la Salud.	13
1.2 Surgimiento y Delimitación Conceptual de la Psicología de la Salud	18
1.3 Trabajo y Ejercicio del Profesional de la Psicología de la Salud.	23
1.4 Psicología y Oncología	27
CAPÍTULO 2.	
CÁNCER DE MAMA. APROXIMACIÓN MÉDICA.	30
2.1 Definición.	31
2.2 Clasificación.	32
2.3 Etiología.	34
2.4 Síntomas.	36
2.5 Examen Clínico.	37
2.6 Diagnóstico Precoz.	41
2.7 Tratamiento Médico.	45
2.7.1 Tipos de Tratamiento.	46
2.7.2 Técnicas Complementarias.	48
CAPÍTULO 3.	
AFRONTAMIENTO PSICOLÓGICO DE LA PACIENTE CON CÁNCER DE MAMA.	50
3.1 Afrontamiento al Diagnóstico y Pronóstico de la enfermedad.	50
3.2 Afrontamiento al Tratamiento.	55
CAPÍTULO 4.	
EL MÉDICO ONCÓLOGO Y SU FORMACIÓN PROFESIONAL	63
4.1 La Oncología y sus Divisiones.	63
4.2 El Origen de la Oncología en México.	64
4.3 Condiciones Actuales de la Oncología en México.	66
4.4 La Residencia en Oncología.	70
4.5 El Síndrome del Agotamiento Profesional en los Oncólogos.	77

CAPÍTULO 5.

CONCLUSIÓN. _____ 86

BIBLIOGRAFÍA. _____ 91

ANEXO. _____ 97

GLOSARIO. _____ 100

RESUMEN

Bajo la perspectiva de la Psicología de la Salud, el presente trabajo, tuvo como objetivo identificar la influencia de la formación del Médico Oncólogo en aspectos psicológicos, en la atención de la paciente mastectomizada. En México, el cáncer de mama es la segunda causa de muerte en mujeres en edad productiva. Los grandes esfuerzos realizados por el equipo médico de Oncología han contribuido al desarrollo de terapéuticas contra el cáncer de mama y han conseguido aumentar la supervivencia de algunas pacientes. Sin embargo, la mastectomía sigue siendo un procedimiento terapéutico que supone un costo muy alto para las pacientes, tanto estético como físico. Ante tales procesos terapéuticos, la Oncología ha recibido fuertes cuestionamientos. La crítica principal es la deshumanización. Por esta razón se ha requerido la revisión de los programas académicos en donde se enfatice que la medicina debe ser cada vez más rica en conocimientos y desde el punto de vista humano. De acuerdo a la revisión bibliográfica se concluye que es necesario que dentro del curriculum de Oncología se propongan módulos y asignaturas que tengan como finalidad la reflexión del estudiante sobre el mantenimiento de una comunicación y diálogo abierto con las enfermas, familiares, colegas y profesionales relacionados con el cuidado de la paciente con cáncer de mama y que se someterá a la mastectomía.

INTRODUCCIÓN.

El médico y su función se han definido y conceptualizado con una amplia gama de características, dependientes estas de la época histórica en la que se analicen. Específicamente los últimos 30 años se han caracterizado por una enorme industrialización en la medicina, por la construcción de gigantescos hospitales, por la participación cada vez mayor de la tecnología mecánica, electrónica y computarizada, originando todo esto que la práctica de la medicina actual propicie por su estructuración y funcionamiento fuertes cuestionamientos. La crítica más severa que se ha emitido es la que se refiere a la deshumanización (Mejía, 1991).

Se ha cuestionado la actividad médica y se ha enfatizado que los profesionales de la salud cargan sobre sus hombros un cúmulo importante de obligaciones; son los agentes sociales por excelencia, líderes de la comunidad, y por ese motivo, en la actualidad se han emprendido varias acciones a sufragar las deficiencias y potenciar sus habilidades.

Se ha requerido la revisión de los planes y programas de las escuelas y facultades de medicina, como es el caso de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, en la que el perfil profesional, que en la actualidad se está forjando en el alumno es: " El del profesional cuya finalidad es la de cuidar la vida del hombre, mediante acciones que permitan conservar y restaurar la salud individual y de los grupos humanos puestos bajo su responsabilidad, en su ambiente físico, ecológico y social, capaz de practicar la medicina científica pero con una actitud de servicio humanista" (De la Fuente, 1998, pág. 7).

Es bien sabido que el perfil del profesional de la medicina y el de cualquier otra disciplina, se va delimitando de acuerdo a los contenidos del plan curricular, de este modo el perfil del egresado de cualquier institución, en este caso el de medicina, define el tipo de médico que dicha institución se compromete a formar, y constituye así el marco de referencia inmediato para la estructuración y actualización del plan de estudios.

En las especialidades médicas, la responsabilidad de las instituciones encargadas de la formación de médicos especialistas es, la de formar a los líderes

de las próximas generaciones de médicos mexicanos y contribuir a establecer un sistema de salud capaz de preservar y desarrollar las capacidades físicas y mentales de nuestra población, y colaborar en la preparación de investigadores en el campo de las ciencias médicas.

La preparación profesional del médico resulta estar estructurada de tal manera, que se cubren todos aquellos aspectos inmersos en la práctica médica y que son fundamentales para una atención de calidad, por ejemplo: el fomentar la salud y prevenir las enfermedades; el actuar de acuerdo a los principios éticos y humanistas; el examinar y atender los aspectos afectivos, emocionales y conductuales de los pacientes bajo su cuidado; pero ante todo, contar con los conocimientos sólidos de su disciplina, entre otros.

Haciendo un poco de historia, hacia la década del siglo XX, primero en Europa y luego en Estados Unidos, cobró fuerza la corriente de opinión en la medicina que ponía énfasis en los aspectos psicológicos en la iniciación, curso y desenlace de las enfermedades y en los factores terapéuticos implicados en la relación médico - enfermo. Este interés acerca de los problemas psicológicos de los enfermos y del trabajo del médico, era entonces novedoso, puesto que en las escuelas de medicina aún las de los países más avanzados, la enseñanza se orientaba dentro de un marco mecanicista que poco o nada tomaba en cuenta dichos problemas. La nueva corriente expresaba la creciente advertencia entre los médicos de que el avance de la medicina tiene un lado sombrío, esto es que: aunque la tecnificación y la especialización del cuidado del médico se extienden a un mayor número de personas conllevando a grandes beneficios, se han tenido a la vez efectos no deseados. Uno de ellos es la pérdida de la dimensión humana en el cuidado de los enfermos. " Si bien la medicina es cada vez más rica, también es más pobre desde el punto de vista humano, es decir, no responde a las necesidades de los enfermos" (De la Fuente, 1998, pág. 7).

En años recientes, algunos investigadores se han dado a la tarea de identificar la importancia de los factores psicológicos dentro del curriculum de medicina general. Entre ellos están los estudios de Manley (1998); Petra, Ortiz, Talayero (1998); Hafke y Cols. (1998); Manley y Cols. (1995).

Los estudios antes mencionados están enfocados hacia la formación en aspectos psicológicos de los estudiantes de la carrera de medicina. Sin embargo,

es necesario que la preocupación no solo se centre en esta población, sino en todos aquellos especialistas que se encuentran al cuidado del ser humano en una práctica médica de 3er. nivel.

Dentro de la especialidad de Oncología, la preocupación por la formación del Oncólogo en aspectos psicológicos ha sido poco estudiada; por este motivo, en la actualidad, la información que aborda esta temática es escasa.

Con la finalidad de contribuir a la apertura de una nueva área de trabajo, la presente investigación va encaminada a reconocer que en la Oncología, el trabajo con la paciente no es la única alternativa de trabajo para el Psicólogo de la Salud.

La propuesta de este estudio es que la labor del profesional de la Psicología de la Salud se haga extensa para cubrir las demandas de la formación psicológica del equipo médico que labora en esta especialidad.

Es de gran importancia que dentro del perfil profesional del Oncólogo Médico existan módulos que retomen el aspecto psicológico de los pacientes con cáncer en general. Se espera que no se pierda de vista la concepción del ser humano como un ser bio/ psico/ social, y que además se deje de admitir que estos niveles en la práctica son vistos como inconexos.

Hay que recordar que en la población en general, el cáncer es la segunda causa de muerte en personas en edad productiva - de los 15 a los 64 años - según datos del Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. En este rubro, sólo el cáncer de cuello del útero, y los de tráquea, bronquios y pulmón, superan en número de defunciones al cáncer de mama, que se ha convertido en un importante problema de salud pública.

Los grandes esfuerzos realizados por el equipo médico de Oncología, han contribuido al desarrollo de terapéuticas contra el cáncer de mama y han conseguido mejorar la situación para algunas pacientes aumentando así su supervivencia. Sin embargo, aún diversos procedimientos terapéuticos suponen un costo muy alto para las pacientes. La cirugía, la radioterapia, la quimioterapia, entre otras; resultan ser invasoras, dolorosas, aversivas, incapacitantes y con efectos irreversibles. (amputación o extirpación de la mama específicamente); o bien producen efectos secundarios indeseables como: náuseas, vómitos, caída del cabello, pérdida de apetito, quemaduras, disminución

de las capacidades cognitivas, deformidad, etcétera. La mastectomía es una de estas terapéuticas, es un procedimiento quirúrgico local. Haskell, Lowitz y Casciato (1998), consideran que esta es la manera más eficaz y exacta de controlar localmente el tumor y eliminar el tejido mamario residual que presenta alto riesgo de desarrollar una neoplasia primaria.

Ante tales procesos terapéuticos y sobre todo en aquellos concernientes a los procedimientos quirúrgicos como la mastectomía; cabría preguntarse sobre la relevancia que tiene para el Oncólogo el factor psicológico dentro de su formación para optimizar la atención a la paciente mastectomizada.

Por este motivo, el presente estudio tiene como Objetivo General:

- ◆ Identificar la formación profesional del Oncólogo en aspectos psicológicos y su influencia en la atención de la paciente mastectomizada.

Objetivos Específicos:

- Determinar la forma en la que el Oncólogo da a conocer el diagnóstico a las pacientes con cáncer de mama.
- Investigar la manera en la que el Oncólogo plantea la mastectomía como tratamiento a las pacientes con cáncer de mama.
- Identificar la importancia que el Oncólogo le otorga al componente emocional en su trabajo con la paciente mastectomizada.
- Identificar los módulos que abordan el aspecto psicológico en el paciente con cáncer dentro del Programa Académico de la Especialidad de Oncología.

Para cubrir el objetivo antes mencionado, el presente trabajo se estructuró en cuatro capítulos. El primero titulado " Psicología de la Salud", tiene como finalidad dar a conocer el marco de referencia sobre el cuál se sustenta este estudio.

En el segundo capítulo: " La Aproximación Médica del Cáncer de Mama", se da un panorama general de la función del Oncólogo en el abordaje de las pacientes con dicho padecimiento, esto con la finalidad de identificar la labor realizada por este profesional en la detección, diagnóstico y tratamiento.

En el capítulo tercero, se dará a conocer el aspecto psicológico en el proceso de la enfermedad de cáncer de mama. Ya que como se sabe, los efectos psicológicos producidos a lo largo de la enfermedad cancerosa se enmarcan en las

diferentes fases por las que pasa la paciente. Por ello, a este capítulo se le ha titulado "Afrontamiento Psicológico de las Pacientes con Cáncer de Mama".

Y por último, en el capítulo llamado "El Médico Oncólogo y su Formación Profesional", se identifica la importancia que se le otorga a los aspectos psicológicos en la formación profesional del Oncólogo.

CAPÍTULO 1

PSICOLOGÍA DE LA SALUD

En el presente capítulo se realiza una descripción de aquellos aspectos concernientes a la psicología de la salud, tales como: sus antecedentes, definición, objetivos, trabajo del psicólogo en el área de la salud y su vínculo con otras disciplinas. Todo esto, con la finalidad de dar a conocer la base teórica sobre la que se fundamenta la presente investigación.

1.1 Antecedentes de la Psicología de la Salud.

El presente rubro tiene como finalidad comenzar a perfilar los márgenes, características y alcances de la psicología de la salud; por lo que dentro de este, se realizará un breve recorrido por la historia del concepto de salud/enfermedad hasta llegar al que es asumido por la psicología de la salud en la actualidad.

Para dar una visión clara y objetiva, es necesario comenzar a hablar sobre los modelos más antiguos de la salud y la enfermedad conocidos como: sobrenatural, natural y moral para posteriormente dar paso al modelo biomédico y al modelo bio - psico - social.

En primer lugar se hará alusión al **modelo sobrenatural**, el cual se caracteriza por la búsqueda de explicaciones fantásticas que el hombre primitivo atribuyó al origen de la enfermedad en épocas remotas, al tiempo que utilizó muchos de los recursos con los que dispuso para enfrentar y cambiar el proceso de salud/enfermedad.

Junto con los rituales mágicos, convivían otras prácticas terapéuticas, consideradas en la actualidad como medidas higiénicas dirigidas a proteger la salud; de esta manera se puede encontrar una mezcla de brujería, cirugía, farmacoterapia y prácticas de higiene como soluciones o modos de prevención de enfermedades utilizadas hace ya más de 4 000 años.

No obstante, el florecimiento del pensamiento racional y filosófico del siglo V a. C. Y las concepciones naturalistas del mundo que elaboraron los filósofos

presocráticos, comenzaron a cambiar la interpretación mágica y mística de la enfermedad previa al conocimiento científico.

A esta nueva forma de concebir el proceso de salud/enfermedad se le denominó **modelo natural** (Ballester, 1990). Este modelo a diferencia del anterior, consideraba que la enfermedad era el resultado del desequilibrio en el organismo de los elementos que integran el cosmos, a saber: el fuego, el aire, la tierra y el agua. Y se recomendaba entre otras cosas, que para restablecer el equilibrio era necesaria una buena dieta, y la evitación de los excesos incluso desde esta época se enfatizaba la importancia de asumir la responsabilidad de la propia salud a través de una serie de comportamientos (una idea que hoy es defendida por los psicólogos de la salud).

Posterior a esa época, a lo largo de toda la Edad Media, en la que las tres grandes autoridades médicas fueron Aristóteles, Galeno y Avicenas, el avance y el progreso del conocimiento médico se detuvieron significativamente, debido en gran parte a la influencia de la Iglesia (Ballester op. Cit), ya que concebía al ser humano como una criatura con alma que poseía una voluntad libre, la cual, le separaba de leyes naturales, sujeta únicamente a sus propios designios y a la voluntad de Dios. Tal criatura no podía ser objeto de investigación científica. El cuerpo del hombre era considerado sacrosanto y la disección era peligrosa para el que la realizaba. Estos obstáculos no permitieron que el desarrollo de la anatomía y de la medicina siguieran su avance (Serafino, 1994).

Durante la Edad Media el **modelo natural** convivió con un **modelo moral** del proceso de salud/enfermedad, según el cual la enfermedad era un castigo por haberse comportado "reprobablemente mal". Incluso, en esta época, hubo ideas acerca de las posesiones demoniacas en los cuerpos de los enfermos, lo cual fue motivo de que la medicina regresara a manos de sacerdotes, que en ocasiones no tenían conocimiento de cómo tratar eficazmente dicho mal y utilizaban la tortura corporal para provocar la huida de los espíritus malignos.

En intentos por acabar con tales creencias, el **modelo bio- médico** ha presentado una perspectiva llena de avances científicos y técnicos que han influido de manera determinante en la forma de concebir el proceso de salud/enfermedad.

Los orígenes del modelo biomédico se remontan al Renacimiento, en donde se pudo observar el regreso de las explicaciones naturales acerca de la enfermedad; ayudando así a que la medicina volviera a las manos de los médicos y de esta manera deslindarla de la religión.

En esta época, el interés de la medicina se centraba en enfermedades concretas y en el desarrollo de nuevos redescubrimientos de antiguos medios para su tratamiento. Se produjeron grandes hallazgos en la comprensión de los sistemas circulatorio, respiratorio, digestivo y excretor, que unidos a los avances en anatomía y fisiología condujeron a entender y analizar el cuerpo humano como si se tratara de una máquina (con funciones defectuosas). Para este modelo la enfermedad se originaba cuando alguna parte de la máquina se rompía o funcionaba mal y el trabajo del médico era diagnosticar donde había ocurrido esa falla y repararla. La salud y la enfermedad, desde este punto de vista, eran consideradas casi exclusivamente en términos bioquímicos, fisiológicos o anatómicos, sin ninguna consideración hacia los factores sociales o psicológicos.

A lo largo de los siglos XVIII, XIX y XX, hubo grandes progresos científicos y tecnológicos en todos los campos de la medicina. A lo largo de estos siglos se produjo por ejemplo el invento del microscopio, la utilización de la disección en las autopsias, el inicio de la neurología, entre otros hechos de igual relevancia. Sin embargo, estos avances reforzaron enormemente la idea de localizar el origen concreto de las enfermedades, haciendo a un lado la relación que existía entre el cuerpo y la mente.

De este modo, el acercamiento biomédico se preocupa más por el manejo de los aspectos físicos de la enfermedad y sólo secundariamente a los de la persona.

El modelo biomédico concibe que los síntomas que informa una persona se deben al desequilibrio biológico, por lo que son los principios de este aspecto los que deben regir la intervención terapéutica; incluso considera que el fondo de un síntoma se debe a una única causa, por lo que se debe eliminar para dar término a la enfermedad.

Como se sabe, este modelo ha tenido mucha aceptación y prestigio, ya que los avances en la tecnología médica han permitido el tratamiento certero, rápido y preciso de enfermedades orgánicas. Sin embargo, en muchas ocasiones ha

resultado insuficiente a la hora de dar cuenta de muchos problemas de salud, especialmente cuando se descubre que la sintomatología de la enfermedad no es unicausal.

A este respecto, una serie de autores han realizado críticas contundentes a los supuestos sobre los que se basa el modelo biomédico. A continuación se expondrán las principales críticas de que ha sido objeto:

- ❖ Intransigencia para considerar, reconocer e incorporar nuevas ideas y conceptos acerca de los determinantes psicológicos, sociales y culturales de la enfermedad. (Engel, 1997).
- ❖ Desde el modelo biomédico no se presta atención a determinantes importantes de la salud, tales como las medidas de salud pública, las condiciones sociales y las conductas de salud en las personas (Leventhal, Pronska y Hirschman, 1985).
- ❖ La bio - medicina no presta suficiente atención a la experiencia de enfermedad del paciente, especialmente cuando no hay patología orgánica y sus tratamientos a veces empeoran el malestar que experimenta este, por una medicalización innecesaria. (Cott, 1986)
- ❖ La visión de los médicos ha oscilado entre la afirmación de que hay una explicación biológica para todo tipo de condiciones, incluidos los trastornos mentales, hasta el etiquetamiento de muchas quejas como "funcionales", término con el que se especifica que no existe una patología "verdadera". El etiquetamiento de un problema como funcional puede implicar que el sujeto no está enfermo y por lo tanto no es digno de ayuda. (Cott, op. Cit.)
- ❖ Para Matarazzo (1984) en la provisión de cuidados sanitarios deberían estar implicadas otras disciplinas tales como la Psicología. Sin embargo, la propia organización del sistema médico pone barreras a esta colaboración mutua que se podría llevar a cabo a través de equipos interdisciplinarios.

Las críticas al modelo biomédico, dan cuenta de que es necesario defender y practicar un nuevo acercamiento a la enfermedad, un acercamiento en el que se enfatice más la prevención de la enfermedad, sobre todo de aquella que tiene que

ver con el estilo de vida y con los hábitos perniciosos. De tal forma que se encuentre un equilibrio de los factores biológicos, psicológicos y sociales implicados en la enfermedad.

A continuación se hablará con mayor detalle sobre un modelo formulado precisamente para atender las carencias existentes del modelo biomédico, el cual ha sido reconocido como el **modelo bio - psico - social**. Para comenzar ha hablar sobre este modelo, debemos hacer alusión a su importancia en la Psicología de la Salud, y esta importancia radica en que es precisamente bajo esta perspectiva en la que se basa la Psicología de la Salud como una nueva disciplina que considera los aspectos sociales, y culturales además de los biológicos y psicológicos y permite la consolidación de un nuevo enfoque para estudiar el proceso de salud/enfermedad.

El postulado básico del modelo bio - psico - social, apoyado en la teoría de los sistemas, considera que la salud y la enfermedad son el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales y que por lo tanto, es necesario tener en cuenta estos tres factores al momento de considerar los determinantes de una enfermedad y su tratamiento.

En términos generales, este modelo mantiene una actitud contraria al reduccionismo con que el modelo biomédico resuelve el problema del dualismo mente - cuerpo, defendiendo que todos los factores son igualmente importantes en la salud y la enfermedad. Considera además que: si la salud es entendida como un estado de completo bienestar físico, psicológico y social y no solamente como la ausencia de enfermedad, se estará en acuerdo con la necesidad de incorporar, dentro de las ciencias de la salud, el componente social y psicológico, ya que el biológico ha sido y es el imperante en estas (Mardarás, 1990).

Así, el modelo bio - psico - social defiende la postura del enfermo como un ente global, que enferma o sana en su conjunto, y no como un simple agregado de órganos y sistemas fisiológicos tal y como lo manifestaba el modelo biomédico, de hecho, podemos decir, que la concepción del paciente como un ser activo, concuerda mucho más con la importancia de la responsabilidad individual en el cuidado de la propia salud. Este modelo, enfatiza además la forma en la que cada persona percibe, evalúa e interpreta sus síntomas y emprende acciones para remediarlas.

En este modelo, el paciente es considerado un ser activo, el cual percibe y enfrenta sus síntomas para alcanzar, en la medida de lo posible, la salud, considerándola como un derecho social básico, que como concepto integral incluye la prevención, la rehabilitación y la reinserción de los sujetos a su medio.

La variabilidad en la reacción de cada persona respecto a los síntomas se produce por la influencia de múltiples factores como: experiencias tempranas con la enfermedad, la formación específica respecto a los síntomas, la influencia de estilos culturales particulares; los valores étnicos, las disposiciones como la introspección o grado de atención hacia uno mismo, las motivaciones particulares en una situación dada, el estado emocional; o incluso la predisposición o sensibilidad biológica de un individuo.

El paciente se convierte así en un ser activo que procesa la información proveniente de su cuerpo a partir de sus valores y creencias, para adoptarse de esta forma a las diferentes dimensiones de la enfermedad que van cambiando a lo largo del tiempo.

La concepción del ser humano como un ente bio - psico - social, fue inicialmente postulada como un intento por recordar al médico las tres dimensiones de estudio del hombre; no obstante, se asumió que se trataba de tres niveles inconexos en la práctica. Se era especialista en alguno de ellos, con exclusión de los otros. Se requerían actitudes diferentes para dominar cada vertiente. La comunicación entre los expertos en cada una era difícil y aún llegaba a darse un antagonismo entre ellos mismos (Aréchiga, 1994).

En las escuelas de medicina, los planes de estudio procuraban distribuir "salomónicamente" el curriculum entre tres conjuntos y se esperaba que mediante un proceso ignoto de síntesis pedagógica, se amalgamaran en la personalidad del joven médico los preceptos y las actitudes de sus mentores de cada nivel, y que de esa conjunción resultara algún sedimento permanente, aunque admitiéndose que el propio egresado, al dejar las aulas, tomaría su rumbo en algunas de las tres direcciones, para luego olvidarse de las dos que abandonaba (*Idem*, pág. 57).

Vemos así, como en los últimos años se ha observado un creciente interés por vincular la psicología con los problemas de salud humana, más allá de los estrechos límites del mal llamado campo de la salud mental. Han aparecido

nuevas interdisciplinas o subcampos del conocimiento sobre los ya existentes: medicina psicosomática, psicología médica, psicología de la rehabilitación, medicina conductual, psicología de la salud, entre muchas otras más. (Ribes, 1990). Concretamente el término de Psicología de la Salud se viene utilizando desde finales de la década de los sesenta, por un gran número de psicólogos para denominar la actividad de la psicología y de sus profesionales en el área de la salud (La Torre y Bencit, 1996).

Ahora bien, hasta este momento, se ha intentado ofrecer una visión amplia sobre la forma en que se ha ido cristalizando la perspectiva del proceso salud - enfermedad para la Psicología de la Salud. No obstante, es necesario además dar a conocer de manera explícita el nacimiento de la Psicología de la Salud como disciplina. Por esta razón, en el siguiente rubro se hablará sobre el surgimiento de dicha disciplina.

1.2 Surgimiento, y delimitación conceptual de la Psicología de la Salud.

Es frecuente encontrar en la escasa literatura existente sobre la historia de la Psicología en el ámbito de la Salud, valoraciones de autores que aseguran que durante mucho tiempo los psicólogos se han olvidado de los aspectos relacionados con el sistema de salud, a excepción de lo que se refiere a la salud mental. Sin embargo, este panorama no responde totalmente a la realidad. Al revisar la historia de la psicología como disciplina, algunos autores de gran relevancia entre ellos: Wilhem Wundt (1922), Stanley Hall (1904), William James (1922) y John B. Watson (1912), han hecho mención de las aportaciones potenciales de los psicólogos al campo de la salud.

Según Rodin y Stone (1997), los psicólogos han estado participando muy activamente en el sistema de salud mucho antes de que se etiquetara e identificara un campo denominado Psicología de la Salud.

El nombre de esta disciplina surge hasta 1978 en las Jornadas organizadas por una Asociación conocida como *Medical Psychologist's Network* (*Red de Psicólogos Médicos*) con el fin de aglutinar al mayor número de psicólogos clínicos que en ese tiempo trabajan en instituciones médicas. El primer presidente de esta nueva división fue Joseph Matarazzo, elegido por sus valiosas contribuciones a la formación de este campo.

En 1980 fue precisamente él quién se ocupó de proponer la primera definición de la nueva disciplina, una definición que resultó ampliamente aceptada y según la cual:

“La Psicología de la Salud es el conjunto de aportaciones, tanto de tipo educativo como científico y profesional, que proporcionan las diversas áreas psicológicas para la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y sus consecuencias”.

A esta definición añadiría poco después (1982), entre las funciones de la Psicología de la Salud:

“... Así como el análisis y la mejora de los sistemas sanitarios y de la política general de la formación sanitaria”.

Con esta última frase, Matarazzo (1982) intentaba reflejar la posición de un cierto número de profesionales de la Psicología de la Salud, que además de centrarse en la responsabilidad individual para el mantenimiento de la salud y el bienestar, enfatizaban la necesidad de prestar atención a los contextos sociales, políticos y económicos de la salud y las conductas de salud, especialmente con el fin de reducir los costos humanos y económicos asociados a determinadas condiciones que se pueden prevenir.

De algún modo, ya se ha plasmado en los anteriores puntos cual ha sido el curso de los acontecimientos responsables del nacimiento de la Psicología de la Salud. Ahora se hará mención de los factores que mayormente han posibilitado el afianzamiento de la Psicología de la Salud, dichos factores son descritos de la siguiente manera por Matarazzo y Carmondy, 1983; Krantz, Grumberg y Baum, 1985; Taylos, 1986; Reig, Rodriguez y Miro, 1987; Botella, Ibañez y Martínez, 1987; Botella, 1996 y Bazán, 1997:

- Los cambios experimentados en las causas de mortalidad a lo largo de este siglo en los países occidentales.
- El reconocimiento de una etiología multi - factorial de los diferentes problemas médicos.
- Incremento en los gastos de salud, sin que se observe un aumento paralelo en los beneficios obtenidos.
- Énfasis en la prevención y promoción de estilos de vida sanos.

- Reconocimiento de la necesidad de una colaboración interdisciplinaria.
- Creciente reconocimiento entre los profesionales sanitarios de la utilidad de las técnicas sobre modificación de conducta.
- Apoyo institucional y consideraciones pragmáticas respecto a más puestos de trabajo y más recursos.

Todo esto, muestra la gran importancia que diversos factores le han otorgado al ejercicio de la Psicología dentro del campo de la salud, no obstante, es necesario reconocer que la tarea de esta disciplina no ha sido fácil desde sus inicios, la problemática se ha generado incluso en cuanto a su objeto de estudio.

Diversos autores (Singer y Krantz, 1982; Maes y Van Veldhoven, 1990) consideran que, a grandes rasgos, la Psicología de la Salud debe estudiar los mecanismos de relación entre el "comportamiento" y la "salud". De hecho señalan tres puntos en relación con ambos aspectos, los cuales caen dentro del ámbito de interés de la Psicología de la Salud:

- ✳ La ocurrencia de comportamientos que pueden tener efectos fisiológicos directos que afectan al estado de salud.
- ✳ Los estilos de vida y hábitos diarios que pueden hacer peligrar la salud o potenciar la enfermedad a mediano o largo plazo.
- ✳ La forma en que las personas perciben y se enfrentan a su enfermedad que puede convertirse en un factor de facilitación o empeoramiento del proceso.

Como se puede ver, la identidad real de la Psicología de la Salud, aún no se puede delimitar en forma concreta ya que se trata de un campo emergente que continuará como tal durante al menos una década más. Matarazzo (1986) afirmaba que la Psicología de la Salud no emergerá como una profesión independiente en los Estados Unidos, cuna de esta disciplina, hasta que no haya pasado al menos por los siguientes ocho estadios, estadios que incluso la psicología Clínica todavía no ha pasado y de los cuales, La Psicología de la Salud solo ha superado hasta el momento las primeras tres:

- 1) Fundar sus propias asociaciones nacionales e internacionales.
- 2) Establecer revistas propias, además de la *Health Psychology*.

- 3) Ser reconocida por profesionales de otros campos de la psicología, en lo que respecta a unos temas de estudio, métodos y aplicaciones distintas de aquellos.
- 4) Formación post - doctoral específica y distinta de otros campos como la Psicología Clínica.
- 5) Reconocimiento de los Institutos Nacionales de Salud y otras agencias federales de su existencia separada de otras disciplinas.
- 6) Departamentos de Psicología de la Salud dentro de las facultades de medicina, escuelas de salud pública, universidades y hospitales.
- 7) Aceptación por parte de otros psicólogos y por el colegio oficial de que los psicólogos de la salud son expertos que pueden ser diferenciados de los psicólogos clínicos y de otros psicólogos.
- 8) Declaración por parte de la *American Board of Professional Psychology* de que la Psicología de la Salud es una profesión independiente.

Estos puntos nos llevan a pensar que efectivamente aún falta mucho por hacer, sin embargo la valiosa labor que se ha llevado a cabo hasta el momento, dan cuenta de que la Psicología de la Salud avanza día a día.

Para cerrar este apartado, se concluirá con las palabras de Stone (1990, pág 4), que se relacionan con los problemas de identidad de la Psicología de la Salud en la actualidad:

* ...llevar a cabo una actividad, darse cuenta de que se está realizando tal actividad y dar nombre a la actividad son hechos a menudo separados por largos periodos de tiempo de las mismas personas y en la historia de la humanidad*.

Solo cabe seguir trabajando y seguir analizando lo que se hace, para lo cual puede ser útil cualquier punto de referencia, en este caso será útil reconocer que la Psicología de la Salud es un área nueva dentro de la psicología General, y al igual que cualquier área de práctica profesional, debe definir el alcance y naturaleza de su cuerpo de conocimientos y de su correspondiente aplicación en el servicio clínico (Osorio, 1997).

Taylor, (1990), resume algunas de las posibles razones por las cuales surge la necesidad de crear este nuevo campo:

- ψ El fracaso del modelo biomédico para explicar adecuadamente la salud y la enfermedad.

- ψ El creciente interés por la calidad de vida y la prevención de las enfermedades.
- ψ El cambio de enfermedades infecciosas a enfermedades crónicas como el reto mayor de la medicina con el concomitante reconocimiento de los factores de influencia del estilo de vida.
- ψ La creciente madurez en la investigación de las ciencias conductuales que incluye la aplicación de las teorías del aprendizaje, la etiología de la enfermedad y de las conductas enfermas.
- ψ La búsqueda de alternativas al sistema tradicional de atención a la salud.

Paralelamente a este movimiento de defensa de la perspectiva bio - psico - social, otra serie de factores están posibilitando la incorporación tanto de la psicología como de los profesionales a un nuevo modelo de la salud. Estos factores La Torre (1996), los resume de la manera siguiente:

a) La salud se considera un derecho social básico, que como concepto integral incluye la prevención, la rehabilitación y la reinserción de los sujetos a su medio.

b) Durante el siglo pasado y el actual, se ha producido un cambio radical en las tasas de morbimortalidad, y en estas pautas se ha constatado que lo importante no es lo que la gente tiene, sino lo que la gente hace.

c) La aparición, desarrollo y aplicación del análisis funcional de la conducta y de la terapia del comportamiento a un gran número de problemas de salud con resultados positivos, abre la posibilidad de que las intervenciones psicológicas puedan recomendarse como alternativas o como complemento a la intervención biomédica.

d) Los elevados costos de la atención sanitaria, sin que se refleje una mejoría en los estados de salud, puede ser otro de los factores para que se reconozca que la Psicología de la Salud puede aportar elementos importantes en la relación costo - beneficio, que implique ampliar la duración de la vida y mejorar la calidad de esta.

Por otra parte, cualquier trabajo de investigación sobre salud es imposible sin conocer el contexto psicológico donde éste se lleva a cabo. Esta concepción

interactiva es uno de los factores que más a contribuido al rápido desarrollo del campo de la Psicología de la Salud, y se basa en cuatro suposiciones básicas:

- ♦ Determinados comportamientos (estilos de vida) incrementan el riesgo de ciertas enfermedades, es decir, la conducta es un factor de riesgo.
- ♦ La modificación de determinados comportamientos puede reducir la probabilidad de riesgo de algunos procesos de salud.
- ♦ El comportamiento se puede cambiar con relativa facilidad.
- ♦ Las intervenciones psicológicas pueden resistir – con balance favorable- un análisis de costo - utilidad – eficacia.

Como se puede observar, la Psicología de la Salud, es el campo, dentro de la Psicología, que intenta comprender la influencia de las variables psicológicas sobre el estado de salud, el proceso por el que se llega a éste, y cómo responde una persona cuando está enferma. De acuerdo a esta información, en el siguiente apartado se verá la forma en la que el profesional de la Psicología de salud ha aplicado las bases de esta disciplina en el ámbito hospitalario.

1.3 Trabajo y Ejercicio Profesional de la Psicólogo de la Salud.

Como ya se ha mencionado anteriormente, el objeto de estudio de la Psicología de la Salud, es a grandes rasgos, el estudio de los mecanismos de relación entre el "comportamiento" y la salud.

A este respecto Borda (1996), señala tres puntos de relación entre ambos aspectos, los cuales caen dentro del ámbito de interés de la Psicología de la Salud:

- La ocurrencia de comportamientos que pueden tener efectos fisiológicos directos que afecten el estado de salud.
- Los estilos de vida y hábitos diarios que pueden hacer peligrar la salud o potenciar la enfermedad a mediano o largo plazo, y
- La forma en que las personas perciben y se enfrentan a la enfermedad, que puede convertirse en un factor de facilitación o empeoramiento del proceso.

Si nos centramos entonces en cuales deben ser las funciones del psicólogo de la salud con base en estos tres aspectos, retomáramos las que anteriormente ya se habian manejado en la definición propuesta por Matarazzo (1982):

1. La promoción y mantenimiento de la salud.
2. La prevención y tratamiento de la enfermedad.
3. La identificación de correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y funciones relacionadas, y
4. La mejora de los sistemas de asistencia sanitaria y la configuración de políticas sanitarias.

Concretando un poco más esta información, la División de la Psicología de la Salud dio a conocer a los profesionales los objetivos prioritarios para ejercer esta disciplina:

- ⊗ Comprender y evaluar la interacción existente entre el estado de bienestar físico y los diferentes factores biológicos, psicológicos y sociales.
- ⊗ Entender, cómo las teorías, los principios y los métodos de investigación psicológica pueden aplicarse para potenciar los enfoques biomédicos en la promoción de la salud y el tratamiento de la enfermedad.
- ⊗ Comprender la naturaleza de respuesta de estrés y su importancia en la etiología y el proceso de adquisición de un gran número de problemas de salud.
- ⊗ Entender cómo los métodos y las técnicas conductuales y cognitivas pueden ayudar a las personas a afrontar y controlar el estrés.
- ⊗ Desarrollar las habilidades necesarias para diseñar y aplicar programas cuyo objetivo sea crear o aumentar hábitos y estilos de vida personales de salud.
- ⊗ Comprender las dificultades que experimentan los pacientes al decidir buscar un tratamiento para sus molestias y problemas.
- ⊗ Ser consciente del estado y de las condiciones experimentadas por los pacientes en el ámbito hospitalario, así como de los factores que afectan la adherencia a los tratamientos médicos y las fuentes de problemas en lo que a la relación médico - paciente se refiere.
- ⊗ Entender las diferencias existentes entre los métodos psicológicos y médicos para reducir el dolor y cómo se combinan estos para mejorar la eficacia del tratamiento.
- ⊗ Ser conscientes del impacto que las enfermedades incapacitantes y terminales producen en los propios pacientes y familiares. Y por último:

- ⊗ Descubrir y entender cómo las técnicas y los principios psicológicos pueden aplicarse para ayudar a los pacientes a afrontar y controlar las enfermedades crónicas.

Estos objetivos, además de mostrar la amplia gama del quehacer psicológico dentro del área de la salud, hacen evidente que esta es una disciplina científica y por tanto una profesión. Por este hecho, resulta importante resaltar la labor que ha llevado a cabo el psicólogo en la práctica aplicada de esta disciplina así como en la investigación.

Precisamente, una de las características que definen a la Psicología de la Salud, es el gran crecimiento que ha experimentado desde su constitución. Evidencia de ello es el número de investigaciones que los psicólogos han llevado a cabo acerca de los temas relacionados con la salud. Para dar muestra de esto, en la siguiente tabla se citarán algunos trabajos que ejemplifican lo anterior:

GRUPO DE TRABAJO DE LOS PSICÓLOGOS DE LA SALUD.	MUESTRA DE INVESTIGACIONES REALIZADAS.
1) Grupo de psicólogos dedicados a estudiar los correlatos etiológicos de la salud/enfermedad:	<p>Bayés (1985) Vulnerabilidad del individuo ante los microorganismos y la efectividad con la que este afronta la enfermedad.</p> <p>Valdés y Flores (1985) Análisis de la relación entre estrés y el sistema inmunitario.</p> <p>Barriga, Fernández, León y Martínez (1988) efecto de la exposición a situaciones incontrolables sobre las respuestas cardiovasculares.</p> <p>Valdés y Flores (1989) Vínculo entre patrones conductuales y los trastornos coronarios.</p> <p>Fernández - Ballesteros, Díaz, Izal y Hernández (1987) Relación de eventos estresantes, la salud autoinformada y aspectos psicológicos.</p> <p>Ramos y García (1991) La ansiedad ante la muerte y la psicología de las personas ancianas</p> <p>Peiró y Zurriaga, (1985) Estrés organizacional en las instituciones sanitarias y el desempeño de roles y estrés laboral en los profesionales de la salud que trabajan en hospitales</p> <p>Saldaña y Rosel, (1988) Trastornos alimentarios.</p>

2) Respecto a las líneas de investigación y grupos de trabajo sobre la promoción de la salud y prevención de la enfermedad	Costa y López (1986) Salud comunitaria y educación para la salud como estrategia de la primera.
3) Líneas de investigación y grupos de trabajo sobre intervenciones psicológicas en distintas enfermedades	Avia (1993) y Martínez (1997) La hipocondría, la paidofilia, miopía, pasando por la rehabilitación neuromuscular y el dolor de cabeza. Toro, Vilardell, (1987) Alteraciones alimenticias.
4) Líneas de investigación y grupos de trabajo sobre afrontamiento y ajuste a la enfermedad y a los padecimientos diagnósticos.	Ibañez (1992) Andreu y García (1988); Rodríguez, López y Pastor (1990); afrontamiento del cáncer.

Con esta revisión, a grandes rasgos se ha deseado dar una idea de la intensa actividad que los psicólogos han llevado a cabo en torno a distintos temas relacionados con la salud. Es de destacar el amplio rango de ámbitos (prevención, tratamiento, afrontamiento e investigación básica) que el psicólogo ha abordado en su intento por incidir cada día en el ámbito de la salud.

Como puede observarse, es indudable que la participación del psicólogo en el sector salud es indispensable, ya que sus aportaciones pueden enriquecer el trabajo que realiza con los demás profesionales dentro del equipo de salud, especialmente en lo que se refiere a la promoción y cuidado de ésta.

En su práctica, el psicólogo reconoce que el aspecto psicológico es un factor primordial ya que puede afectar considerablemente el proceso de salud/enfermedad; este hecho a propiciado que se valore el ejercicio del profesional de la Psicología de la Salud y que éste a su vez delimite claramente su campo de acción y sus funciones específicas, las cuales dependen principalmente de los propósitos y objetivos planteados por la psicología que se dedica a esta área.

De alguna manera, en el último punto se mostró una parte del trabajo del psicólogo de la salud referente a la investigación, la enseñanza, el asesoramiento a otros profesionales y a la provisión de servicios directos a los pacientes, sin embargo, aún queda mucho por hacer en esta disciplina y en la medida en que sus contribuciones se vayan perfilando a lo largo del tiempo más claramente, los psicólogos dedicados a esta área obtendrán un mayor reconocimiento y

credibilidad, al tiempo que se establecerán descripciones específicas para el trabajo de estos profesionales.

Lo dicho, se relaciona de manera directa con la idea de que es indispensable que se vea claramente en la Psicología de la Salud, una disciplina que tiene la posibilidad de contribuir de manera igualitaria con otras disciplinas y que además puede introducirse sin problema alguno en la dinámica de colaboración de la multidisciplinariedad como base de la asistencia sanitaria moderna. Con base a esta temática, se desarrollará en el siguiente apartado, la relación existente entre la Psicología de la Salud y la Oncología.

1.4 Psicología de la Salud y Oncología.

A lo largo del siglo XX, la Psicología no ha dejado en ningún momento de luchar por consolidar su propia autonomía y alcanzar el deseado estatus científico. En esta tarea ha modificado objetivos y generado métodos específicos de investigación, siempre dentro de una gran diversidad de modelos, teorías y metodologías, como corresponde a una ciencia joven en busca de su propia identidad.

Hoy en día, los límites entre los diferentes modelos existentes se han flexibilizado mucho. Se puede observar un esfuerzo por alcanzar un nuevo horizonte integrador, dejando a un lado estériles disputas y aceptando la diversidad de perspectivas en función de su verdad, utilidad y complementariedad y capacidad para facilitar la comprensión del mayor número posible de fenómenos de compleja realidad psicológica, sin desvirtuar en ningún caso la actualidad de la psicología en el campo de la salud.

Resulta gratificante observar como la psicología se incorpora, cada vez con mayor fuerza, a los más diversos campos del saber. Desde distintos ámbitos se busca la respuesta de la psicología a los problemas del hombre actual. Dentro de la formación profesional aparecen disciplinas psicológicas con carácter troncal, obligatorio u opcional. Este trabajo, específicamente tiene como finalidad resaltar la importancia que tiene la formación psicológica para el colectivo de profesionales que trabajan en el campo de la salud, especialmente los que cursan una subespecialidad. Nos encontramos aquí con un concepto de salud humana

más integral, al superar límites esenciales, pero también estrictamente médicos e incorporar la dimensión psicológica. La descripción, explicación e intervención psicológicas aparecen, sino como una alternativa, si al menos como el complemento necesario a la descripción, explicación e intervención biomédica; no es posible la investigación y la información en temas de salud, ni la práctica de la profesión, sin los conocimientos aportados por la psicología de la salud. La psicología es la ciencia que explica el porqué de determinados hábitos de conducta que favorecen o perjudican la salud; es la encargada de establecer estrategias de modificación de conducta; la que puede ayudar al enfermo a convivir con su enfermedad o con el dolor; la que enseña el tipo de interacciones que deben darse entre el profesional de oncología y el paciente, etcétera. Es decir, la formación psicológica del futuro oncólogo no debe verse como algo añadido, sino como una necesidad, o bien como una condición para todo aquel profesional que tenga como objetivo: prevenir, mantener o mejorar la salud integral del hombre.

Es importante no olvidar que en los hospitales se forman oncólogos médicos, no psicólogos. La psicología de la salud, en consecuencia tiene que ofrecer una información específica en un contexto de interdisciplinariedad. Esto significa una enorme responsabilidad: la de dar una sólida preparación teórica y metodológica en el conocimiento del comportamiento humano, para el eficaz ejercicio de la profesión, a profesionales que posiblemente no hayan tenido contacto con la psicología y que probablemente esta sea su única ocasión. Este trabajo plantea que dentro de las limitaciones de la interdisciplinariedad, la psicología de la salud es un soporte básico e indispensable en la profesión médica y no algo que esté de más en la misma.

Como se sabe, la Oncología es la ciencia dedicada al estudio de los tumores. Hoy en día sus principales objetivos son: estudio de la etiología y patogénesis de los tumores malignos, profilaxis de las enfermedades orgánicas, organización y elaboración de métodos para el diagnóstico precoz y perfeccionamiento de los métodos de tratamiento quirúrgico, radioactivo, farmacológico o combinado (Peterson, 1987).

En la Ciudad de México existen hospitales en donde se puede encontrar el servicio de Oncología, en donde se garantiza la asistencia oncológica a toda la

población Mexicana. Los objetivos de este servicio son: el control de los enfermos oncológicos, la organización del diagnóstico precoz, el tratamiento, la profilaxis y la propaganda sanitaria entre la población.

En el momento actual el servicio de oncología ha alcanzado evidentes éxitos. Se observa la estabilización de los índices de estándares de la morbilidad de la población por enfermedades neoplásicas en general. En las mujeres se registra la tendencia a la disminución de la morbilidad.

El diagnóstico y tratamiento de las enfermedades oncológicas se lleva a cabo con la cooperación de médicos de distintas especialidades. Como regla general, los enfermos oncológicos se dirigen por primera vez al médico de la red asistencial general: cirujano, clínico, ginecólogo, otorrinolaringólogo, pediatra, etcétera, siendo la misión primordial de estos especialistas detectar la existencia de un tumor. Es por eso que cada médico, independientemente de su especialidad debe conocer bien los síntomas clínicos de la enfermedad neoplásica y los métodos de tratamiento, así como tener conocimiento de la estructura organizadora del servicio oncológico para poder remitir debidamente y a tiempo al paciente oncológico o individuo con sospecha de tumor al establecimiento hospitalario de la categoría correspondiente (Ídem, pág. 3).

Para comenzar ha hablar sobre el trabajo del oncólogo médico con la paciente mastectomizada, se empezará en el siguiente capítulo, por explicar el procedimiento médico que debe seguir el oncólogo para detectar, tratar y colaborar en la rehabilitación de la paciente con cáncer de mama.

CAPÍTULO 2

CÁNCER DE MAMA APROXIMACIÓN MÉDICA.

El presente capítulo tiene como finalidad dar a conocer un panorama general de la función del médico oncólogo en el abordaje de las pacientes con cáncer de mama por ello se hará mención de la labor realizada por el oncólogo en la detección y tratamiento de dicha enfermedad.

Se estima que el 15% de todas las muertes que se producen en el mundo son debidas al cáncer, lo que supone que anualmente mueren de esta enfermedad unos 7 millones de personas (Langer, 1997).

Básicamente, el cáncer consiste en un crecimiento anómalo de tejidos, cuyas células se multiplican anárquicamente, y tienden a invadir los tejidos vecinos (metástasis). Este trastorno se caracteriza por una aparición más o menos súbita, por una evolución insidiosa (puede transcurrir mucho tiempo desde que se produce la primera célula cancerosa hasta que se manifiesten los primeros signos de enfermedad) y por un curso impredecible (algunos tumores, remiten espontáneamente, mientras que otros progresan con extraordinaria rapidez) (Benoit, 1991).

Las causas del cáncer no son del todo conocidas. En la actualidad se han identificado múltiples factores que pueden conducir a la enfermedad neoplásica, entre ellos: factores genéticos, físicos, geográficos, culturales, psicológicos, etcétera. Los grandes esfuerzos que se llevan a cabo para el desarrollo de terapéuticas contra el cáncer, han conseguido mejorar la situación para algunos tipos de cáncer y aumentado la supervivencia de los pacientes, especialmente cuando la enfermedad se detecta en las fases tempranas de su desarrollo.

Aún cuando se conocen unas doscientas variedades diferentes de cáncer, la mayoría de ellas son bastante raras. Las más comunes son: el cáncer de pulmón, de estómago, de intestino grueso, de mama y piel (Calms, 1981 cit, en La Torre, 1991).

En el caso de la mujer específicamente, la mama y el útero son las localizaciones más frecuentes del cáncer. En el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) se reportó que el cáncer es la segunda causa de mortalidad general después de las enfermedades del corazón. En 1997 fueron 26, 780 mujeres mexicanas las que murieron a causa de tumores malignos (4 534 de útero y 3 220 de mama). En el caso particular del cáncer de mama las edades en donde se presenta con más regularidad esta enfermedad son de los 35 a los 64 años de edad.

Para comenzar a hablar acerca de la manera en que la disciplina médica aborda a las pacientes con cáncer de mama, es necesario dar a conocer algunos aspectos médicos acerca de esta enfermedad con la finalidad de dar una visión más completa sobre este tema.

Por lo tanto, se comenzará por la definición del cáncer de mama, la clasificación y los tratamientos que se le proporcionan a las pacientes desde la perspectiva médica.

2.1 Definición.

Como se dijo con anterioridad el cáncer de mama constituye uno de los procesos tumorales malignos más frecuentes en la mujer; éste hecho ha contribuido a que exista un mayor conocimiento del mismo, hasta el punto de ser uno de los cánceres mejor sistematizados en orden a su clasificación clínica, anatómopatológica, evolutiva y terapéutica.

El cáncer de mama no es una sola enfermedad sino muchas, ya que depende del tejido mamario afectado, de los estrógenos y de la edad de su inicio.

Los tumores malignos de la mama son diferentes a los benignos en el sentido de que los primeros son normalmente masas solitarias, de contorno irregular, firmes, no sensibles, no desplazables, con tendencia a adherirse a los músculos pectorales y a la piel, provocando la retracción y la formación de hoyuelos en la piel. La piel se engrosa tomando un aspecto de "cáscara de naranja". En dos tercios de las mujeres existe afectación ganglionar en el momento del diagnóstico.

Las localizaciones preferidas para la metástasis son los pulmones, el hueso, el hígado, el cerebro, las glándulas adrenales y los ovarios.

El cáncer de mama en su forma habitual de adenocarcinoma, se origina a partir de una célula del revestimiento epitelial en el cuadrante supero – externo. A partir de esta célula por duplicación durante 30 veces adquiere el tamaño de 1 centímetro de diámetro que es el mínimo detectable clínicamente y sigue su crecimiento hasta que se detecta su existencia. (Berry y Kohn, 1996).

2. 2 Clasificación:

Berry y Kohn (1994), mencionan que se han efectuado distintos intentos de clasificar anatomopatológicamente los tumores mamarios, sin embargo consideran que la propuesta más sobresaliente es la de la Organización Mundial de la Salud planteada desde 1964, la cual refiere la siguiente clasificación:

1. Carcinoma del pezón. Enfermedad de Paget.

2. Carcinoma de los conductos

a) no infiltrante: papilar y comedón

b) infiltrante: papilar, comedón, carcinoma escirro y carcinoma medular.

3. Carcinoma de los lobulillos.

a) no infiltrante.

b) infiltrante.

La Unión Internacional contra el Cáncer introdujo para la clasificación de esta enfermedad el sistema TNM (*Clasificación Manchester*) y *The American Joint Comitee for Cancer Stoging ane End Results Reporting* la adoptó al cáncer de mama en 1962.

Los cánceres de mama se clasifican por medio de la TNM en donde T se refiere al tamaño del tumor, N a la afectación de los ganglios linfáticos y M a la

metástasis. La clasificación para el cáncer de mama sirve para el pronóstico, y la dirección del tratamiento.

En la tabla 2.1 se da a conocer la clasificación TNM de los cánceres de mama.

ESTADIO	TAMAÑO DEL TUMOR (T)	AFECCIÓN GANGLIONAR (N)	METÁSTASIS (M)
I	Menor de 2cm. (T1)	No (N0)	No (M0)
II	Menor de 5cm. (T2)	Ganglios axilares desplazables (N1)	No (M0)
III	Mayor de 5cm. Con invasión de la piel o adherencia a la pared torácica.	Ganglios axilares desplazables o fijos (N1 o N2)	No (M0)
IV	Cualquier tamaño (cualquier T)	Cualquier ganglio (cualquier N)	Sí (M1)

Tabla 2.1 Clasificación de los Cánceres de Mama.

Otra clasificación de la que actualmente se hecha mano para identificar el tipo de cáncer de mama es la conocida Clasificación Columbia. En esta se divide la extensión en 4 etapas y aparentemente tiene la ventaja de ser mucho más simple para su uso habitual:

Etapa A. No hay edema, úlcera de la piel, ni fijación salida del tumor a la pared torácica; los ganglios axilares no están afectados.

Etapa B. No hay edema de piel, úlcera o fijación salida del tumor a la pared torácica; ganglios axilares clínicamente afectados pero de menos de 2,5 cm. de diámetro transversal, y no fijados a la piel que los cubre ni a las estructuras profundas de la axila.

Etapa C. Cualesquiera de los cinco signos graves del carcinoma avanzado.

1. Edema de la piel de cierta extensión (menos de la tercera parte de la piel que cubre la mama).

2. Ulceración de la piel.

3. Fijación sólida del tumor a la pared torácica.

4. Participación masiva de los ganglios linfáticos axilares (diámetro transversal 2.5 cm o mayor).

5. Fijación de los ganglios axilares a la piel o a estructuras más profundas de la axila.

Etapa D. Todas las demás pacientes con carcinoma mamario más avanzado incluyendo:

1. Una combinación de más de cinco signos graves señalados en la etapa C.
2. Edema externo en la piel que afecta más de la tercera parte de la que cubre la mama).
3. Nódulos cutáneos satélites.
4. Tipo inflamatorio de carcinoma.
5. Metástasis clínica supraclavicular.
6. Metástasis clínica ipsilateral.
7. Metástasis a distancia.

En estas clasificaciones es importante tener en cuenta que se requieren algunas otras precisiones: en primer lugar el tiempo transcurrido entre el tratamiento inicial y la aparición de la recidiva (en caso de que lo exista), la localización de la metástasis (partes blandas o partes óseas) ya que de esto depende el significado del tratamiento, así como la hormonodependencia.

2. 3 Etiología.

Una vez que se ha clasificado el tipo de cáncer de mama, es necesario conocer cuáles han sido las causas que lo provocaron. En la actualidad, no se sabe con certeza cuáles son los agentes y factores que causan esta enfermedad. Para Berry y Kohn (1996) los factores que se han encontrado como responsables son:

Sexo: El sexo masculino no está protegido absolutamente contra este tumor, ya que de cada 100 casos de cáncer femenino hay uno masculino.

Edad: Es un dato importante y a tener en cuenta. Según los datos estadísticos del INEGI, en los casos reportados en 1997 (Fig. 2.1), el tumor es prácticamente desconocido antes de los 15 años. Luego experimenta un crecimiento progresivo hasta los 34 años, se presenta un estancamiento y entre los 35 y 44 años y desde los 45 comienza a elevarse la frecuencia de una manera aguda. El cáncer de mama es la segunda causa principal de muerte por tumores malignos (12 %), después del de útero (17 %).

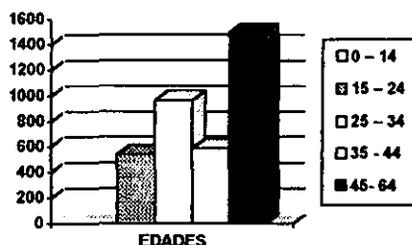


Fig. 2.1: Muestra la incidencia de mortalidad por cáncer de mama en mujeres mexicanas desde los 0 a 65 años de edad. Fuente INEGI, 1997.

Factores genéticos: Cuando una mujer tiene un cáncer de mama, la probabilidad de que este aparezca en una hija es dos o tres veces mayor de lo que sería de esperar en la población en general, aunque no se ha demostrado un gene específico.

Factor endocrino: En el caso de las mujeres, el ovario es el órgano endocrino más implicado en relación con el cáncer de mama, no solo por su papel en la regularización del desarrollo mamario, sino también por las alteraciones morfológicas presentes en la glándula según las distintas fases del ciclo menstrual.

Factor metabólico: La dieta se ha considerado un factor importante que explica la frecuencia de aparición de cáncer mamario, esto se relaciona con el consumo de grasas y trastornos alimenticios como la obesidad, que es un factor de riesgo por encima de los 50 años.

Otros factores: El hecho de ser la mama un órgano frecuentemente sometido a traumas, hace que con frecuencia los pacientes relacionen un golpe con la aparición de un bulto en el seno. La mama izquierda, es en la que se asientan los tumores con más frecuencia, se piensa que está más sometida a traumas que la derecha. Sin embargo, el papel patogénico del trauma, aún no repetido, es poco aceptado como factor cancerígeno, ni siquiera desencadenante del tumor sobre un tejido predispuesto.

Resumiendo esta información, en la siguiente tabla (2.2) se presentan los factores de alto riesgo asociados al cáncer de mama (Fuente Long B.C., 1992)

SEXO Mujer (90 por 100 en mujeres)
EDAD Sobre los 50 años (80 por 100 por encima de los 35 años).
HISTORIA FAMILIAR Madre/Hermana, especialmente con cáncer de mama bilateral en la premenopausia.
HISTORIA MENSTRUAL Menarquía antes de los 11 años; menopausia después de los 50 años.
EMBARAZOS Primer parto después de los 30 años o nulípara.
ANTECEDENTES PERSONALES Cáncer de mama primitivo (aumento 7 veces el riesgo de una segunda neoplasia); cáncer endometrial uterino; displasia mamaria.

El cáncer de mama es un fenómeno multicausal y multifactorial y a pesar de que aún su origen es desconocido, los casos reportados en la actualidad, han permitido por medio de las historias clínicas, conocer más a fondo la manera en que esta enfermedad se manifiesta. Hasta ahora se sabe que la presencia de cáncer en la mama está determinada por los siguientes signos y síntomas (Long, 1996):

2. 4 Síntomas:

Tumoración: La mayor parte de los casos (76%), el síntoma que lleva la mujer al diagnóstico es el descubrimiento de una tumoración en un pecho, en ocasiones al ducharse, vestirse o de una autovigilancia más o menos científicamente dirigida. El tamaño de la tumoración va a depender del grado de autoobservación de la mujer, ambiente familiar y social, etcétera.

Dolor: Es un síntoma muy importante desde el punto de vista médico, ya que se encuentra que en el 7 - 10% de las estadísticas, el número de mujeres que consultan por dolor y miedo de tener un cáncer es muy elevado.

Alteraciones en el pezón: Es otra de las causas que llevan a la consulta a estas pacientes (10 - 15 %). Puede ser por la presencia de una descarga de líquido oscuro o claro y que manche la ropa interior.

La retracción del pezón es en general, expresión de un cáncer extendido localmente, aunque en ocasiones la tumoración no se ha hecho evidente a la paciente y por este motivo es necesario que sea el médico quien preferentemente revise a la paciente por medio de una técnica denominada como examen clínico.

2. 5 Examen Clínico

Para llevarlo a cabo, los médicos desarrollan la siguiente metodología, que tiene como objetivo recoger los datos pertinentes:

1-. Inspección: Se hace con la paciente descubierta de medio cuerpo hacia arriba, sentada, con buena luz y temperatura; los brazos ligeramente abducidos y flexionando los codos, apoyando el antebrazo en los muslos o caderas (fig. 2.5.1).

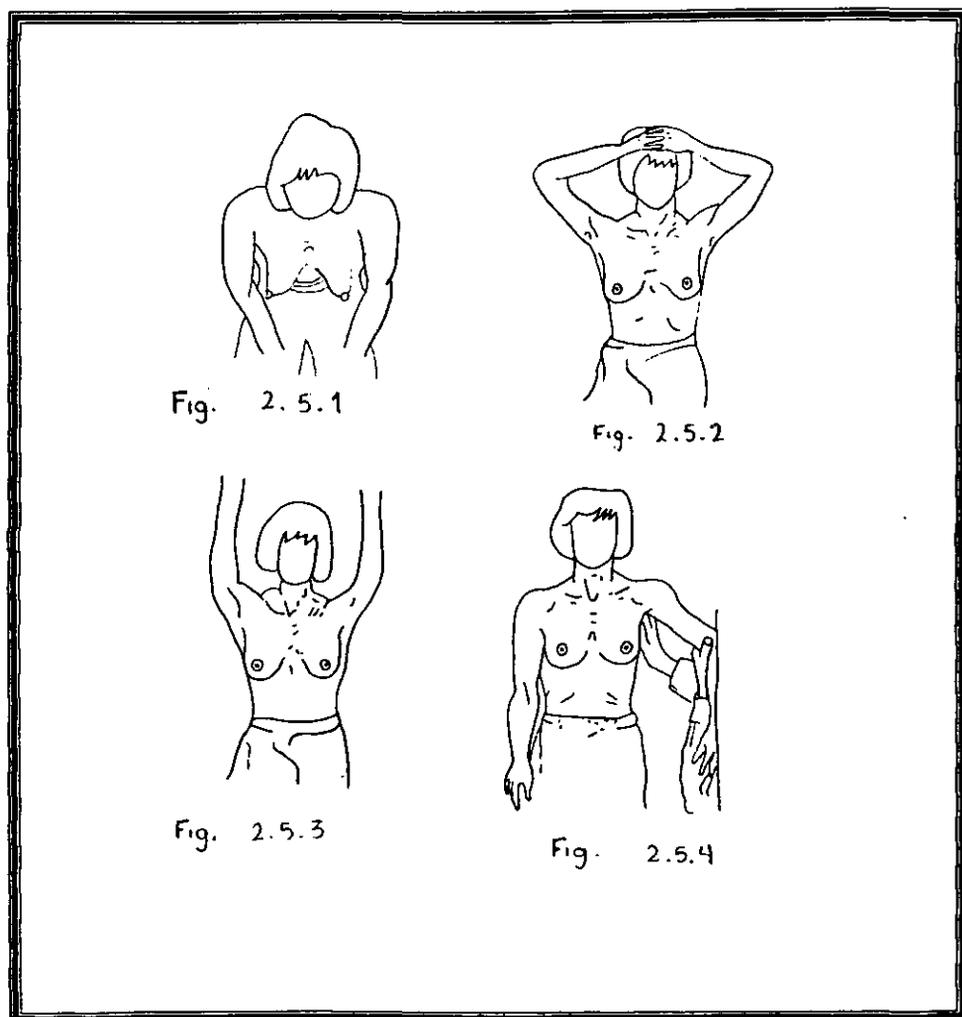
En esta postura se observa la presencia de asimetría mamaria a nivel del pezón, presencia de tumoración visible, enrojecimiento o edema de la piel más o menos localizada o congestión venosa. Los mismos detalles pueden hacerse más evidentes si la paciente levanta los brazos en abducción con las manos sobre la cabeza (fig. 2.5.2), con la que la contracción de los pectorales puede poner mejor de relieve las glándulas mamarias y en ocasiones puede ser útil levantar los brazos hacia el techo (fig. 2.5.3), observando siempre detenidamente la presencia de cualquier anormalidad visible.

El médico debe tener cuidado de no pasar por alto la presencia de una lesión en el pezón, así como inadagar sobre la salida espontánea de líquido por uno de los pezones, o bien de su aspecto lactescente, seroso o sanguinolento.

2. Palpación: Requiere que la paciente esté acostada con los brazos ligeramente separados del tronco. El médico se coloca del lado derecho para palpar las mamas con la mano extendida, amasando suavemente la glándula sobre el plano costal, lo que le permitirá detectar la presencia de nódulos en el interior. Una vez localizados, una palpación más detenida con los pulpejos de los dedos le permitirá precisar: consistencia, tamaño, relaciones con la piel, movilidad, etcétera.

Parte importante de la palpación la constituye el examen de la axila y el hueco supraclavicular (fig. 2.5.4). La axila se explora con la mano contralateral a la mama, levantando el brazo de la paciente, que debe estar relajado, y

examinado el espacio subpectoral y comprimiendo nuevamente el hueco axilar contra el plano costal, lo que permite reconocer adenopatías existentes en el ámbito de la axila. Igualmente, se explora el hueco supraclavicular, colocándose detrás de la paciente y palpando con la mano homolateral que determinará la presencia de nódulos en este nivel. En el recuadro siguiente aparecen las posturas descritas con anterioridad.



Esquema 1: Muestra las posturas de la paciente para la realización del examen clínico.

3. Otros métodos complementarios: Se admite que el examen clínico tiene una certeza del 60% por lo que parece conveniente aumentar las posibilidades diagnósticas con otros métodos complementarios, entre los que se encuentran:

♦ *Mamografía* : Se trata de una radiografía de la mama con una película especial que tiene un alto grado de sensibilidad. Requiere una cierta especialización en su interpretación. Su utilidad, y su uso creciente, se debe a los siguientes factores:

A) Permite detectar lesiones pequeñas antes de que sean palpables clínicamente, lo que implica una precocidad en la toma de medidas terapéuticas.

B) Permite precisar bordes y consistencia de lesiones en caso de existir varias en la misma mama.

C) Precisa contornos y una serie de datos radiográficos que hacen la lesión sospechosa de malignidad y determina la necesidad de biopsia, así como determina la longevidad de otras y evita hacer más actuaciones quirúrgicas.

D) Es la base de estudios seriados en la población para una detección precoz del cáncer de mama.

♦ *Xeroradiografía* : Es similar al estudio gráfico anterior pero utilizando placas de aluminio con un campo de selenio cargado eléctricamente (fotocopias tipo xerox). De imágenes menos precisas (azul y blanco).

♦ *Termografía*: el aumento del metabolismo y del aporte sanguíneo a las lesiones malignas provoca un aumento en la temperatura de la piel y de la vascularización de la mama. La termografía es una técnica que mide y registra las emisiones de calor que se originan en el pecho. La termografía se utiliza con menos frecuencia debido al gran número de resultados falsamente positivos. Requiere una instalación costosa.

♦ *Ecografía o ultrasonografía*: Se está evaluando en la actualidad el posible valor de la utilización de la ecografía para la detección de las lesiones en las mamas densas de las mujeres jóvenes. A pesar de que los ultrasonidos pueden diferenciar la presencia de una masa quística, no indica la existencia de depósitos cálcicos o la configuración de los tejidos, hechos que se consideran importantes en el diagnóstico de los tumores malignos.

- ♦ *Galactografía:* Pretende examinar los conductos galactóforos mediante la colocación de un contraste tras su cateterización. Es útil para la examinación de tumores pequeños intracanaliculares.
- ♦ *Citología:* Se utiliza en el examen de frotis de los derrames en el pezón o en las células obtenidas por punción – aspiración de una masa sólida o quística.
- ♦ *Aspiración:* Se realiza cuando existe sospecha de la existencia de un quiste. Se introduce una aguja de calibre grande en el interior de la mama, que se envía al laboratorio para el análisis citológico. Los quistes normalmente contienen un líquido marrón – verdoso. La única molestia se produce al introducir la aguja. Si el resultado de la citología es positivo, se realiza una biopsia; si la prueba es negativa y existen características de una enfermedad quística no se realizan más pruebas.
- ♦ *Biopsia de la mama:* Es la única manera de determinar definitivamente si el tumor es benigno o es maligno. La mayoría de las lesiones (80 por 100) son benignas.

El procedimiento se realiza normalmente con el paciente bajo anestesia local o general en un ambiente quirúrgico ambulatorio. Se realiza una incisión y una parte de la masa (o toda la masa si esta es pequeña) se reseca y se envía al laboratorio para su examen. Después del procedimiento el paciente puede sentir un ligero malestar. Se puede obtener inmediatamente el resultado si se realizan cortes por congelación, o dentro de las 48 – 72 horas.

Algunas veces, el pequeño tamaño de la lesión hace difícil e incierta su localización a la hora de intentar realizar la biopsia. Por ello, para localizar las zonas para la biopsia quirúrgica, se realiza una pequeña marca con tinción de azul de metileno dentro de la zona de la mama utilizando una aguja y una jeringa bajo monotorización mamográfica. Esta se realiza en el departamento de radiología unas horas antes de la biopsia quirúrgica, y la señal se realiza con el paciente bajo anestesia local.

No aparecen alteraciones aparentes por coloración en la superficie de la mama como resultado del procedimiento, pero la señal asegura que la biopsia tisular corresponde al lugar que se ha identificado en la mamografía. Este procedimiento requiere la instrucción previa del paciente por parte del médico o de la enfermera.

2. 6 Diagnóstico precoz

A pesar de todas las campañas de sensibilización, el modo habitual de diagnóstico del cáncer de mama, es por el hallazgo casual por parte de la paciente de una masa en el pecho.

Se han propuesto y llevado a cabo programas sanitarios para la detección precoz del cáncer de mama que incluyen un número de métodos más o menos amplios. Las técnicas empleadas han sido: El examen físico por parte del médico, la mamografía, la tremolaria, la ultrasonografía y recientemente los marcadores biológicos.

En general, los métodos admitidos como útiles son los dos primeros, a los que se debe añadir la técnica de la auto - observación por parte de las propias mujeres.

El empleo sistemático de estos métodos que responden a una lógica inicial de querer reducir la mortalidad por este tumor, no deja de tener sus inconvenientes, se señalan entre ellos:

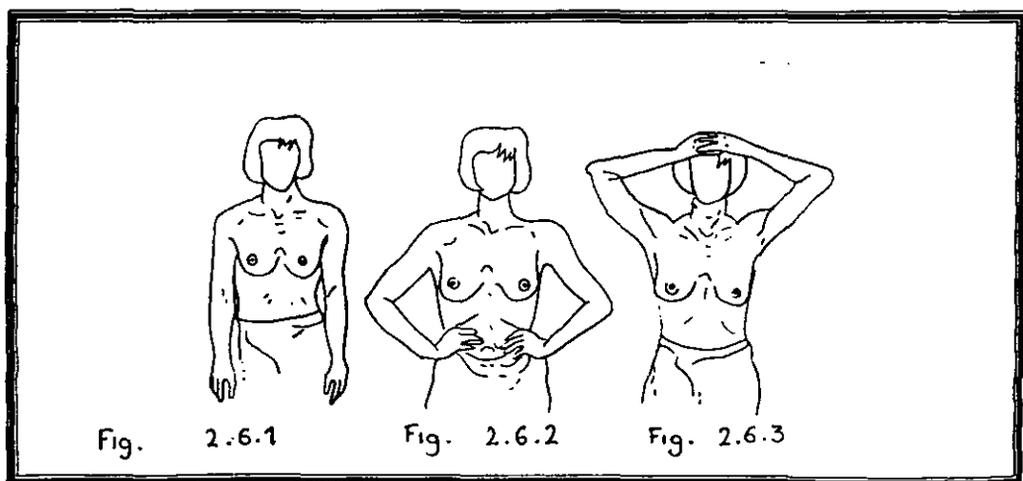
1. Inducir la cancerofobia, lo que ocurre en un número considerable de mujeres.
2. Fomentar la cirugía innecesaria en casos falsos positivos.
3. Falsa seguridad por cuanto la confianza en los resultados del informe médico puede hacer a la mujer despreocuparse de la auto - observación, o no comprender las limitaciones que tiene dicha técnica.
4. El costo económico y la necesaria infraestructura sanitaria para atender a la población femenina durante un periodo largo de años.

Por ello, las recomendaciones del *Breast Cancer Detection Profanus y The American Cancer Society* parecen oportunas: 1) el examen físico debe mantenerse como método adecuado para todas las edades; 2) La mamografía o xerografía debe emplearse en mujeres de más de 50 años. En el caso de las mujeres de 40 - 49 años, se debe utilizar si hay antecedentes personales o familiares inmediatos (madre o hermana). Para edades de 35 a 39 años, solo en caso de antecedentes personales de cáncer de mama. En mujeres de 20 años se recomienda además de la mamografía un examen médico cada tres años.

A continuación se da a conocer la técnica empleada de auto - observación o auto - examen de la mama; no sin antes aclarar que es el médico quien tiene que enseñar a la mujer cómo debe hacerse la exploración, para que aprenda como es su mama normalmente al verse y al palparse, y de esta forma podrá diferenciar la aparición de cualquier pequeña alteración.

Aquí se muestran algunas reglas que pueden ser útiles:

1. Debe hacerse una vez al mes, eligiendo un día fijo. Las mujeres que tienen la regla, es aconsejable que lo hagan una vez que haya terminado esta, ya que desde unos días antes de empezar las mamas suelen estar más sensibles o incluso dolorosas y esto puede dificultar la exploración.
2. Se empezará con la inspección frente al espejo, un espejo grande que permita ver todo el busto, con los brazos en tres diferentes posiciones:
 - a) con los brazos a lo largo del cuerpo sin hacer fuerzas (fig. 2.6.1).
 - b) con las manos en la cintura, haciendo fuerza (fig. 2.6.2).
 - c) con las manos sobre la cabeza, también haciendo fuerza (fig. 2.6.3).



Esquema 2: Muestra las posturas en las que a la paciente se le realiza el Diagnóstico Precoz.

Al hacer estas maniobras hay que fijarse en lo siguiente:

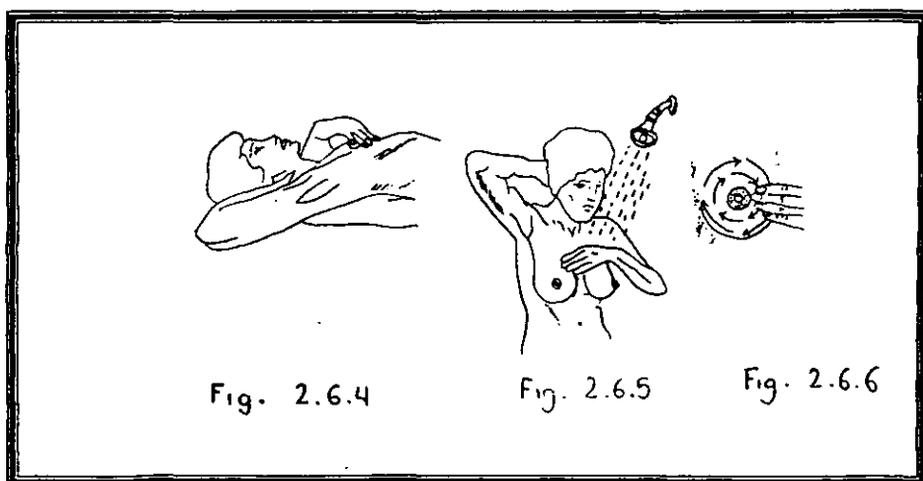
- Si las dos mamas son iguales.
- Si los dos pezones están a la misma altura.
- Si al hacer fuerza y mover los brazos, las mamas y los pezones siguen iguales

Se debe consultar al médico en caso de que: las mamas sean diferentes, de tamaño o de forma; las mamas se deforman o se hundén los pezones al mover los brazos; la piel se hunda en algún punto al hacer algún movimiento.

3. Se seguirá con la palpación, que se hará de pie y si es posible también acostada (fig. 2.6.4).

Se debe hacer con la mano del lado contrario: Mama izquierda, con la mano derecha y mama derecha con la mano izquierda. Será más fácil si la piel está suave, por ejemplo: enjabonada, al ducharse, con crema, etcétera (fig. 2.6.5).

La forma correcta de hacerlo es con todos los dedos juntos (menos el pulgar), de forma que se haga presión sobre la piel y en la profundidad hacia las costillas, así si hay algún bulto, se notará si es más duro que el resto de la mama y, más aún, si es doloroso. Es conveniente hacerlo con un orden y siempre de la misma forma, así el examen será más fácil (fig. 2.6.6).

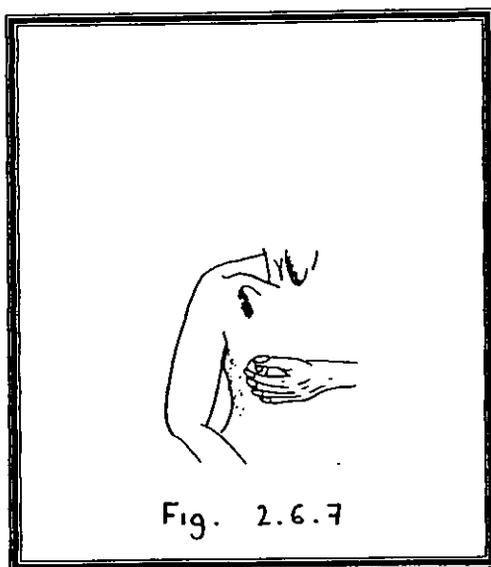


Esquema 3: Muestra las posturas en las que la paciente puede autoexaminarse.

Se debe consultar al médico en caso de que: se palpe algún bulto, duela o no; se palpe una zona más endurecida que el resto.

En caso de que las mamas sean grandes, la palpación se hace más difícil, ya que un pequeño bulto se podría escapar al examen, por lo que es más seguro que el médico lo haga o el personal capacitado para ello.

4. Se debe prestar ahora atención al pezón, procurando exprimirlo suavemente por la areola y observar si salen algunas gotas de líquido, así como el color y aspecto del mismo (fig. 2.6.7).



Esquema 4: Muestra el examen del pezón.

En caso de que los auto - exámenes mensuales sean normales, la mujer mayor de 30 años debe visitar al médico una vez por año para hacerle un examen más completo.

Cuando el diagnóstico ha sido confirmado, es necesario implementar un tratamiento especial y las ganancias que pueden producir estos tratamientos suponen a veces un costo muy alto para los pacientes ya que son muy aversivos, dolorosos, invasivos e incapacitantes. En las siguientes líneas se verá porqué.

2. 7 Tratamiento médico

El tratamiento médico del cáncer de mama, continúa siendo fundamentalmente quirúrgico aunque el sentido oncológico de su tratamiento puede requerir el uso de radioterapia, quimioterapia e inmunoterapia y/o hormonoterapia médica o quirúrgica.

De acuerdo a los resultados obtenidos en la clasificación de Manchester y la Clínica de Columbia el tratamiento se planea de acuerdo a los estadios y/o etapas de la enfermedad.

En la tabla (2.3) se esquematiza la clasificación y los tratamientos a seguir.

ETAPAS	ESTADIOS	TIPOS DE PACIENTES	TRATAMIENTO
A	I	Los que están en un período en que la enfermedad está limitada a la mama o a sus ganglios regionales.	Tratamiento del cáncer de mama no avanzado.
B	II		
C	III	Se considera que el tumor ya no es curable quirúrgicamente	Tratamiento del cáncer de mama localmente avanzado en el momento del diagnóstico.
D	IV		

Fuente Long B.C (1996)

A continuación se explicará brevemente en qué consiste el tratamiento utilizado en los primeros estadios anteriormente señalados.

2.7.1 Tipos de tratamiento.

El tratamiento para cáncer de mama no avanzado lo constituye el grupo de pacientes vistos en un periodo en que la enfermedad esta limitada a la mama o a sus ganglios regionales, es decir, en las etapas A y B de la clasificación Columbia ó I y II de Manchester y TNM y que por tanto son consideradas como curables cuando se tratan con los siguientes tipos de procedimientos quirúrgicos:

- + La mastectomía radical tipo Halsted: Es la intervención propuesta por este cirujano a final del siglo pasado. En esta operación se pretende extirpar en bloque el tumor, el órgano completo donde asienta, los ganglios linfáticos donde drenan las células tumorales, paquete axilar, y los tejidos a través de las cuales discurren los vasos linfáticos, pectoral mayor y menor en un intento de hacer una extirpación en bloque de la enfermedad antes de que se haya difundido al resto del organismo.

Esta operación supuso un cambio espectacular en los resultados a largo plazo y especialmente en la prevención de las recidivas locales. Ha sido además durante muchos años el tratamiento ideal empleado por los cirujanos de todo el mundo.

- + Mastectomía modificada: Como se nombre lo indica se trata de hacer una variante de la operación anterior en que se extirpa el músculo pectoral mayor o ambos pectorales, por considerar de poca importancia las vías linfáticas que pasan a través de ellos, toda vez que hay una tendencia a admitir que la difusión tumoral y linfática no es por permeación a través de los linfáticos sino por embolismo, por lo que la extirpación de estas vías en el músculo no sería tan importante, ya que las células pueden emigrar por otros vasos linfáticos o venosos.
- + Mastectomía simple: Se trata de hacer una extirpación completa del tumor y del órgano donde se asienta, sin ampliar la extirpación cuando se considere por los estudios clínicos y complementarios, que este permanece localizado en su estadio inicial. Tiene una menor morbilidad, deja menos defecto estético que incluso puede corregirse con cirugía plástica y requiere una vigilancia cuidadosa de las pacientes

para observar la aparición de adenopatias axilares que requerirían el tratamiento oportuno en caso de presentarse.

Un tratamiento ampliamente difundido por la medicina inglesa, es la asociación de mastectomía simple más radioterapia.

- + Mastectomía subcutánea: Consiste en extirpar gran parte del parénquima mamario incluyendo el tumor, cuando se trata de carcinomas *in situ* o carcinoma lobulillar, vistos precozmente. Hay que tener en cuenta que con frecuencia, el carcinoma es multifocal y la dificultad de vigilancia clínica de estas mamas operadas.

En la siguiente tabla (2.4) se resume la información acerca de los tipos de cirugía empleados en el cáncer de mama.

TIPOS DE CIRUGÍA EMPLEADOS PARA LA EXTIRPACIÓN DE LOS TUMORES DE MAMA.

Tumorectomía.	Extracción simple de la masa tumoral.
Mastectomía de Halsted.	Extirpación completa de la mama, de los ganglios axilares, de los músculos pectorales (mayor y menor) de la grasa adyacente y la fascia.
Mastectomía modificada.	Extirpación completa de la mama (con o sin el pectoral menor) y extirpación de algunos ganglios linfáticos axilares.
Mastectomía simple.	Extirpación de toda la mama pero no de los ganglios linfáticos axilares.
Mastectomía subcutánea.	Extirpación de todo el tejido mamario subyacente, dejando la piel, la areola y el pezón intactos.

Como se ve, es posible realizar diferentes tipos de intervenciones quirúrgicas, para extraer los tumores de la mama, con o sin extirpación de la misma y del tejido subyacente. Junto a este tratamiento, existe la posibilidad de implementar algunas técnicas complementarias de las cuales se hará mención en las siguientes líneas.

2.7.2 Técnicas complementarias:

☆ **RADIOTERAPIA:** Constituye un método de una gran importancia, cuya previa utilización también es objeto de discusión y revisión continua. La radioterapia postoperatoria ha sido una de las indicaciones clásicas utilizándose así después de resecciones radicales de la mama para tratar los depósitos posibles de células malignas existentes a través de la cadena mamaria interna, axilar y en el campo operatorio. Su caso sería absoluto al existir adenopatías axilares positivas.

La radioterapia asociada a la mastectomía simple ha sido ampliamente utilizada en Inglaterra (régimen McWhirter) con un enfoque radical y conservador en el tratamiento de cáncer de mama incipiente.

La radioterapia preoperatoria también ha sido ensayada pero no parece después de ver los resultados, justificar su empleo y está prácticamente descartada en la actualidad.

☆ **QUIMIOTERAPIA:** Parece lógico su empleo como medida complementaria del tratamiento quirúrgico inicial, especialmente en casos con ganglios axilares afectados. Gran número de estas pacientes va a tener una recurrencia de su enfermedad en los próximos años y parece prudente tratar de eliminar focos de células neoplásicas que aún no se han manifestado y que no se sabe en dónde se encuentran.

☆ **HORMONOTERAPIA:** Después de muchos estudios con tendencia a provocar una supresión de estrógenos en mujeres premenopáusicas sin ovarios asociada a la mastectomía o administración de estrógenos sistemáticamente en las postmenopáusicas, la norma actual es no asociar ninguna actuación hormonal en el momento del tratamiento inicial.

Hasta aquí, se ha dado una explicación acerca del tratamiento y técnicas complementarias del cáncer de mama en las etapas A y B (Clasificación Columbia) y I y II (Clasificación Manchester).

Lo referente al tratamiento para las etapas subsiguientes a las mencionadas con anterioridad no va a ser objeto de explicación de este capítulo ya que en general se trata de un padecimiento en el que el tumor cancerígeno ya no es

curable quirúrgicamente, es decir, que ya no se puede controlar localmente con la cirugía porque la extensión de la enfermedad ya es muy amplia y por tal motivo las pacientes estarían en fase terminal. Por tanto, en el siguiente capítulo, se dará paso al aspecto psicológico de los pacientes ante el proceso de la enfermedad cancerígena y su afrontamiento a los procedimientos terapéuticos médicos desde el punto de vista de la Psicología de la Salud.

CAPÍTULO 3

AFRONTAMIENTO PSICOLÓGICO DE LAS PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA.

El presente capítulo, tiene como finalidad dar a conocer la importancia del aspecto psicológico en el proceso de la enfermedad del cáncer de mama. Ya que como se sabe, los efectos psicológicos producidos a lo largo de la enfermedad cancerosa se enmarcan en las diferentes fases por las que pasa la paciente: diagnóstico y pronóstico, tratamiento y rehabilitación. En primer termino se comenzaran a abordar las dos primeras fases.

3.1 Afrontamiento al diagnóstico y pronóstico de la enfermedad.

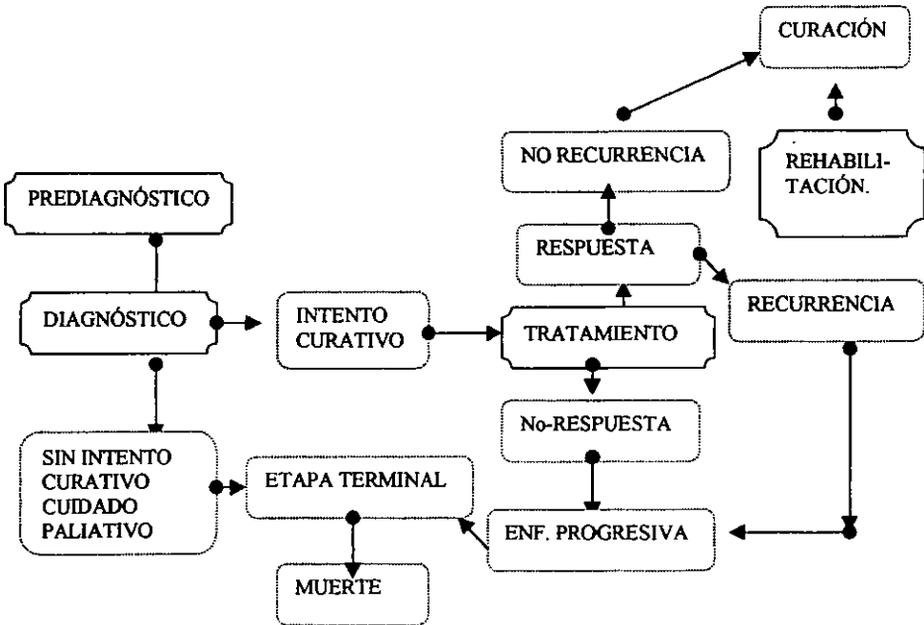
Como enfermedad crónica (de curso evolutivo prolongado), el cáncer de mama pasa por diferentes etapas ante las que la enferma presenta distintas reacciones emocionales. Para Holland, (1993) estas fases a las que la paciente se debe adaptar incluyen: el diagnóstico, el pronóstico, el tratamiento y los acontecimientos que vayan sucediendo a lo largo del curso clínico. Varios autores han definido como *reacciones psicológicas paralelas* a estas situaciones clínico evolutivas (Horowitz M., 1976 y Holland, 1989).

El diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama suele provocar en la paciente un gran impacto emocional, e incluso serios problemas psicológicos y sociales. Según Font, (1988) citado en Beneit (1995) estos problemas pueden ser los siguientes:

- Problemas derivados de la sintomatología física (efectos directos de la enfermedad, como el dolor, efectos colaterales de los tratamientos, etc.).
- Problemas derivados de la ruptura de los modelos de vida cotidianos (laborales, familiares, de relación social, etc.).

Estos eventos psicosociales pueden ir cambiando según el momento, en función de la fase de la enfermedad en que se encuentran las pacientes y de la evolución de la misma.

En la figura 3.1. Se muestra el curso clínico del cáncer de mama e ilustra las posibilidades de evolución de esta enfermedad.



La fase de **prediagnóstico** se caracteriza por la preocupación de los síntomas, principalmente hasta que la persona se somete a exploración. En la fase de **diagnóstico**, la incertidumbre, el sometimiento a diversas pruebas y a la espera de resultados; son la característica común. En la etapa del **tratamiento**,

la atención de la paciente se centra en los efectos de las medidas terapéuticas que, como vemos, pueden tener muchos efectos secundarios). Si el tratamiento tiene éxito, la persona ha de volver a interactuar con su medio, y a realizar sus actividades cotidianas; aquí predominan los problemas de adaptación a las nuevas condiciones, resultando necesario para muchas pacientes pasar por una etapa de **rehabilitación**.

A todo el periodo que transcurre sin signos de enfermedad se le denomina *intervalo libre*, no existiendo ninguna seguridad a que se produzcan, o no **recurrencias** o recaídas. Si ésta recaída se produce, hay que volver a iniciar los tratamientos que tendrán probablemente más efectos secundarios y serán más aversivos que los anteriores. En la práctica clínica, esta fase suele considerarse como la más difícil para la paciente. El ciclo puede repetirse varias veces, o bien es posible que la enferma evolucione progresivamente hacia una etapa terminal, generalmente caracterizada por sentimientos de aislamiento y depresión (Beneit, 1995).

De lo anterior puede deducirse que la paciente con cáncer de mama supone enfrentarse a una situación amenazante, poco predecible y más o menos aversiva, en función de las características del proceso neoplásico, del tratamiento que requiere y de la fase de evolución en que se encuentre (Holland, 1993). Bajo estas circunstancias una de las reacciones más comunes que experimentan las pacientes con cáncer es el *estrés*, considerando que este es definido por Mariel (1990) como un conjunto de reacciones generadas en una persona para resistir una fuerza externa que tiende a desequilibrar las funciones psicológicas y físicas normales del individuo.

Las características que presenta el cáncer de mama como acontecimiento estresante son según Barreto, Capafons e Ibañez (1990, cit en Beneit 1995) las siguientes:

- ψ Se trata de una enfermedad que amenaza directamente la supervivencia. Además de que la etiqueta de esta enfermedad implica connotaciones de un padecimiento vergonzoso.

- ψ El curso y el pronóstico son inciertos normalmente y no siguen una pauta determinada, al menos conocida.
- ψ El padecimiento puede suponer mutilación para la persona, debido a las prácticas invasivas (cirugía), provocando cambios en su imagen.
- ψ Los tratamientos son aversivos, producen efectos colaterales y disonancia con los esquemas habituales de enfermedad (las pacientes piensan que "se ponen enfermas en vez de mejorar" con el tratamiento).
- ψ Los tratamientos interrumpen la vida cotidiana, provocando datos importantes en los hábitos de las pacientes.

Con esto, se clarifica que muchas de las situaciones por las que atraviesa la paciente de cáncer de mama durante el curso de la enfermedad, conducen a una reacción de estrés, experimentada por la persona como altamente desagradable, y que provoca importantes necesidades de adaptación. Según Bayés, 1985 cit en Breit (1995) considera que esta reacción posee normalmente cuatro características:

1. *Incertidumbre*: Como resultado de la imposibilidad de predecir los acontecimientos y debido, en parte a la falta de información que tiene la enferma sobre todo lo relacionado con la enfermedad, su tratamiento y evolución.
2. *Sentimientos negativos*: Tales como miedo, ansiedad o depresión.
3. *Pérdida de control*: Que se traduce en sentimientos de incapacidad para influir sobre los acontecimientos.
4. *Amenazas a la auto - estima*: Que pueden proceder de cambios en el propio cuerpo, o de las dificultades sociales, laborales, sexuales, etc.

Como se ha señalado, algunas enfermas de cáncer de mama sufren una ruptura progresiva de sus estilos de vida, es decir alteran de manera drástica la forma en la que han venido adaptándose desde el pasado y presentan graves problemas emocionales de los que nunca se recuperan por completo (lo que probablemente va a influir en el curso de la enfermedad); mientras que otras en cambio, parecen adaptarse a la enfermedad sin excesivas dificultades.

Una variable que podría explicar estas diferencias son las estrategias de afrontamiento a la enfermedad y del estrés generado por la misma (Classen, Koopman, Angell y Spiegel, 1996). Algunas de las estrategias de afrontamiento, utilizadas por las pacientes cancerosas se muestran en el siguiente cuadro (tabla 3.1):

<i>ESTRATEGIA</i>	<i>DEFINICIÓN</i>
1. Espíritu de lucha	Se manifiesta a través de la búsqueda de información acerca de la enfermedad y los tratamientos. Se percibe la enfermedad como un reto.
2. Evitación positiva	El paciente deja de pensar en la enfermedad, considerando que su pronóstico es bueno. No percibe la enfermedad como una amenaza.
3. Negación	El paciente considera que el diagnóstico de cáncer es un error, que realmente no tiene cáncer de mama.
4. Desesperanza	El paciente piensa que no puede ejercer ningún control sobre la enfermedad. Se percibe el diagnóstico como una pérdida lo que puede generar auténticas depresiones en la enferma.
5. Fatalismo - resignación pasiva.	El paciente acepta pasivamente su enfermedad y se resigna a su suerte. Se percibe el diagnóstico como pérdida.
6. Preocupación ansiosa	Se percibe el diagnóstico como una amenaza, lo que conlleva a un estado de incertidumbre, tanto a cerca de su capacidad de control, como del futuro.

Tabla (3.1) Muestra las estrategias de afrontamiento utilizadas por las pacientes con cáncer de mama.

Hasta el momento, se ha hablado de las implicaciones psicológicas del cáncer, respecto al diagnóstico y pronóstico, de la enfermedad; y como conclusión a este apartado se puede decir que para la enferma de cáncer de mama, el avance de su enfermedad representa desequilibrio y desorganización, lo que afecta de manera proporcional los aspectos biológico, psicológico y social en su vida.

Para enfatizar aún más la importancia de tomar en cuenta el proceso de la enfermedad, es necesario incluir los factores del aspecto psicológico asociado al curso no solo del diagnóstico y pronóstico, sino además al tratamiento, ya que este es considerado como una de las etapas más impactantes de la vida de enferma (Holland, 1993). Por este motivo en las siguientes líneas se hablará expresamente del afrontamiento al tratamiento de las pacientes con cáncer de mama.

3. 2 Afrontamiento al tratamiento.

Como se ha visto, es importante tener en cuenta el proceso que va siguiendo la enfermedad ya que los acontecimientos que vayan sucediendo a lo largo del mismo repercutirán considerablemente en el estado psicológico de la enferma.

Los tratamientos a los que aquí se hará referencia son los más conocidos y los mayormente utilizados en la práctica médica, como intervenciones terapéuticas o de rehabilitación: (1) Quimioterapia, (2) Radioterapia, (3) Hormonoterapia y (4) Cirugía.

En este orden, se explicarán cada uno de ellos, haciendo especial énfasis en el aspecto psicológico de la paciente.

1. **QUIMIOTERAPIA:** La noticia de que es necesario un tratamiento de quimioterapia suele ser impactante para la paciente y para su familia, sobre todo cuando esto sucede al poco tiempo de haberse diagnosticado la enfermedad. Bayés (1995) considera que la quimioterapia interfiere con la calidad de vida de la enferma, a causa de sus efectos secundarios, que pueden considerarse como estresantes: alopecia, náuseas y vómitos, astenia, etcétera.

En un estudio realizado por Penman (1998) en tres centros hospitalarios se halló que las enfermas que recibían quimioterapia evaluaban como efectos secundarios más estresantes los siguientes:

- El 84%, la alopecia.
- El 71%, las náuseas y los vómitos.
- El 70%, la astenia y la debilidad.
- El 53%, la anorexia.
- El 37%, las parestesias.
- El 36%, la estomatitis.
- El 34%, la diarrea.
- El 20%, las dificultades sexuales.

Estos síntomas según las enfermas encuestadas, les dificultaban llevar a cabo sus obligaciones laborales y su vida personal.

Aparte de los efectos secundarios del tratamiento quimioterapéutico, otros trastornos aparecen con cierta frecuencia: la ansiedad producida por el resultado final y la dificultad de adaptación por parte del enfermo a un tratamiento prolongado y, a veces, estresante (Agnetti, Bartato y Young, 1993). También se han encontrado niveles de depresión elevados en los pacientes que están bajo un régimen de quimioterapia ya que a menudo la enferma interrumpe sus actividades cotidianas durante la fase terapéutica (Reaby y Hort, 1995).

Otro aspecto que puede ser fuente de angustia para la enferma es el curso del tratamiento. Si la quimioterapia debe atrasarse por causa de los análisis de sangre, la paciente se angustia por ello, ya que supone que su tratamiento se va a prolongar. Aparece además la angustia de pensar si ello significa que el tratamiento no está haciendo su efecto (Estapé, 1995). Es frecuente además que las enfermas pregunten qué hacer para mejorar el resultado de los análisis: si consumir algún tipo de alimentos, si comer más, etcétera. El saber que no pueden hacer nada, que no depende de ellas, les desespera tanto como a sus familiares, que se sienten impotentes ante esta situación.

En un estudio realizado por Smith (1997), se halló que el porcentaje de pacientes con depresión durante la primera fase de quimioterapia (12%) aumentaba considerablemente cuando se repetía la valoración en la cuarta

tanda (68%). Esto mismo sucedía con los niveles de ansiedad y de fatiga. Las tres variables estaban frecuentemente correlacionadas, por lo que el autor supone que hay un solapamiento en las tres puntuaciones. No obstante el aumento de cada una de las tres conjuntamente, significa que a medida que transcurre el tiempo el enfermo empeora desde el punto de vista psicológico, hasta que finaliza el tratamiento quimioterápico.

En el caso de la quimioterapia, así como en el de la cirugía, la máxima información respecto a la misma es una primera intervención para reducir el estrés del paciente (Estapé, 1995). En un estudio realizado por Krohn (1992), se halló que el 92% de las 50 enfermas con neoplasia de mama que iban a recibir quimioterapia aceptaban el tratamiento basándose en la información que habían recibido por parte del médico. No obstante el 30% de las enfermas consideraban que la información que habían recibido acerca de su tratamiento era insuficiente. En estas pacientes se encontró que el miedo a los efectos secundarios del tratamiento, el tiempo de espera previo a la aplicación, así como el afrontamiento a la enfermedad eran descritos como una experiencia negativa.

2. **RADIOTERAPIA:** En los primeros estudios realizados acerca de las reacciones de las pacientes ante la radioterapia, se hallaron altos niveles de ansiedad, depresión, ira, sentimientos de culpa (Estapé, 1995). De forma más exhaustiva se realizaron estudios (Langer, 1994), en los que se seguía a la enferma a lo largo del tratamiento, comparando sus reacciones antes, durante y después de la radioterapia. En general se observa que los niveles de ansiedad disminuyen a lo largo del tratamiento, mientras que la depresión y la hostilidad aumentan. No obstante esta última afirmación se interpreta con cautela, puesto que influyen en ella los efectos secundarios del tratamiento (anorexia, fatiga).

La información detallada respecto al tratamiento a seguir es, como en la cirugía y la quimioterapia, un instrumento de apoyo psicológico al paciente. En 1990, Cassileth y cols. De 160 pacientes con cáncer que estaban recibiendo radioterapia, la mayoría se sentían poco informadas y deseaban recibir más información. Más recientemente Lamszus (1998) encontró que un

tercio de pacientes que estaban recibiendo radioterapia se beneficiaban al conversar con pacientes que ya habían recibido anteriormente este tratamiento.

La información debe incluir el motivo por el que se indica la radioterapia, así como un plan general, que deje lugar a cambios posteriores. La radioterapia es el tratamiento en el que la información requiere más importancia, puesto que la aparatosa maquinaria que requiere asusta muchas veces a los enfermos. Por ello es aconsejable una visita previa al departamento, para que el paciente pueda anticiparse y prepararse para el inicio del tratamiento (Bayés, 1995).

Tal y como sucede con la quimioterapia, al acabar la radioterapia hay enfermos que se sienten abandonados y desprotegidos. El no recibir tratamiento psicológico hace que se sientan que no se hace nada por su enfermedad y temen que se reproduzca.

3. **HORMONOTERAPIA:** Las secuelas del tratamiento hormonal pueden ser debidas a la castración o bien por la administración farmacológica de las hormonas del sexo opuesto. En ambos casos los efectos psicológicos son importantes. La masculinización en la mujer produce vergüenza y sentimientos de inferioridad. En el sexo femenino se puede dar un aumento inesperado del deseo sexual, que en ocasiones avergüenza e incomoda a la persona. Por tanto, los tratamientos hormonales pueden repercutir en el estado emocional del paciente produciendo depresión, que puede verse, además, aumentada por la problemática sexual (Estapé, 1995).
4. **CIRUGÍA:** El miedo a la cirugía es frecuente. Todo tipo de intervención quirúrgica despierta reacciones de ansiedad y pánico, en especial, quienes deben someterse a anestesia general, aunque la anestesia local también despierta los mismos sentimientos. Se ha descrito el miedo a la muerte o "a no despertar" como uno de los temores más frecuentes previos a la cirugía. Menos temibles, pero también habituales, son a quedar en mal estado, perjudicado o "peor de lo que estaba antes de la operación" (Mardrás, 1990).

Por otra parte, el sentimiento de vulnerabilidad se hace patente, la paciente siente que "deja su vida en manos de otro". Y si esto sucede en

intervenciones quirúrgicas de tipo general, más acentuado lo es en pacientes con cáncer (Estapé, 1995). La gravedad de esta enfermedad acentúa el miedo a la cirugía aunando el miedo a la muerte y al futuro. El paciente vive angustiado por "el después" de la operación.

En el caso de la mastectomía, las mujeres intervenidas inicialmente asocian la ansiedad con los procedimientos de la intervención quirúrgica, ellas deben de enfrentarse a la fatalidad de una enfermedad y a la pérdida de una mama, y por tanto de su imagen femenina. Los efectos posteriores a la intervención en las enfermas con cáncer de mama a menudo son más psicológicos que físicos (Bayés, 1995).

Como se señaló anteriormente la mutilación es un factor estresante Barreto y cols. (1990 cit. En Beneit, op cit.), en el caso particular de la mastectomía, en donde la amputación de un órgano es tan importante para la mujer, se producen efectos devastadores en el auto - estima femenina.

La amputación de la mama suele redundar en alteraciones psicológicas en la mujer que la sufre. El hecho de que sea un órgano tan importante para la mujer hace que la mastectomía desemboque en reacciones como la ansiedad, la depresión, así como la disminución de auto - estima.

Las mujeres inicialmente asocian la ansiedad con los temores a los procedimientos quirúrgicos. Ellas deben enfrentarse a la fatalidad de una enfermedad además de afrontar la pérdida de una mama y por tanto de su imagen femenina. El afrontamiento llevado a cabo por la paciente comienza con actitudes antes de la mastectomía y concluye en la etapa post - mastectomía. Las actitudes y conductas de la paciente están basadas en: el significado que tenga para la paciente su mama; los sentimientos acerca de la pérdida del seno, así como de las experiencias anteriores del cáncer de mama y la mastectomía (Feather y Wainstock, 1994).

En la literatura de Psicología de la Salud, abundan estudios que examinan el ajuste psicológico después de la mastectomía, entre ellos uno que llama la atención porque toma en cuenta el papel de las actitudes, es el de Feather y cols. Op cit.) utilizando una escala y 35 reactivos que categorizaron las actitudes (aquellas evaluaciones personales hacia un objeto o símbolo hechas de manera positiva o de forma negativa y que se relacionan con la conducta

aparente de las personas) hacia la postmastectomía de 524 mujeres. Sus hallazgos indican que las actitudes positivas de las mujeres están dirigidas a mantener la vida y sus cuerpos relativamente sanos. Las actitudes negativas están ligadas al aspecto sexual, las mujeres sienten que esconder la mastectomía ayuda a engrandecer su femineidad.

Existen algunas investigaciones que examinan las reacciones psicológicas específicas de la mastectomía. En estas investigaciones se postulan: el miedo a la muerte, el cuál es evocado por el cáncer, visto como pérdida de salud; la depresión, la ansiedad y actitudes negativas subsecuentes. (Aronson y cols. 1998; Godsmith y Alday 1991; Kimey et al, 1997 y Margolis, 1990). Sin embargo muchas otras investigaciones en el ámbito de la psicología de la salud, proponen que las reacciones psicológicas de las mujeres van más encaminadas a considerar la pérdida de la mama y la importancia de su lugar en el cuerpo como parte importante de su femineidad (Clifford, 1992; Colette, 1994; Margolis y Goodman, 1993; Polivy, 1997; Rosser, 1991 y Schover, 1991). Una mujer que construye su auto - estima en la belleza física como un valor tradicional de la femineidad es más vulnerable a verse devastada por la mastectomía. (Schain, 1998).

Los autores enfatizan que el busto siempre ha sido un símbolo universal de la femineidad desde los primeros días de la historia de la humanidad (Kincaid, 1994), haciendo una analogía, la mastectomía es lo equivalente a la castración en el hombre (Renneker y Culter, 1992; Small, 1993). Por consiguiente, la amputación de mama devasta potencialmente la femineidad de la mujer, en su auto - imagen, su sexualidad y en considerarse atractiva físicamente; este sentimiento afecta a la mujer después de la mastectomía, principalmente en sus actitudes hacia si misma y hacia su papel como mujer.

La mayoría de las mujeres procuran rectificar el defecto tan obvio causado por la mastectomía con la utilización de una prótesis externa (seno falso) o por medio de una cirugía reconstructiva que incremente la posibilidad de hacer más estética la mama. Algunos estudios muestran que la prótesis nunca es incorporada a la imagen de la mujer y de su propio cuerpo. En ocasiones las prótesis son consideradas como un cuerpo extraño, molesto e irritable,

incluso puede llegar a sentirse como un residuo de enfermedad (Bostwick, 1989; Clifford, 1991; Luckman y Sorensen, 1992; Schain et al. 1992).

Muchas mujeres se sienten "embarazadas" por la prótesis externa debido al displacer causado cuando realizan sus actividades normales (Walsh, 1991).

Para algunas pacientes que en algún momento han utilizado la prótesis externa y después han sido reconstruidas quirúrgicamente, refieren que la prótesis externa llega a ser repugnante y demencial. Estos sentimientos de la prótesis externa se deben a que las pacientes sienten que con ella la imagen corporal no mejora o mitiga la sensación de deformidad (Bostwick, 1989). Las prótesis constantemente les recuerda que su vida estuvo amenazada por alguna enfermedad (Bostwick op cit). Incluso, en muchos casos, la reconstrucción de la mama ayuda a las mujeres a sentirse bien con ellas mismas después de la mastectomía (Daniel y Maxwell, 1993; Dean, 1993; Filiberti, 1996; Luce, 1993; Stevers et al 1994).

Schain (1998) y Clifford (1992), encontraron en sus estudios que las razones más comunes dadas por las mujeres para escoger la reconstrucción son: deshacerse de la prótesis externa, para poder utilizar mayor variedad de ropa y restablecer sus sentimientos acerca de la integridad de su cuerpo. Si bien esto no puede ser notorio para los demás, las mujeres quienes se han sometido a la mastectomía sin reconstrucción posterior se encasillan a considerarse desfiguradas en su apariencia. En contraste, cabe mencionar que a las pacientes a quienes se les reconstruye la mama muestran actitudes diferentes hacia sí mismas y hacia los demás.

Como se puede ver, el tratamiento es una de las fases más impactantes en la vida de la enferma, ya que en ésta se deben afrontar efectos físicos desagradables, miedo e incertidumbre por el futuro.

De los tipos de tratamiento anteriormente citados, la cirugía suele ser el más temido por la mayoría de las pacientes y las razones ya fueron explicadas.

Ahora bien, debido a la importancia del acto quirúrgico, la Psicología de la Salud, considera a la información como estrategia fundamental para llevar a cabo la intervención psicológica a las pacientes que se someterán a una mastectomía. Es necesario explicar a la paciente, por qué motivo se le va a

"operar", cómo van a ser las condiciones del acto quirúrgico y cuáles serán las consecuencias, ya que todo esto minimiza las alteraciones emocionales que pueda presentar a lo desconocido, y es recomendable que todo este proceso informativo lo ejecute el profesional especializado, particularmente, el médico tratante (con ayuda de algunos pacientes que ya han superado la fase terapéutica).

Para ello, es necesario que la actitud médica se base en la relación que existe con el paciente y la familia. Ya que en caso contrario la tarea se dificultará.

Muchos médicos relacionados con la Oncología suelen comentar que uno de los peores momentos de su vida ha ocurrido durante el proceso de información a algún paciente en concreto. Y esto pasa porque la formación en las facultades de medicina se centra en aspectos técnicos y científicos, pero no incluye el aspecto de la asistencia clínica tan importante como lo es la información a los enfermos (Espinosa et al, 1993 y Sanz, 1989).

Para profundizar aún más en este tema, en el siguiente capítulo, se dará a conocer la manera en la que el médico oncólogo enfrenta el manejo de las pacientes mastectomizadas.

CAPÍTULO 4

EL MÉDICO ONCÓLOGO Y SU FORMACIÓN PROFESIONAL.

El presente capítulo, tiene como finalidad, identificar la importancia de los aspectos psicológicos dentro de la formación profesional del médico oncólogo. Para ello, se dará a conocer lo referente a la Especialidad de Oncología, como escenario principal en la formación de este profesional y los temas relacionados con el programa académico de esta especialidad.

4.1 La Oncología y Sus Divisiones.

Como se mencionó en el capítulo anterior, el cáncer es un problema de salud pública, su frecuencia y gravedad dan por resultado tasas de mortalidad y morbilidad muy altas en todo el país. Por ello, todo el sistema de atención a la salud ha de afrontar con carácter de prioritario estos problemas. Resulta necesario que se prepare a los médicos oncólogos capacitándolos para desarrollar las actividades múltiples y complejas que constituyen los programas de lucha contra el cáncer y los tumores en general.

Bajo la denominación de "cáncer", se incluyen más de cien enfermedades con diferencias notables en etiología, topografía, patología, historia natural y respuesta al tratamiento que sin embargo, manifiestan como denominador común un potencial evolutivo hacia la progresión de la enfermedad y la muerte del paciente. Por lo tanto, el oncólogo debe estar capacitado para diagnosticar y participar en el tratamiento integral de una muy amplia gama de padecimientos cuyo sitio de origen puede ser cualquier órgano o tejido del cuerpo humano.

De acuerdo con el *Diccionario de Términos Médicos*, la Oncología es definida como una especialidad troncal de la medicina que capacita al especialista en la evolución y manejo de los tumores. Su objetivo es el cuidado del paciente con algún tipo de tumoración desde su diagnóstico, incluyendo el tratamiento y seguimiento del mismo (pág. 2034)

En la atención del paciente con cáncer es necesario aplicar procedimientos diagnósticos y terapéuticos que pueden clasificarse en una de las categorías

conocidas como médicas o quirúrgicas, existiendo con frecuencia indicación para llevar a cabo ambas técnicas combinadas. La oncología se ha dividido en una rama médica y otra quirúrgica. Además de la radioterapia que propiamente puede clasificarse dentro de la categoría terapéutica por medios físicos que utiliza a su vez técnicas equiparables a las médicas y técnicas quirúrgicas, siendo las primeras las más frecuentes.

Esta división de funciones hace necesario reconocer que el diagnóstico y tratamiento del cáncer solo son posibles cuando se forma un equipo multidisciplinario, responsable de la atención integral de los pacientes en una institución que ofrezca apoyo, de una estructura hospitalaria completa, destacándose la anatomía patológica, el laboratorio clínico y el diagnóstico por imágenes (radiografía, ultrasonografía, termografía, medicina nuclear).

En la actualidad, los avances tecnológicos permiten que la detección y tratamiento sean más precisos y beneficiosos para el paciente; en épocas pasadas la tarea era menos fácil para el especialista ya que como cualquier otra disciplina la oncología tuvo que abrirse paso entre las demás especialidades ya existentes e iniciar su evolución. Para conocer el surgimiento de la oncología en México se profundizará en el siguiente punto sobre ello.

4.2 Origen de la Oncología Médica en México.

De acuerdo con Díaz (1992), la historia de la oncología se remonta a finales del siglo XIX, cuando surgieron en algunos países instituciones en donde eran hospitalizados pacientes con cáncer en un intento por disminuir su padecimiento. Tal fue el caso del *Hospital of Middlesex* de Londres, que posee un archivo clínico de esos casos, que han servido de base para conocer el desarrollo de los tumores y con ello establecer las bases para juzgar los resultados que se obtienen a través de los diferentes tratamientos. Para principios de los años 40's, el panorama de la oncología (en aquella época llamada "Cancerología"), estaba muy bien definido en estados Unidos y en Europa.

En México, no había para ese entonces ese tipo de instituciones, y eran los médicos generales, los que atendían a los pacientes con cáncer. Algunos de ellos publicaban sus experiencias en las revistas médicas de la época.

La cirugía oncológica y la radioterapia nacen a finales del siglo antepasado. México tardó en incorporar la especialidad, que nace como la mayoría de las especialidades en el Hospital General de México. Ahí germinan, primero, otras especialidades como la urología, la cardiología, la radiología, la ginecobstetricia, siendo estas la semilla que conduciría al desarrollo de la oncología.

Hasta 1937, siendo presidente de la República el General Lázaro Cárdenas, se inaugura la Unidad de Oncología del Hospital General de México, primer servicio oncológico nacional, de carácter institucional y cuna de la oncología mexicana, bajo la jefatura del Dr. Ignacio Millán.

Posteriormente, el 18 de Diciembre de 1946, en plena Segunda Guerra Mundial, el Maestro Guillermo Montaño crea la especialidad en México, fungiendo como el Jefe de la Unidad de Oncología, organiza el Instituto Nacional de Cancerología.

El Maestro Montaño, organiza también la campaña nacional de lucha contra el cáncer y la Sociedad Mexicana de Estudios Oncológicos, construye el Hospital de Oncología en el Centro Médico Nacional, hoy Siglo XXI y es pionero de la radioterapia y organiza el primer curso de posgrado de la Facultad de Medicina de la UNAM sobre radioterapia y oncología.

Inmediatamente después de la Segunda Guerra Mundial, regresa a México el primer contingente de especialistas en cáncer entrenados en el extranjero, provenientes principalmente del *Memorial Hospital of New York*. Se incorporaron a la Unidad de Oncología del Hospital General de México, establecen normas y procedimientos y crean la residencia en oncología de la cual surgió la mayor parte de los oncólogos de hoy.

Proveniente del *Christie Hospital of Manchester*, Inglaterra y del *Royal Marsden Hospital of London*, el Dr. José Noriega Limón, crea el servicio de oncología del Hospital 20 de Noviembre del ISSSTE y se responsabiliza de la planeación y evolución del Instituto Nacional de Cancerología.

Conforme transcurre el tiempo, comienzan a existir otras instituciones en donde se desarrolla la radioterapia; entre ellas: el Hospital de la Mujer, dirigido por el Dr. Germán García, quién da impulso para que ahí se estudie el cáncer, en especial el del cuello de útero, que es el problema oncológico más importante del país. Apoya además a la Dra. Julieta Calderón para que nazca la citopatología en

México y se logren desarrollar programas de diagnóstico y tratamiento oportuno de dicha enfermedad.

En el Hospital Infantil de México, el Dr. Luis Vargas, el Dr. Horacio Zalce y el Dr. Alejandro Aguirre crean el primer servicio de oncología pediátrica.

En el Hospital Militar, el Dr. Jesús María Farías a su regreso del *Memorial Hospital of New York*, crea el servicio de radioterapia en esta institución.

Antes de la Segunda Guerra Mundial surgen departamentos de radioterapia en hospitales privados como: el Hospital Inglés, el Español y el Francés. Cabe mencionar que, al surgir en la capital del país estos servicios, va sucediendo lo mismo en el resto de la república: en el Hospital General de Guadalajara, en el de Jalapa, Mérida, Hermosillo, Tampico, Villahermosa, Ciudad Obregón, Chihuahua, Saltillo, Ciudad Juárez, Durango y Puebla, entre otras ciudades más.

Como es de suponer, la oncología, como cualquier otra disciplina, tuvo que iniciar un arduo trabajo para llegar a la certificación y reconocimiento como subespecialidad. Un buen comienzo fue la creación de los servicios de oncología en todo lo largo y ancho del país, no obstante no todas las instituciones pudieron desarrollarse en enseñanza, investigación y ejercicio médico de igual manera. Para explicarlo, en el siguiente apartado se hablará de las condiciones actuales de la oncología en nuestro país.

4.3 Condiciones Actuales de la Oncología en México.

En México, son tres las grandes instituciones que cuentan con los servicios oncológicos y que se dedican a la atención de los pacientes con cáncer, estas son: el Hospital General de México, el Instituto Nacional de Cancerología y la Unidad de Oncología del Hospital Siglo XXI. Esta última cuenta con: consulta externa, hospitalización, quirófanos, sala de recuperación y terapia intensiva, departamento de radioterapia equipado con acelerador lineal de 10 mev, bombas de cobalto, bombas de cesio 137, material radioactivo basándose en radio y cesio para aplicación intracavitaria, de moldes e intersticial, servicio de física con computadora para el estudio de las planeaciones del tratamiento, centro de calibración, gabinete radiológico con tomógrafo computarizado y mastógrafo,

laboratorio de inmunología, así como servicios de hospital general que permiten la participación de otros especialistas.

La Unidad de Oncología del Siglo XXI, por su organización y equipamiento, así como por las funciones que desarrolla podría llamarse Instituto, ya que desarrolla atención médica, enseñanza e investigación en el área de oncología.

El Hospital General de México cuenta con todo lo descrito, más un catetrón, equipo para el tratamiento interactivo de las neoplasias, principalmente del cervix, que permite la administración de dosis altas en tiempo corto. Cuenta también con los laboratorios para desarrollar técnicas de marcadores biológicos e investigación en relación con el cáncer.

El Instituto Nacional de Cancerología (INCAN), en sus nuevas instalaciones, desarrolla al más alto nivel la atención al enfermo, está impulsando la investigación acerca del cáncer en todos los aspectos, y participa con la Secretaría de Salud (SSA) en programas nacionales para el diagnóstico oportuno de la enfermedad. Su equipamiento es similar al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). En investigación es probablemente más completo.

Las demás instituciones gubernamentales o privadas que existen en el país se dedican principalmente a la atención al enfermo con cáncer, y con menor atención a las acciones de enseñanza e investigación. Entre ellas destacan: el Hospital 20 de Noviembre, del ISSSTE; de la Mujer, de la SSA; el Militar, el Mocel, el del la Marina, el Hospital Español, el Durango, el Dalinde, Hospital Clínica Londres y el Madame Curie.

En el IMSS, se han hecho divisiones de acuerdo a los servicios con los que cuentan los hospitales. Entre las que tienen todos los servicios (cirugía, radioterapia y quimioterapia), están el de Oncología, del Siglo XXI; el de Puebla, el de Monterrey, el de Guadalajara, el de Ciudad Obregón, el de Torreón y el de León. Entre las que cuentan con cirugía oncológica, están el de Francisco del Paso y Troncoso en el Valle de México, Gineco - obstetricia San Angel, el Hospital 32 de Villa Coapa, y los Centros Médicos La Raza, Toluca, Oaxaca, Veracruz, Tuxtla Gutiérrez, Mérida, San Luis Potosí, Tampico, Chihuahua, Tijuana y Mérida.

La SSA, posee instalaciones en Villahermosa, Jalapa, Monterrey e instalaciones privadas en México D.F., Mérida, Veracruz, Puebla, Jalapa,

Durango, Guadalajara, San Luis Potosí, Chihuahua, Ciudad Juárez, Tampico, Ciudad Obregón, Hermosillo, Tijuana, Saltillo y Torreón.

Es en el sector público en donde se ha congregado la mayor parte de los oncólogos del país, de tal manera que ahí se encuentran los mejores especialistas. A lo anterior hay que añadir que, por el alto costo del equipo médico necesario, son las instituciones oficiales las que tienen las posibilidades de adquirirlo y con ello ofrecer el servicio a la población demandante. En la tabla 4.1 se muestra la información de los servicios prestados a los enfermos con cáncer.

TABLA 4.1 Casos de cáncer atendidos en las instituciones oficiales del país.

Fuente: INEGI. Sistema Nacional de Salud Boletín de Información y Estadística. 1998

INSTITUCIÓN	CÁNCER DE ESTÓMAGO	CÁNCER DE COLON	CÁNCER DE RECTO	CÁNCER DE PULMÓN	CÁNCER DE MAMA	CÁNCER DE ÚTERO.
SSA HOSPITALES	4449	2780	1519	3796	5122	9210
SSA INSTITUTOS	2503	11427	1562	9264	8189	10445
SSA D.F.	1	43	12	6	13	38
IMSS	18740	20317	8152	28443	24575	29476
IMSS SOLIDARI- DAD	373	170	30	252	333	610
ISSSTE	4949	4011	2116	6739	9735	8026
SEDENA	587	783	470	741	1675	4210
SECRETARÍA DE MARINA	234	61	54	210	60	617
PEMEX	932	470	535	1123	1610	880

En la tabla 4.2 se muestra el número de casos atendidos en los hospitales privados de México. En esta tabla sólo aparece el nombre de los hospitales y el total de casos vistos durante 1998.

INSTITUCIÓN	NUMERO DE CASOS VISTOS
Hospital Español	302
Hospital Metropolitano	242
Hospital Inglés	205
Hospital de México	194
Hospital Santa Elena	149
Hospital Santa Fe	65
Clinica de Londres	183
Central Quirúrgica	31
Grupo Angeles	1481

Tabla 4.2 casos de cáncer vistos durante 1998 en las Instituciones Privadas de México. Fuente: Registro Nacional De Enfermos con Cáncer. 1998.

Como se puede apreciar, la mayor parte de los pacientes con cáncer se atienden en instituciones del sector público, lo que resulta lógico por el alto costo de la atención privada. No obstante, la calidad de la atención, siendo buena, puede superarse, pues los servicios existentes se encuentran saturados de trabajo. En los departamentos de radioterapia, es frecuente que el turno sea de dos o más semanas. Esta gran demanda de servicios, causa: reducción en el control de la calidad del tratamiento que se aplica, deterioro en la relación médico - paciente (tan importante para este grupo de enfermos), lo que hace que tanto el paciente como el familiar, manifiesten inconformidad ante el servicio que reciben y que aquellos que tienen posibilidades económicas consulten a médicos o instituciones privadas.

Para Díaz (1992), es deseable que la capacidad instalada se aumente, tanto en la zona metropolitana como en los estados, y que ese incremento se realice en

otros Hospitales, sin que crezcan los que ya existen, pues en instituciones muy grandes, aunque se obtiene experiencia más rápidamente por la gran demanda de los servicios, también es frecuente la deshumanización en la atención médica, lo que necesariamente deteriora su calidad.

Con relación a la calidad de los servicios prestados, es posible aceptar que es satisfactoria en todas las instituciones mencionadas pues, como ya se dijo, se cuenta con el equipo y el personal idóneo. En algunos sitios falta fluidez para la obtención de los medios de trabajo y para el mantenimiento de las instalaciones, lo que repercute en la calidad de la atención. Por este motivo, durante su preparación académica, se debe enfatizar que el médico debe aprender a resolver problemas de logística para hacer más ágil su labor.

El tiempo que dura la capacitación y adiestramiento del médico oncólogo, denominada por los especialistas "residencia", es muy útil, ya que el estudiante aprende a enfrentarse y a resolver problemas en el momento. Las instituciones encargadas de la formación de profesionales médicos dedicados a la atención del paciente con cáncer, están viviendo momentos de reflexión y de cambios, dirigidos a modificar los principales factores que inciden en el proceso educativo y en la formación de un profesional crítico, solidario, mejor equipado técnica y científicamente y capaz de ofrecer un óptimo servicio (Díaz, 1997). En el siguiente apartado, se profundizará sobre la formación del médico oncólogo para identificar los factores que afectan y modelan la enseñanza de la oncología.

4.4 La Residencia en Oncología.

La residencia en radioterapia y oncología fue creada por el Maestro Guillermo Montaña Islas en 1961. Fue la primera vez que un curso universitario de posgrado se imparte en dos instituciones, la Unidad de Oncología del Hospital General de México y el Sanatorio 2 del IMSS. Desafortunadamente, por razones políticas pocos años después se separaron y cada institución quedó con su propio curso, privando a los médicos de la posibilidad de conocer, comparar y adquirir experiencia con los criterios de dos buenas instituciones con capacidad suficiente para poder impartir la enseñanza.

El temario, estuvo cargado de materias básicas, principalmente de matemáticas, bioquímica y estadística, pero no se descuidó el aspecto humano; el aspecto psicológico fue cubierto por el Dr. Alfonso Millán, quién además de estudiar al paciente con cáncer aprovechó para hacer un estudio psicológico del oncólogo.

Posterior a la muerte del Maestro Montaña, se modificó el curso, en este se redujo la carga matemática y estadística, y se puso énfasis en algunos aspectos básicos como fisiología de la célula normal y neoplásica, farmacología con enfoque especial para los agentes antitumorales, genética en las neoplasias y aspectos inmunológicos.

Actualmente, después de luchar por la certificación y reconocimiento para las residencias de oncología médica y radioterapia, existe un programa estructurado para el curso de especialización de esta disciplina en cada uno de los siguientes hospitales: Siglo XXI, Instituto Nacional de Cancerología y el Hospital General. Con variantes, los propósitos perseguidos en estos programas son:

- Formar médicos con las actitudes, conocimientos, y habilidades necesarias, para proporcionar al individuo con problemas oncológicos, las medidas de atención adecuadas para promover, mantener y recuperar su salud.
- Dotar a los educandos de los conocimientos, habilidades y actitudes necesarios, que le permitan orientar y educar a los demás miembros del equipo de salud y al público.
- Preparar al especialista en el método científico como sustento de su trabajo médico y docente permitiéndole efectuar trabajos de investigación encaminados a resolver los problemas que afectan a la salud.
- Proporcionar a los alumnos de la especialidad en oncología médica los conocimientos que le permitan realizar un diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de enfermedades malignas, haciendo énfasis en el aprovechamiento de una coordinación multidisciplinaria.
- Adquirir experiencia clínica, tanto en el paciente hospitalizado, como en el paciente ambulatorio y terminal.

- ☉ Habilidad para desarrollar los procedimientos.
- ☉ Adquirir los conocimientos e instrumentos de las ciencias básicas, para facilitar la comprensión de los procesos malignos.
- ☉ Proveer las condiciones de docencia médicas que estimulen en el alumno el pensamiento reflexivo y el quehacer humanista en sus actividades de atención médica.
- ☉ Estimular el análisis de las condiciones sociales e institucionales en las que se realizan la práctica y la educación médica.
- ☉ Reflexionar con sentido crítico ante los problemas médicos de su competencia, procurando la búsqueda de fundamentación científica, acerca de los recursos de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación dentro de su ámbito especializado de acción.
- ☉ Seleccionar, analizar y valorar la literatura médica de la especialidad, aplicándola con pertinencia al quehacer cotidiano con el fin de sustentar, profundizar y ampliar sus acciones profesionales.
- ☉ Facilitar la comprensión del proceso salud - enfermedad como un fenómeno integral determinado por condiciones individuales, sociales e históricas.
- ☉ Colaborar productivamente en grupos de trabajo interdisciplinario del ámbito de la salud procurando una visión integradora de su quehacer en relación con el trabajo de los demás profesionales del área.
- ☉ Tener presente en el ejercicio de su especialidad los principios del humanismo, considerando la integridad del individuo.
- ☉ Procurar su educación permanente y superación profesional que lo impulse a su continuo perfeccionamiento y al empleo ético de su conocimiento médico.

Como se observa, la preparación del médico oncólogo no es una labor fácil ni para la institución ni para el profesionista. Reflexionar sobre ello, requiere del conocimiento de esta especialidad y para ello es necesario dar a conocer los datos siguientes.

La residencia lleva el nombre de "Residencia en Oncología Médica y Radioterapia". Dura 3 años y comienza el primero de Marzo y el ciclo lectivo

concluye el último día de Febrero del año siguiente. Para que los alumnos ingresen es necesario: Haber cursado un año de Medicina Interna, presentar solicitud de estudios de posgrado, y en el caso del IMSS es indispensable que el alumno haya pertenecido con anterioridad a esta institución. Los aspirantes deberán disfrutar de salud física y mental; cumplir con el total del horario del curso y tener capacidad para traducir inglés técnico - médico. Una vez seleccionados deben de realizar los trámites necesarios para su inscripción en la institución de educación superior que reconozca sus estudios de especialización.

Cuando el estudiante ingresó, trabajará con un programa dividido en tres áreas fundamentales:

- a) Área técnico - médica.
- b) Área de Enseñanza e investigación.
- c) Área técnico - administrativa.

Estas, a su vez, se componen de uno o varios módulos, los cuales se han subdividido en unidades didácticas. Lo anterior responde a las necesidades planeadas en el perfil profesional del especialista en Oncología Médica y Radioterapia y a los propósitos y objetivos terminales que de él se desprenden.

En el Anexo 1, se señalan para cada ciclo académico la distribución de las unidades didácticas en el orden progresivo en que deben impartirse en el transcurso del año y el porcentaje asignado a cada módulo.

Junto con los módulos descritos en el Anexo se encuentra otra asignatura denominada: Práctica Clínica Complementaria (P.C.C.), la cual es una de las actividades fundamentales del Programa de Especialización y deberá sujetarse a lo señalado en las disposiciones generales del Reglamento para Médicos Internos y Residentes, así como el contrato - beca respectivo.

La P.C.C da oportunidad al educando de responsabilizarse en forma directa del cuidado de los pacientes a su cargo.

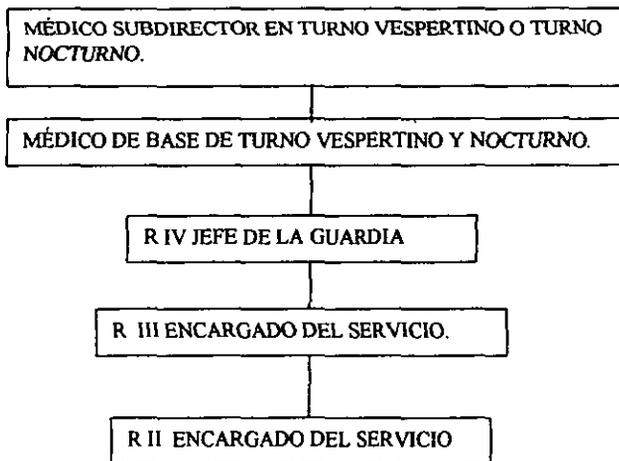
Esta P.C.C destaca la importancia de la vigilancia continua y del trabajo en equipo, desarrollando a la vez y, en forma progresiva, la habilidad para la utilización del método clínico en la solución de los problemas que plantean los

pacientes hospitalizados, permitiéndole un mayor grado de autonomía, pero siempre bajo la supervisión de los profesores.

Las funciones generales del oncólogo en la P.C.C son:

- ♦ Colaborar eficientemente con el personal médico de base, del turno vespertino y nocturno, en la vigilancia y atención de los pacientes.
- ♦ Integrarse al equipo de trabajo, respetando las normas y jerarquías establecidas y buscando coordinación para el logro de los objetivos educacionales.
- ♦ Cumplir con las funciones y aceptar las responsabilidades en las respectivas áreas de acuerdo a las normas y procedimientos elaborados por los Jefes de Departamento Clínico para los diferentes niveles de residentes. Las jefaturas son descritas en la figura (4.1).

Figura 4.1 Muestra la estructura de organización en oncología.



Además de las funciones que les sean señaladas a cada uno de los integrantes del organigrama antes presentado, cada residente tendrá funciones de supervisión, asesoría y apoyo implícitas en el organigrama.

Funciones del Médico Residente, Jefe de Guardia:

1. Verificará la presencia física en el área respectiva de los miembros de la guardia al inicio de la misma.
2. En caso necesario, hará la redistribución de los residentes de cualquier jerarquía, al sitio donde se requiera y en el momento en el que se considere conveniente.
3. Vigilará que el personal médico residente de guardia se encuentre en su área de trabajo durante la misma.
4. Tomará nota de los reportes e investigará las anomalías que acontezcan durante la P. C. C, tratando de resolver aquellas que sean de su competencia y comunicarlo al médico de base o subdirector, si lo amerita, solicitando su asesoría.

Como puede apreciarse, la enseñanza y aplicación de la oncología implica una gran responsabilidad al formar a los futuros profesionales en los que quedará la salud de nuestra población. Para ser oncólogo, no solo se necesita tener los conocimientos del campo médico, sino también saber de aspectos relacionados con las relaciones humanas, con habilidades sociales y con la comunicación.

Para comenzar a reflexionar sobre la difícil tarea de ser oncólogo, es necesario recordar que la oncología, es en mucho una subespecialidad de la medicina interna y de la cirugía y por ello es una disciplina que emplea procedimientos invasivos, que modifican la anatomía del ser humano, y en consecuencia las funciones normales de los diferentes órganos, aparatos y sistemas. " Esta modificación es irreversible" y los resultados terapéuticos se sostienen por los cambios realizados.

El oncólogo enfrenta una gran responsabilidad, porque su modo de intervenir en el cuerpo de sus pacientes conlleva a innumerables riesgos. El paciente puede sufrir la pérdida de la integridad física, o de la vida y las consecuencias del tratamiento pueden producir invalidez. El control del factor de riesgo es limitado y fundamentalmente radica en un diagnóstico preciso, resultados consistentes con el procedimiento que se va a seguir, resultados sólidos con el cambio quirúrgico y un bajo índice de secuelas, de morbilidad y mortalidad.

Para el oncólogo, es muy importante tener una experiencia amplia con la técnica que se va a seguir y apoyo grupal para decidir el procedimiento terapéutico y de rehabilitación; sin olvidar que los pacientes deben ser informados de los pros y los contras de la intervención y de los objetivos que se pretenden con la misma. El profesional que tomará estas responsabilidades sólo puede ser un oncólogo, cuya especialización respalde y de seguridad al paciente.

El oncólogo inicia su formación desde la licenciatura de medicina, sin embargo esta aún no está organizada para un campo absoluto, en ella existen un buen grupo de materias básicas relacionadas con el área clínica, la farmacología y conceptos generales. Es hasta el posgrado o especialidad en donde, existiendo un grupo de residencias hospitalarias útiles para el entrenamiento médico, el profesionalista puede elegir cuál de ellas es la que puede cursar de acuerdo a sus habilidades, conocimientos y preferencias.

Para Hernández (1996), " el oncólogo debe tener una carrera hospitalaria de posgrado, en un hospital organizado, con un número suficiente de intervenciones quirúrgicas y tratamientos complementarios, así como profesores que transmitan su experiencia a los residentes. Los pacientes por su parte deberán ser accesibles al examen y responsabilidad de los residentes, ya que de otra manera no podrán tener la máxima oportunidad y el número de enfermos necesarios para adquirir experiencia en el lapso de duración de la residencia." (Pág. 4).

La graduación del oncólogo debe considerarse el inicio de una larga carrera de esfuerzo, estudio, responsabilidad y deseo constante de superación, estimando que la preparación médica continua, es la clave del éxito y la seguridad del médico y su familia, el oncólogo no puede dejar de ejercer sus conocimientos y por tanto debe de estar en donde se le presente la oportunidad de hacerlo. (Ídem pág. 6).

El oncólogo para Quijano (2000); debe ser una persona que, además de poseer la destreza e inteligencia necesaria para su ejercicio profesional, debe tener una cultura amplia y universal, ya que esto le permitirá trascender los límites del hospital. Es necesario que este profesional tenga información de otros aspectos de la vida humana, ello incrementará la escala de valores y evitará la deshumanización de su labor.

" El oncólogo es un miembro distinguido de la sociedad, para su familia es un líder admirable, sus hijos sienten el orgullo de tenerlo y pertenecer a él, su esposa es báculo de sus penas y compañera que ha resistido todas las crueles llamadas de los enfermos, interrumpiendo planes de diversión o relajamiento... la oncología enaltece a quien la ejerce y sin el ejercicio y práctica de la misma, no se puede ser oncólogo; la emoción del reconocimiento por los enfermos, los éxitos y fracasos, la ternura de la madre agradecida al devolver a su ser querido recuperado del cáncer, son el precio invaluable de ejercer la noble profesión de oncólogo..." (ídem. Pág. 8)

Tras esta reflexión, cabría mencionar que el profesional de oncología al igual que otros profesionales de la salud debieran tener esta visión de su labor, considerar la nobleza de su trabajo es algo que fomenta la vocación y servicio de todos ellos, no obstante se debe recordar que la medicina y todas las especialidades que de ella emanan son sujetas a reglas y lineamientos institucionales. Así pues, si el oncólogo o cualquier médico desean aplicar su labor noblemente tendrán que sujetarse a horarios, cantidad inimaginable de pacientes, tecnologías atrasadas o deficientes y a salarios regulares. Para identificar de qué manera las situaciones institucionales afectan el aspecto personal y profesional del oncólogo, al grado de causar en el un agotamiento profesional, en el siguiente punto se profundizará sobre ello.

4.4 Síndrome del Agotamiento Profesional.

A pesar de todos los adelantos técnicos y científicos, no se puede decir que la época actual haya traído consigo la plena satisfacción a quienes ejercen la medicina. Surge la interrogante: ¿Se sienten satisfechos los médicos y las enfermeras con sus condiciones de trabajo, con sus perspectivas profesionales? Para Espinosa (1999) basta con una breve reflexión y una encuesta entre los profesionales de la salud para saber que la respuesta es negativa. La expresión de "*estar quemado*" se aplicó primero a aquellos ejecutivos de empresa especialmente desgastados por un empleo demasiado estresante, pero hoy, casi cualquier persona, puede aplicarla a su ámbito laboral. Los médicos, no escapan

ante este mal tan extendido. Una de las primeras referencias en el ámbito médico corresponde a un personaje literario, Tomás, al que da vida Milán Kundera en "*La insoportable levedad del ser*": este neurocirujano sufre la pérdida de los valores de su profesión, dando lugar a lo que se ha llamado enfermedad de Tomás. De una manera más genérica, el síndrome se conoce como el del "profesional quemado" (del inglés *burnout*), aunque parece más acertada la denominación de "*síndrome del desgaste profesional*". Puede definirse como la pérdida de interés o de entusiasmo por el trabajo.

En el presente apartado se abordan sus causas y síntomas así como algunas investigaciones hechas al respecto.

Para Gervás (1999) el síndrome de desgaste o agotamiento profesional consiste, básicamente, en la pérdida de la autoestima, acompañada de desánimo y tedio en el trabajo diario. Según Maslach (1992), incluye fenómenos de hastio por la profesión, despersonalización y reducción de la capacidad personal y ocurre en individuos que están en contacto directo con la gente. Puede expresarse de muchas maneras y cada profesión presentará sus síntomas particulares. Específicamente, en el ámbito de la oncología, no solo los médicos se ven afectados, sino además las enfermeras y el personal auxiliar, quienes tienen un contacto más continuo con el enfermo.

Hasta el momento, no hay demasiada literatura sobre el síndrome del desgaste profesional. De acuerdo con Espinosa (1999), sólo se indica su existencia en multitud de artículos de opinión, que critican de un modo o de otro las condiciones de trabajo de los médicos, pero pocos investigadores han llevado a cabo estudios para profundizar en su incidencia y sus causas. Este hecho sin embargo, está cambiando por el interés creciente del tema. Algunos trabajos más representativos en el área de oncología son mencionados a continuación.

La encuesta más conocida sobre el síndrome del agotamiento en oncólogos fue publicada en Estados Unidos en 1997. Con 1 000 participantes. Whhippen y Canellos (1997) reportan que el 56% de los sujetos reconocen estar "quemados"; una cifra sorprendentemente alta. Dichos autores encuentran que la afectación no se relaciona con la subespecialidad dentro de la Oncología (oncología médica, oncología pediátrica, cirugía o radioterapia), el año de finalización de la carrera y el trabajo en grandes o pequeñas ciudades. Sin embargo refieren que, la

incidencia fue menor entre quienes ejercían en instituciones o universidades, respecto a los que lo hacían de un modo privado o practicaban también medicina interna. La mayoría de los afectados definían como "frustración" el sentimiento que despertaba el síndrome y señalaban, como factores contribuyentes al mismo, la sobrecarga de trabajo, problemas relacionados con el pago de honorarios, la dedicación a enfermos terminales y la falta de tiempo libre.

También de Estados Unidos es otra encuesta realizada por Jhonson, Wagner y Rueger (1993). Ellos estudiaron a 395 cirujanos del área de cuello y cabeza. El 34% declaró sentirse "quemado". La causa principal de la frustración no era el tipo de enfermedades que trataban - neoplásicas la mitad de las veces -, sino desavenencias con el gobierno y sensación de que ganaban poco dinero. La mayoría de los cirujanos disfrutaba de sus trabajos, a pesar de las jornadas laborales extensas.

Por otro lado, en Alemania Ulrich y Fitzgerald (1998), practicaron un estudio que incluía 91 enfermeras y 57 médicos relacionados con los pacientes oncológicos. En las enfermeras se encontró que, cuanto más se afectaba la vida privada por causa del trabajo, más frecuencia existía de síntomas como: cefalea, cervicalgia, cansancio, anorexia, irritabilidad. También había problemas al haber un contacto continuo con enfermos e identificarse con ellos. Por parte de los médicos, los síntomas aparecían relacionados con el exceso de trabajo, las malas condiciones del mismo y la identificación con el enfermo.

En el 2000, se publicó una investigación realizada por Olkinuora y Cols. Ellos estudiaron a 2671 médicos de todas las especialidades. Los resultados indicaron una polarización entre especialidades, unas muy propensas al desgaste y otras muy poco. Entre las primeras figuraban las que trataban a los pacientes crónicos, incurables, o muy graves, como la oncología, la Psiquiatría y la Neurología.

Otra investigación fue llevada a cabo por Espinosa y Cols. (1994), en 49 oncólogos de las distintas provincias españolas. Los factores que más "quemaban" a la población eran: la desconfianza por parte del enfermo y de sus familiares, la sobrecarga asistencial y, sobre todo, problemas internos en el equipo de trabajo. En una escala de agotamiento del 1 al 5, la mitad de esos

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

profesionales señaló un valor de 2, aunque solo unos cuantos referían valores extremos. El 75% indicó que sentía satisfechas sus expectativas profesionales.

Con estas investigaciones se puede identificar que las causas y manifestaciones del síndrome del desgaste profesional son múltiples y en cada persona son distintas. Espinosa y Cols (1999), consideran que las causas del síndrome pueden ser las que aparecen en la tabla (4.4).

Tabla 4.4 Causas del síndrome de agotamiento profesional

- Personalidad previa.
- Dificultad para ejercer la profesión.
- Defectos en la formación universitaria. (Formación en cuidados paliativos y de soporte, información sobre problemas laborales, formación psicológica frente a las críticas y el estrés).
- Malas condiciones de trabajo: sistema sanitario y equipo.
- Desconfianza hacia el médico y las enfermeras y denuncias.
- Alta mortalidad de los pacientes.
- Información a pacientes con cáncer.

Anteriormente, se habría hablado sobre la dificultad de llegar a ser oncólogo, bajo las circunstancias expuestas en la tabla anterior, el ejercicio profesional resulta aún más difícil. No solo cuesta llegar a ejercer, sino peor aún, se llega a esta situación en malas condiciones psicológicas. Esto es explicado por Espinosa y Cols. (1999) de la siguiente manera: a lo largo de su formación el médico no es enseñado a afrontar todas las causas que pueden conducir al desencanto. En primer lugar, el médico es entrenado para curar, pero cuando se enfrenta a la realidad advierte que la mayoría de sus acciones se destinan a enfermos crónicos y /o incurables. La medicina paliativa merece por tanto, una atención especial en el pregrado. Además, los médicos residentes se forman en el ámbito hospitalario, donde practican una medicina de alto nivel (mayor tecnología y más investigación) y siempre bajo la supervisión y protección del personal de plantilla. Cuando esto se pierde, el médico no ejerce con el mismo entusiasmo su labor.

Bajo esta misma línea el mismo autor señala que las condiciones de trabajo distan mucho de ser las ideales. Pareciera que a los hospitales se les quiere manejar como una empresa cualquiera y los médicos no están preparados para que se les trate como peones en aras de la productividad. En este mismo sentido, el médico tiene que pelear muchas veces contra las deficiencias en el funcionamiento de su servicio: pruebas que se retrasan o que no llegan, listas de espera por falta de personal, ineficacia de otros miembros del personal y sobre todo la burocracia.

Por otro lado, las condiciones de trabajo pueden fallar no sólo por problemas del sistema, sino del equipo de trabajo. Pocos médicos ejercen solos, en oncología, al igual que en otras especialidades, se debe de contar con un gran equipo de trabajo (enfermeras, auxiliares, secretarias, etcétera); las relaciones humanas, por esta razón, pueden llegar a ser demasiado complicadas. Esta es, apunta el autor, una de las causas más importantes del síndrome del desgaste profesional.

De acuerdo con Gómez (1994), los pacientes con cáncer ofrecen pocas satisfacciones en cuanto a los resultados del tratamiento. En cualquier hospital, en el servicio de oncología figuran las tasas más altas de mortalidad. Desde el momento del diagnóstico, muchos de los enfermos presentan síntomas que no van a desaparecer a lo largo de su evolución. Por tanto, se trata de pacientes que pocas veces se encuentran completamente bien y que van a fallecer en un tiempo relativamente breve. No falta la interrogante de un amigo a los médicos, enfermeras y auxiliares de estos pacientes que le hace la pregunta: ¿Cómo puedes dedicarte a eso? O ¡ Vaya profesión que tienes! Al contemplar un panorama tan desalentador.

Otra de las causas que puede ocasionar estrés en el oncólogo es el momento en el que tiene que informar a los pacientes sobre su diagnóstico o pronóstico. Peteet y Cols. (1999) señalan: " Hemos de reconocer que los médicos no hemos sido entrenados para proporcionar malas noticias y tememos a las reacciones de miedo, ira o colapso mental que puedan sufrir los pacientes. Este es uno de los motivos de que, en general se informe poco al paciente con cáncer. Muchas veces el médico se ve envuelto en un espiral de mentiras con la complicidad de la familia y llega un momento en el que se ve acorralado ante las

preguntas del paciente, o simplemente ante su expresión, que indica que ya le ha perdido la confianza y sabe que se le está mintiendo. La preocupación por las malas noticias se acentúa cuando se ha establecido una relación de confianza y amistad o cariño entre el médico y el enfermo." (Pág. 234).

A este respecto Espinosa, Zamora, Ordoñez, Feliu y González (1999) aclaran que la ansiedad sufrida por el médico al tener que dar noticias graves no forma parte del síndrome del desgaste profesional (se trata de un fenómeno, que desaparece al terminar de informar) pero puede contribuir al mismo si ocurre repetidamente y no se aprende a manejar la situación. Con lo anterior se puede concluir que, el tipo de enfermedad que trata el médico, contribuye a deprimir al oncólogo o a otros médicos que atienden a pacientes oncológicos, quienes muchas veces tienen la impresión de que su trabajo sólo sirve para paliar temporalmente, pero no para curar. La sensación suele ser más intensa en los profesionales jóvenes, pero tiende a disminuir con el tiempo cuando se aprende a pensar poco en este aspecto.

Pueden existir muchas otras causas del desgaste profesional, pero son menos frecuentes y suelen depender de circunstancias más personales. De las encuestas se desprende que a todos los especialistas les gustaría disponer de más vacaciones. Algunos facultativos - especialmente en la práctica privada o en servicios que carecen de residentes - se encuentran realmente saturados de trabajo. Sin embargo, en muchos casos no es la falta de tiempo libre lo que contribuye al cansancio mental por el trabajo; más bien se trata de un efecto de que quien está a disgusto con el ejercicio de su profesión desea incrementar el ocio, como medida de evasión.

Hasta el momento, no se han encontrado síntomas característicos del síndrome de agotamiento profesional. Debido al amplio abanico de posibilidades, solo algunos se podrán encontrar en una persona determinada; dependerán de las características de la personalidad y del entorno. Para Whippen y Canellos (1994) los síntomas se dividen en tres grupos:

SÍNTOMAS EMOCIONALES: Son los más frecuentes y los que más fácilmente se relacionan con el agotamiento profesional, por ejemplo, sensación de desánimo y de aburrimiento o hastío, llegar a considerarse un burócrata (sólo estamos aquí para llenar papeles), pensar que sólo en otro sitio se estará bien.

ALTERACIONES FÍSICAS: estas son bastante sutiles, porque incluso el propio interesado no suele reconocer que los síntomas se relacionan con el desgaste profesional. Pueden padecer astenia crónica, cefalea, mialgias, insomnio, molestias gastrointestinales inespecíficas y muchos más. La somatización trae como consecuencia la baja laboral.

ALTERACIONES DEL COMPORTAMIENTO: así como los dos grupos mencionados en los dos grupos anteriores afectan sólo al individuo que los padece, en este apartado se incluyen síntomas que pueden traer consecuencias funestas tanto para aquél como para los que le rodean. Pueden mencionarse el alcoholismo o el consumo de otras drogas y las tendencias suicidas, así como el absentismo laboral, actitudes de cinismo o sarcasmo, irritabilidad. Quien primero sufre estas actitudes suele ser el enfermo, al percibir la empatía del médico, incluso con comentarios despectivos, inoportunos e impertinentes. Aunque no se le llegue a molestar al paciente, la falta de interés por el mismo se traduce en lo que se ha llamado una práctica de "mínimos de honestidad". Más tarde los propios compañeros padecen este tipo de comentarios o los problemas derivados del absentismo; recordemos que, en la práctica médica, el trabajo que no desempeña un individuo lo tiene que asumir otro componente del equipo. Con cierta frecuencia disminuye el tiempo dedicado al paciente para concentrarse en tareas distintas que se consideran más satisfactorias o enriquecedoras: la investigación, el arte y la literatura. Poco a poco el afectado se deslinda del equipo. En algunos casos se llega al abandono de la profesión. El médico "quemado", además acaba trasladando su problema al entorno familiar y a las amistades.

Dicho autor concluye diciendo, es importante considerar que el profesional agotado no es un ser atormentado y completamente aislado del mundo exterior. Ello solo ocurre en casos muy extremos. Basta tan solo con tomar uno o dos síntomas de los antes descritos, insertarlos en la personalidad propia de cada individuo y aparecerá el personaje "típico".

Conforme avanza el tiempo y si no se toman medidas para resolver el problema, se irán añadiendo síntomas nuevos o se acentuarán los previos. Se sabe hasta el momento, que no existe una fórmula mágica que solucione el problema. Como se mencionó anteriormente, uno de sus principales causas es el

mal funcionamiento del sistema sanitario y la solución del mismo - si es que existe - parece completamente ajena a la comunidad médica. Otras soluciones que ofrecen algunos oólogos como el incremento en el sueldo o la prolongación de las vacaciones, ofrecen pocas perspectivas de realizarse. Vistas así las cosas, se diría que el síndrome ha llegado a la medicina para quedarse. Sin embargo hay aspectos susceptibles de modificación. A título general se puede decir que la mejor manera de prevenir el síndrome es la educación. (Ídem. Pág. 1339).

Como se mencionó, la educación es el punto básico de la prevención. Ya se comentó además que en la Universidad existen lagunas educativas, de manera que el facultativo una vez dentro del ejercicio de medicina, no sabe como enfrentarse a los problemas. Gómez (1994) sugiere las siguientes alternativas de prevención:

- ◆ Desmitificar la omnipotencia del médico y su profesión, concepto que conservan muchos estudiantes. Se requiere un espíritu altruista para ejercer la medicina, pero esto no quiere decir que se tengan que solucionar todas las dolencias de la gente, porque esto es imposible. La cultura popular, la televisión y otros medios de comunicación, han difundido una imagen del facultativo que no se parece a la real, un personaje sabio, infalible, venerado y rodeado del personal más eficiente. Nada de esto existe. El ejercicio de la medicina no previene del contacto con los errores humanos; muy al contrario, el médico las encuentra casi a diario. Todo ello lo tiene que conocer el estudiante.
- ◆ Añadir a la asignatura de oncología en el pregrado, de modo que cualquier médico cuente con una mínima formación en oncología. Así se perdería el miedo injustificado al tratar a estos pacientes.
- ◆ Insistir en el tratamiento paliativo cuando se repasen todas las patologías, ya que el aspecto sintomático predomina en la medicina sobre el curativo. En otras palabras, el médico ha de saber que los tratamientos curativos fracasan muchas veces y debe conocer cómo hacerle frente a tal eventualidad.
- ◆ Organizar seminarios impartidos por médicos de distintas especialidades relacionadas con el enfermo neoplásico, para que ofrezcan su experiencia y hablen sobre los problemas más importantes

o agobiantes a los que se enfrentan cada día. Así se evitará la sorpresa de muchos médicos al comenzar a ejercer. (No me imaginaba que esto fuera así).

- ♦ Prestar especial atención al tema de la información, especialmente cuando se trata de asuntos graves o delicados. El médico debería estar psicológicamente preparado para enfrentarse a reacciones de ansiedad, depresión o agresividad por parte del enfermo o de sus familiares. Podría ser interesante hacer participar a estudiantes de arte dramático en esos papeles y simular las reacciones ya mencionadas para adquirir cierto hábito en la información.
- ♦ Ampliar la asignatura de medicina legal, normalmente centrada en los aspectos forenses. Debería incluir también información sobre las causas de denuncias o el modo de actuar de las mismas. Otros aspectos legales se refieren a la legislación laboral (despidos, indemnizaciones, huelgas) que si bien no se relacionan completamente con el tema que nos ocupa, sí puede jugar un papel fundamental en los casos particulares.
- ♦ Enseñar técnicas de relajación y fomentar la autocrítica.

Como vemos, es importante que el médico oncólogo cuente con información sobre aspectos psicológicos y sociales de su labor. Hoy en día, dentro de los hospitales se están dando más oportunidades a los psicólogos para que desarrollen su trabajo no solo con el paciente, sino también con el equipo médico.

La propuesta de esta investigación, es profundizar en el conocimiento de los aspectos que se encuentran alrededor del trabajo del oncólogo para comprender las repercusiones en el manejo de la paciente mastectomizada.

CONCLUSIONES

Con base en la bibliografía revisada, se puede establecer que en el área de Oncología, el trabajo del Psicólogo se ha venido desarrollando de acuerdo a las necesidades que los pacientes plantean como prioridad y en función del diagnóstico, pronóstico, tratamiento o rehabilitación del enfermo neoplásico. No obstante, de acuerdo con la definición de Matarazzo (1982) en donde se especifica que: el Psicólogo de la Salud puede ser agente de cambio en el análisis y mejora de los sistemas sanitarios y de su política en general; el presente trabajo plantea que, el Psicólogo puede incidir en el ambiente hospitalario y ampliar su campo de acción hacia el equipo médico y hacia el análisis del sistema institucional, además de realizar su trabajo con los pacientes.

Dado que todo sistema de atención a la salud debe afrontar con carácter de prioritario los problemas de salud pública, resulta necesario que las Escuelas, Facultades y Hospitales de nuestro país se comprometan a preparar Médicos Generales y Especialistas competentes, capacitados para desarrollar las actividades múltiples y complejas que constituyen los programas de lucha contra la enfermedad.

Las enfermedades crónicas no transmisibles se han convertido médicamente en un gran problema de salud, al ocupar las primeras causas de muerte; sin embargo, de ellas la más difícil de controlar es el cáncer, en primer lugar, por constituir un grupo de más de 200 enfermedades, y en segundo lugar porque su etiología, topografía, historia natural, evolución y pronóstico están relacionados con diversos factores de riesgo que involucran la conducta humana. Por esta razón se puede establecer que el cáncer está condicionado social y culturalmente, lo que ha dificultado el éxito en las propuestas de diversos tratamientos médicos.

Se espera por tanto, que los egresados de la especialidad de Oncología cumplan con su cometido de erradicar la enfermedad cancerígena, y para ello el Oncólogo debe estar capacitado para diagnosticar y participar en el tratamiento integral de una amplia gama de padecimientos cuyo sitio de origen puede ser cualquier órgano o tejido del cuerpo humano.

De acuerdo con lo referido en el Capítulo 2, en donde se especifica que el cáncer es la 2da. causa de muerte en nuestro país, siendo el cáncer cervicouterino y el cáncer de mama los de mayor incidencia; se establece que el compromiso de las Instituciones Hospitalarias, es el de disminuir cuanto antes dicha incidencia. La mejor forma es llevar a cabo permanentemente programas educativos y de diagnóstico oportuno de la enfermedad, basados en un claro conocimiento de su epidemiología. Para cumplir con esta labor, el Oncólogo debe estar preparado para cumplir su función social de educador y promotor del diagnóstico oportuno del cáncer.

Actualmente, se sabe que el trabajo del equipo médico, específicamente el que se enfrenta al dolor, sufrimiento o mutilación de los pacientes (como es el caso del servicio de Oncología), debe ser humano (considerando todo aquello que constituye la esencia de la naturaleza del hombre), con vocación de servicio y cuidando los valores personales de cada uno de sus pacientes. Al Médico Oncólogo, se le demanda una atención de excelente calidad, en donde no se pierda la conceptualización del paciente como un ser biológico, psicológico y social. Sin embargo, su formación profesional y académica no abarca equitativamente dichos componentes. Ejemplo de ello son los datos establecidos en el Plan Curricular de la Especialidad de Oncología, en donde se le asigna únicamente el 0.6 % de importancia a la relación médico - paciente y el 99.4 % restante a la información médica, relacionada con anatomía descriptiva, embriología, fisiopatología, patología general, bioquímica clínica, medicina interna aplicado todo ello a dicha especialidad . (Ver anexo 1).

La repercusión, de que en el plan curricular de Oncología se le dé un valor mínimo a un aspecto fundamental a la interacción humana, entre el médico y su paciente, da lugar a críticas en donde se manifiesta qué tan capacitado está el Oncólogo para atender de forma integral al paciente con cáncer, específicamente a la paciente con cáncer de mama. Es decir, con cuántos elementos no clínicos, no científicos sino más bien humanos cuanta el Oncólogo para poder establecer dicha relación interpersonal. Ante tales cuestionamientos, que definitivamente no son novedosos, las Instituciones Sanitarias, las Escuelas y Facultades encargadas de la formación de sus egresados han dejado en claro, que lo primordial en la práctica, es que el Oncólogo, el Médico General entre otros

muchos profesionales de la salud, aborden con carácter de prioridad el aspecto físico de la enfermedad y solo secundariamente a los de la persona. Que se vea en el enfermo un producto en quien se debe de invertir fuerza de trabajo, tiempo y dinero. Y que por tanto, no se le preste atención a las condiciones sociales y las conductas de salud en las personas.

A pesar de ello, en México el progreso de la Oncología en los últimos treinta años en el tratamiento médico de las pacientes con cáncer de mama se ha ido ampliando y perfeccionando. Sin embargo, aún existen dificultades en cuanto al manejo de la paciente como un ser integral.

Con relación al diagnóstico, al Oncólogo se le debe de especificar durante su Formación Académica que la omisión de una parte de la información necesaria para la paciente con cáncer de mama, es un factor que a menudo representa una dificultad existente en la relación médico - paciente. La no comunicación explícita del diagnóstico del cáncer, priva a la paciente de ejercer plena autonomía en la toma de decisiones presentes y futuras relacionadas con su enfermedad. Si esta situación es ignorada por el Oncólogo, se evidenciará que para el médico la opinión, sentimiento o emoción de su paciente no ocupa una prioridad, ya que se viola el consentimiento de la paciente para la toma de decisiones.

A este respecto, se considera que el uso de la información es uno de los retos para el Oncólogo más importante al brindar la atención necesaria a la paciente con cáncer de mama, en este sentido, lo que importa no es llevar la información hacia dos polos opuestos: uno que apoye la idea de decir toda la información y otro que por el contrario, no diga nada. Lo importante es informar a la enferma lo que ella quiera y deba saber y en el momento que quiera o sea necesario que lo sepa.

Es importante mencionar que las pacientes son tratadas por un equipo multidisciplinario y por ello, todas las decisiones deben ser tomadas en equipo, para evitar así la distorsión de la información.

Es necesario que el equipo médico fomente la prevención del cáncer de mama, dando a la población pleno derecho al disfrute de la salud y los conocimientos necesarios para fortalecer el cambio de conductas, valores y creencias con relación al cáncer de mama. Los Oncólogos, Psicólogos, Médicos Generales, Enfermeros y Trabajadores Sociales, son las principales

personalidades para darle a la población femenina armas para la prevención y diagnóstico temprano de esta enfermedad, lo que favorecerá la participación activa de los pacientes en todo el proceso de salud - enfermedad, cumpliéndose así los principios de la Psicología de la Salud.

Estas reflexiones apuntan al aspecto de que la paciente debe manifestar su autonomía sin necesidad de ocasionar en ella sufrimientos innecesarios al dar información que la enferma no desea saber y que le ocasione preocupaciones y temores por no tener las armas necesarias para la toma de decisiones futuras.

Como se mencionó en el Capítulo 3, los procedimientos terapéuticos y la decisión de aplicar un tratamiento específico, constituye uno de los momentos más importantes para la paciente, la familia y el equipo de salud. La selección adecuada de los tratamientos depende de la evaluación integral que el Oncólogo haga, incluyendo algunos indicadores importantes en Oncología como la utilización correcta de TNM y del estadiamiento.

Es necesario hacer un análisis conjunto entre médico y paciente acerca de las principales armas terapéuticas en Oncología, revelando así las características específicas de los tratamientos; y poniéndose de manifiesto la alta toxicidad y la agresividad de estos. De esta manera, la paciente puede manifestar su voluntad y consentimiento para ejercer su autonomía respecto a su estado de salud. Si médico y paciente exploran todas las posibilidades terapéuticas de que se dispone, se verá si realmente la mastectomía es la mejor forma de erradicar la enfermedad, y de ser así, el planteamiento de dichas posibilidades favorecerá la adherencia terapéutica.

Con relación a la mastectomía, es necesario que el Oncólogo durante su formación académica aprenda a exponer a la paciente las posibles limitaciones físicas y estéticas que pueda derivarse del acto quirúrgico u otro procedimiento antes de ser sometida a esta.

Es importante considerar que si el médico se toma el tiempo suficiente para darle la información necesaria a la paciente, no cumple tan solo con buscar su cooperación, sino con permitirle la posibilidad de decidir sobre las alternativas posibles.

En las instituciones responsables de formar a los Médicos Oncólogos, se debe de enfatizar dentro del Programa de Formación Académica, módulos y

asignaturas que hagan reflexionar al estudiante sobre la importancia de mantener una comunicación y un diálogo tan abierto como sea posible con los enfermos y sus familias y además con todos sus colegas y profesionales relacionados con el cuidado de la paciente con cáncer de mama.

Durante su formación profesional, el Oncólogo debe de aprender que es necesario estar dispuesto a negociar con su paciente las alternativas terapéuticas. Al Oncólogo se le debe de dar la oportunidad para que cuente con habilidades de comunicación interpersonal, y más adelante los ponga en uso con sus pacientes, respetando sus puntos de vista y aceptar a las pacientes como colaboradoras en la difícil tarea de buscar alivio y curación. Se debe de abogar para que en las Instituciones de Salud exista una comunicación entre humanos, permeada de empatía y de la transmisión honesta de un mensaje, en el que se manifieste que la paciente no va a estar sola en la lucha contra el cáncer.

Por otro lado, si el Psicólogo aporta sus conocimientos, y da testimonio de su experiencia con las pacientes mastectomizadas, se podrá incrementar la posibilidad de que el Oncólogo deje de ver en las pacientes su carga de trabajo y vea en ellas a personas confiables, que se adhieren al tratamiento médico con constancia y responsabilidad. Identificar en ellas cualidades que pueden posibilitar la capacidad de conocerse y aceptarse a sí mismas hará que vean en el Oncólogo un verdadero colaborador y no un ser insensible de su enfermedad.

La paciente mastectomizada que frecuentemente tiende a perder el sentido por la vida es, como todos los seres humanos, un ser que ha vivido en función de valores externos y de opiniones ajenas. Por ello el equipo médico tiene la difícil labor de transmitirle la necesidad de ocuparse de su propio desarrollo, de seguir su propio camino. Es necesario recordarle a la paciente que la vida no es estática, sino que es un proceso dinámico de continua búsqueda y de crecimiento.

Finalmente hay que proteger a la paciente de la soledad. La enfermedad y el dolor tienden a aislarla. Los eventos externos que la sostenían antes de la enfermedad (prestigio, posición social, realización ocupacional, vida sexual) desaparecen cuando se enferma. El equipo médico debe ayudarle a la paciente a encontrar sus recursos personales para que se le facilite el afrontamiento a la enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

- Agnetti, Bartato y Young (1993). Informed consent for investigational chemotherapy *Oncology*. 2; 849 - 855.
- Andreu y García (1988) *Reacciones Emocionales en las Pacientes con cáncer de mama*. Análisis y modificación de conducta. 39, 93 - 116.
- Aréchiga, H. (1994) *Hacia una nueva síntesis en las ciencias médicas*. Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM. Vol. 37 No. 2
- Aronson, T, Spigel S. (1998) *Health Psychology's contribution to adressing the cancer problem*. *Health Psychology*. 8: 683 - 703.
- Avia, M. D (1993) *Hipocondria*. Ed. Martínez Roca. España.
- Ballester, A.R (1997) *Introducción a la Psicología de la Salud. Aspectos Conceptuales*. Colección Universitaria. Ed. Promolibro. Valencia.
- Ballester, A. R (1990) *Aspectos Conceptuales sobre la conducta de enfermedad*. Tesis de Licenciatura. Universidad de Valencia.
- Barriga, T; Fernández, R; León, P y Martínez, F. (1988) *Elementos de la Psicología Social en la promoción de la Salud*. *Revista de Psicología de la Salud*. 1; 3 - 20.
- Barreto, F; Capafons G e Ibañez R (1990) *Depresión y cáncer o adaptación y cáncer*. *Psicología de la Salud y Estilos de Vida*. Ed. Promolibro. Valencia.
- Barry y Khon. (1994). *Afecciones de la Glándula Mamaria* *Técnicas de Quirófano*. Ed. Panamericana. Mc.Graw - Hill. México.
- Bayés, R. (1985) *Psicología Oncológica*. Ed. Martínez Roca. Barcelona.
- Bayés, R. (1995) *Estrés y Comunicación del Diagnóstico de Cáncer*. *Modificación de Conducta y Psicología de la Salud*. 7: 89 - 92.
- Bazán, G. (1997) *Los efectos del stress en el equipo médico*. UNAM. Material Inédito.
- Beneit, P. (1991) *Aspectos psicológicos del Cáncer*. *Psicología de la Salud*. Ed. Manual Moderno. México.
- Beneit, P. (1995) *Psicología de la Salud*. Ed. Manual Moderno. México.
- Berry G y Kohn. T. (1994) *Manual de Técnicas de Quirófano*. Ed. Interamericana. México.

- Berry G y Kohn. T. (1996) Técnicas de Quirófano. Ed. Interamericana. México.
- Boletín del Información Estadística. INEGI (1998).
- Borda, M (1996) Terapia de Conducta: Medicina Comportamental. Proyecto docente. Sevilla: Universidad de Sevilla.
- Bostwick, J. (1989) *Breast reconstruction*. Cancer. Journal Clinic. 39 (1) 49.
- Botella, C. (1996) Introducción a los tratamientos psicológicos. Ed. Promolibro. Sevilla España.
- Botella, C; Ibañez, F; y Martínez G. (1987) Psicología y Medicina. Ed. Promolibro. Valencia.
- Cassileth, S (1990) *Reactions to the Radiation Therapy*. Cancer. 28 A (10) 1748 - 1752.
- Classen, P; Koopman, S; Agell R y Spiegel S. (1996) *Psychologic Adaptation to Breast cancer*. Cáncer. 46, 1045 - 1052.
- Clifford, T (1991) *Psychological effects of the mastectomy experience*. Journal Clinic. 45 (2) 60 - 63.
- Clifford, T (1992) *Cancer recurrence: Personal meaning, communication, and marital adjustment*. Cancer Nours. 7 491 - 498.
- Colette P (1994) *Couples' reactions and adjustment to mastectomy*. Journal Psychiatric 14 (3) 265 - 276.
- Costa, R y López H (1986) Educación sanitaria de Pacientes: el autocuidado. Ed. Jano. Argentina.
- Cott, A. (1986) *The disease - illness distinction: a model for effective and practical integration of behavioral and medical sciences*. Illness behavior. 8; 48 - 50.
- Chacón, Romero, Grau, Camacho y Rodríguez. (1996) *Reflexiones en torno a los problemas éticos y bioéticos en el cuidado del paciente con cáncer en cuba*. Revista Cubana de Oncología. 12 (1) 7 - 15
- Daniel, R y Maxwell G. (1992) *Breast reconstruction following mastectomy*. Advance Surgery 16; 49 - 73.
- De la Fuente R. (1997) Diseño del Plan Único del Plan de Estudios. Revista de la Facultad de Medicina. UNAM. Vol. 36. No. 4 Oct - Dic.

Dean C. (1993) *Effects of immediate breast reconstruction on psychosocial morbidity after mastectomy*. Lancet. 1; 459 - 462.

Diccionario de Términos Médicos. (1994) Ed. Nueva Era. México.

Díaz P. (1992) Oncología. Especialidades de México. Ed. Paidós. México.

Engel, P. (1997). *The clinical application of the bio psychosocial model*. American Journal of Psychiatry, 137, 535 - 544

Espinosa, T (1999) *Causas del Agotamiento Profesional* Editorial. Panamericana. México.

Espinosa, Zamora y Ordoñez (1993) El Síndrome del Agotamiento Profesional. Ed. Panamericana. Madrid España.

Estapé, S. (1995) *Procesos Psicológicos y cáncer*. Tratado de Medicina paliativa y Tratamiento de Soporte al enfermo con cáncer. Ed. Médico Panamericana. España.

Feather S; Wainstock, W. (1994) *Differences in crisis reactions among cancer and surgery patients*. Consulta Psicológica. 50. 381 - 388.

Fernández, T; Díaz, R; Izal, P y Hernández J. (1987). *Training of conversational skills with institutionalized elderly: a preliminary study*. Health Psychology. 66. 923 - 926.

Filiberti, F (1996) *Psychologic effects and esthetic results of breast reconstruction after mastectomy*. Tumors. 72: 585 - 588.

Font. S. (1988) *El Coping como variable psicológica relevante en Oncología*. Modificación de Conducta. 3 : 78 - 80 Valencia España.

Gervás, L (1999). *Tratamiento de la enfermedad de Tomás*. Ed. Medica Clínica. Barcelona.

Goldsmith, P y Alday, T (1991) *Mastectomy versus conservative surgery and radiation therapy: Psychosocial consequences*. Cáncer. 75 1221 - 1228.

Hernández, A (1996) *El Oncólogo*. Revista de Sanidad Militar de México. 50 (1) Enero - Febrero.

Holland, R. (1989) Cáncer. Ed. Prentice Hall. México.

Holland, R. (1993) Cancer Medicine. Ed. Lea & Febiger

Holland, R y Frei, M (1993) Principios de Psico - Oncología. Ed. Lea&Febiger London. Vol 1.

Horwitz, M (1976) Aspectos Psicológicos del cáncer. Ed. Nueva Era. México.

Ibañez, T. (1992) *La información como estrategia de domicilio del estrés en el pacientes aquejados de cáncer.* Boletín de Psicología, 21, 27 - 50.

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2000) Programa Académico para el curso de la Especialidad en Oncología. Boletín Informativo.

Instituto Nacional de Cancerología. (2000) Programa Operativo de la Especialidad de oncología.

Jhonson, R; Wagner T; Rueger, O (1993) *Professional burnout among head and neck surgeons results of a survey.* Head and Neck, 15, 557 - 560.

Kimely, S; Haberman, M.R; Woods, N.F y Packard N.J (1997) *Demands of chronic illness: Reliability and validity assessment of a demands of illness inventory Holist.* Nurs Practice, 5 (1) 25 - 35.

Kincaid, Z. (1994) *Breast Reconstruction: A review* Ann. Plastic. Surgery, 12 431 - 448.

Krantz, T; Grumberg D y Baum, G. (1985) *Health Psychology.* Annual Review of Psychology, 36, 349 - 383.

Krohn, P. (1992) *Subjetive stress of adjuvant chemotherapy in breas cancer patients.* Geburtshhilfe Frauenheikd, 4; 23 - 29. Alemania.

La Torre P. (1996) Psicología de la Salud Introducción y Conceptos. Ed. Manual Moderno México.

La Torre, P. Y Beneit, L. (1996). El Paciente con cáncer. Ed. Manual Moderno.

Lamszus (1998) How do patients experience radiotherapy. Oncology, 170 (3) 162 - 168.

Langer, S. (1997) Cancer de Mama. Ed. Panamericana. México.

Langer, T. (1994) *The effect of experience on radiation therapy patents desire for information.* Radiation Oncology, 8 (4) 238 - 241.

Leventhal, H; Pronska, T.R y Hirschman, R. S (1995). *Preventive Health behavior across the life - span.* Psychology, 3 (1), 89 - 95.

Long, B. (1992) *Paciente con Problemas de Mama. Enfermería médico - quirúrgica.* Ed. Interamericana. McGraw Hill. Vol. II

Luce, E. (1993) *Breast Reconstruction after mastectomy.* Medical Journal, 76 (2) 190 - 193

Luckman J; Sorensen K.C (1992) Medical - Surgical Nursing: A Psychophysiologic Approach. Ed. Sanders. Estados Unidos.

Luna F (1999) *El Egresado de Medicina y el Médico que el país necesita*. Revista de la Facultad de Medicina. UNAM. Vol. 37 No. 2

Maes y Van Veldhoven (1990) *From Health behaviour to health behaviour change*. Behavioral Medicine. 3. 33- 47.

Mardarás, P.E (1990). Psicoprofilaxis Quirúrgica.Preparación psicológica para las intervenciones quirúrgicas. Ed. Ediciones Rol Barcelona.

Margolis, T. (1990) *Depression after surgery breast cancer*. Psychotherapy 51. 175 - 179.

Margolis, R y Goodman F. (1993) *the experience of cancer during and advanced stages: The views of patients and their mates*. Sociedad de Psicología Médica. 18 605- 613.

Maried, T. (1990) Estrés. Ed. Promolibro. España.

Martinez, M. P (1997) *Nuevas aproximaciones cognitivas a la conceptualización y al tratamiento de la hipocondría*. Tesis Doctoral. Universidad de Venecia.

Maslach, C (1992) *Understanding burnout*. Sage Publications.Londres.

Matarazzo, J.D. (1984) *Health Psychology*. Ed. Panamericana. México.

Matarazzo, J.D (1986) *Behavioral health and behavioral medicine*. American Psychologist , 35, 807 - 817.

Osorio, M (1997) *Programa de Afrontamiento para pacientes pediátricos con leucemia: La perspectiva de la Psicología de la Salud*. Tesis de Maestría UNAM Campus Iztacala.

Olkinuora M. (2000) *Stress symptoms, burnout and suicidal thoughts in Finnish physicians*. Soc. Psychiatry 25: 81 - 86.

Peiró y Zurriaga N. (1985) *Role ambiguity and occupational stress in hospital in Spain*. American Psychologist. 34: 67 - 69.

Penman, B. (1998) *Informed consent for investigational chemotherapy: Patient's and physicians perceptions*. Clinica Oncologica. 2: 849 - 855.

Peterson, T (1987) *Modificación de Conducta*. Ed. Eudema. Madrid.

Polivy, Z. (1997) *the role of support in relation to recovery from breast surgery*. Sociedad de Psicología Médica. 16,91 - 98

Quijano (2000) *La práctica de la Medicina como trabajo*. Revista de la Facultad de Medicina UNAM Vol43 No. 3 Mayo - Junio.

- Reaby, L y Horth, L (1995) *Postmastectomy attitude in women who wear external breast prostheses compared to those who have undergone breast reconstructions.* Journal of Behavioral Medicine. Vol. 18 No. 1. P.p 79 - 82.
- Renneker, R y Culter, M. (1992) *Psychological problems of adjustment to cancer of breast.* JAMA. 48 (10) 833 - 839.
- Rosser, P. (1991) *Breast Cancer. Varied perceptions of social support in the illness experience.* Sociedad de Psicología Médica. 16: 483 - 471.
- Sanz, O. (1989). El Oncólogo. Ed. McGraw Hill. México.
- Schain, W. S (1992) *Update on the psychosocial issues of breast cancer treatments.* Breast Cancer. 23 : 361 - 3372.
- Schain, W. S (1998) *The sooner the better: A study of psychological factors in women undergoing immediate versus delayed breast reconstructions.* American Journal Psychiatric. 142 (1) 40 - 47.
- Schover (1991) *Breast Cancer: Demands of illness* Oncology Nurs. Forum. 18 (1) 75 - 80.
- Small, E. C. (1993) *Psychological issues in breast disease.* Clinic Obstetric Gynecology. 25: 447 - 454.
- Smith M.J. (1997). Psychooncology 3 (4) 289- 298.
- Stevens, L (1994) *The psychological impact of immediate breast reconstructions for women with early breast cancer.* Plastic Reconstruction Surgery. 73 (4) 619 - 628.
- Ullrich y Fitzgerald (1998) *Stress experienced by physicians and nurses in cancer ward.* Soc. Sci. Med. 31: 1013 - 1022.
- Valdés, M y Flores, M (1985) *Psicología del estrés.* Barcelona: Martínez - Roca. España.
- Valdés, M y Flores, M (1987) *Behavior Type A .* Stress Medicine. 3 - 135 - 140.
- Varela R. (1999) *La Motivación en la Enseñanza de la Medicina* Revista de la Facultad de Medicina. Vol 42 Mayo - Junio.
- Walsh, K. (1991) *Breast reconstruction using the latissimus dorsi flap.* Plastic - Surgery Nursing. 11 (2) 43 - 51.

ANEXO 1

T A B L A I I

CURSO DE ESPECIALIZACION EN ONCOLOGIA MEDICA Y RADIO-ONCOLOGIA
DISTRIBUCION DE LAS UNIDADES DIDACTICA

UNIDADES DIDACTICAS	DURACION HORAS	%
Relación Médico Paciente (Adulto y niño)	1	0.6
Patología Oncológica	4	2.4
Biología y Fisiopatología de los tumores	6	3.6
Relaciones Huésped-Tumor y Bases de Diagnóstico y Tratamiento	8	4.8
HISTORIA NATURAL DE LAS NEOPLASIAS MALIGNAS:		
Diagnóstico de Enfermedades Neoplásicas	30	18.0
Terapéutica de Enfermedades Neoplásicas	15	9.0
NEOPLASIAS DE:		
Cabeza y Cuello I	12	7.2
Piel y Anexos I	4	2.4
Aparato Digestivo I	9	5.4
Aparato Respiratorio y Mediastino I	6	3.6
Aparato Reproductor Femenino I	15	9.0
Aparato Genito-Urinario I	10	6.0
Sistema Nervioso I	3	1.8
Sistema Linfohematopoyético I	15	9.0
Aparato Musculo Esquelético y Partes Blandas	9	5.4
Mama I	15	9.0
Sistema Endocrino I	4	2.4
TOTAL	166	99.6

T A B L A I I I

CURSO DE ESPECIALIZACION EN ONCOLOGIA MEDICA Y RADIO-ONCOLOGIA
DISTRIBUCION DE LAS UNIDADES DIDACTICAS

CICLO III

UNIDAD DIDACTICA	DURACION HORAS	%
NEOPLASIAS DE:		
Cabeza y Cuello II	8	3.7
Piel y Anexos II	3	1.4
Aparato Digestivo II	9	4.2
Aparato Respiratorio y Mediastino II	6	2.8
Aparato Reproductor Femenino II	15	7.0
Aparato Genito-urinario II	15	7.0
Sistema Nervioso II	3	1.4
Sistema Linfohematopoyético II	15	7.0
Aparato Musculo esquelético y partes blandas II	9	4.2
Mama II	15	7.0
Sistema Endocrino II	9	4.2
Emergencias Oncológicas	10	4.7
Complicaciones de los tratamientos anti-neoplásicos	10	4.7
Neoplasias en Pediatría	12	5.6
Radio-Biología	10	4.7
Radio-Tratamiento	10	4.7
Localización y simulación	30	14.1
Matemáticas	20	9.4
TOTAL	212	99.2

CURSO DE ESPECIALIZACION EN ONCOLOGIA MEDICA Y RADIO-ONCOLOGIA
DISTRIBUCION DE LAS UNIDADES DIDACTICAS

CICLO IV

UNIDADES DIDACTICAS	DURACION HORAS	%
NEOPLASIAS DE:		
Cabeza y Cuello III	8	4.9
Piel y Anexos III	3	1.8
Aparato Respiratorio y Mediastino III	6	3.8
Aparato Digestivo III	4	2.4
Aparato Reprodutor Femenino III	15	9.2
Aparato Genito Urinario III	15	9.2
Sistema Nervioso III	6	3.8
Sistema Linfohematopoyético III	15	9.2
Aparato Musculo Esquelético y Partes Blandas III	9	5.6
Mama III	8	4.9
Sistema Endocrino III	9	5.6
Trasplante de Médula Ósea	9	5.6
Radio-Oncología	10	6.2
Introducción a la Didáctica	9	5.6
Investigación Bibliográfica	3	3.0
Administración de la Atención Médica	5	3.0
Redacción de Trabajos de Investigación	6	3.8
Seminario de Tesis	20	12.3
TOTAL	162	99.9

PROGRAMA ACADÉMICO
ONCOLOGIA MEDICA Y RADIO-ONCOLOGIA

AREA TECNICO MEDICA
 MODULO ONCOLOGIA SOCIAL

COGNOSCITIVOS	OBJETIVOS INTERMEDIOS	
	PSICOMOTORES	APECTIVOS
Comprender el impacto económico y social del cáncer sobre la familia y la comunidad.	Diseñar un instrumento para el análisis de costos de la atención de pacientes con etapas tempranas de cáncer y parturitos con etapas avanzadas.	Adequar su actitud en base al contexto socio-cultural del paciente y su familia.
2.	Entrevistar a la familia para averiguar los problemas familiares y el grado de desintegración familiar derivado de la enfermedad de un miembro de la familia.	<p>Apreciar su función como guía y asesor de la familia ante los problemas de salud.</p> <p>En su trato con el paciente y su familia actuará manifestando su comprensión apoyo y simpatía.</p>

GLOSARIO

GLOSARIO DE TÉRMINOS MÉDICOS**A**

Abducción: Movimiento por el cual se separa una parte del cuerpo de su eje; acto de volver hacia fuera.

Adenocarcinoma: Neoplasia maligna de origen glandular.

Adenopatías: Vocablo utilizado normalmente para definir la enfermedad de los ganglios linfáticos.

Afección: Enfermedad, padecimiento.

Alopecia: Pérdida o caída del pelo.

Alteración morfológica: malformación.

Ambulatorio: Dicese de aquellas enfermedades o tratamientos que no obligan al encamamiento del paciente.

Anatomopatológico: Alteraciones macro y microscópicas de los órganos y tejidos enfermos.

Anestesia general: Pérdida total de sensibilidad, con pérdida de consciencia, introducida por la administración de fármacos o anestésicos, para hacer posible la ejecución de intervenciones quirúrgicas.

Anestesia local: Bloqueo reversible de la conducción nerviosa de los impulsos en todos los tejidos nerviosos de una zona con recuperación completa de la función psicológica del nervio.

Anorexia: Pérdida de apetito.

Anormalidad: Irregularidad, estado contrario al orden natural, fuera de lo normal.

Areola: Zona circular pigmentada que rodea al pezón en la glándula mamaria.

Asimetría: Falta de similitud de los órganos o partes de cada lado.

Aspecto lactescente: Apariencia lechosa.

Astenia: Estado morbozo caracterizado por depresión manifiesta, irritabilidad y fatiga fácil y desproporcionada, tanto psicológica como muscular.

Axila: Región anatómica, de forma piramidal, formada por la unión de diferentes extremos del tórax, hombro y brazo.

B

Benigno: Término aplicado a la alteración de un órgano, aparato, sistema o enfermedad, capaces de alterar el funcionamiento normal pero sin poner en peligro el organismo.

Biopsia: Extracción de una muestra de tejidos de un organismo vivo para ser sometido a estudio microscópico con finalidad diagnóstica.

Borde: Margen o límite de algo.

C

Cáncer: Proceso caracterizado por el crecimiento celular excesivo que progresa sin atención a los tejidos de alrededor ni a los requerimientos del individuo como un todo y es independiente de los factores que contribuyen a la proliferación de las células.

Cancerígeno: Que produce la información de un cáncer.

Cancerofobia: Temor a padecer el cáncer.

Carcinoma: Aplicase al tumor o neoplasia originada en células epiteliales.

Catéter: Cánula flexible utilizado con fines diagnósticos.

Cateterización o Cateterismo: Maniobra de inducción de un catéter en una cavidad o conducto del organismo con finalidad terapéutica o diagnóstica.

Célula: Unidad organizada más pequeña de material vivo capaz de existir independientemente en un medio inherente adecuado, reemplazando su propia sustancia, a medida que resulta necesario, gracias a la absorción de elementos nutritivos que consigue del medio ambiente. La célula es la unidad más pequeña de material vivo capaz de reproducirse conservando sus características. Se halla constituida por un núcleo, con membrana propia, rodeada de una masa de protoplasma y queda limitada por la membrana celular.

Cerebro: Porción principal del encéfalo que ocupa la mayor parte de la cavidad craneal. Una hendidura longitudinal lo divide en dos hemisferios, que contienen un ventrículo lateral. La sustancia interna es blanca, la externa es gris.

Ciclo menstrual: Serie de cambios que tienen lugar en los órganos reproductores femeninos; el ovario, el útero y otros órganos sexuales accesorios.

Citología: Aplicase al tumor o neoplasia originada en células epiteliales.

Conductos galactoforos: Cada uno de los conductos de la glándula mamaria, que transportando la leche, desemboca en la punta del pezón.

Congestión venosa: Se produce por una acumulación de sangre al no poder drenarse esta con la velocidad normal.

Contorno: Conjunto de líneas que delimitan una figura o composición. Alrededor.

Costal: Relativo o perteneciente a las costillas.

Costillas: Los 16 pares de huesos que articulan las doce vértebras dorsales por atrás y forman las paredes del tórax.

Cutáneo: Relativo a la piel.

D

Debilidad: Disminución o pérdida de la fuerza.

Deformidad: Alteración morfológica de uno o varios órganos por trastornos en su desarrollo, traumatismos, enfermedades carenciales o inflamatorias y trastornos funcionales.

Densidad: Relación entre la masa y el volumen de un cuerpo.

Derrame: Exceso o acumulación de un líquido en una cavidad natural.

Desarrollo mamario: Proceso de transformación de la mama hasta alcanzar su madurez.

Detección: Poner de manifiesto, por medio de métodos físicos o químicos, lo que no puede ser observado directamente.

Diarrea: Deposición cuyo peso medio diario excede los 200 g. de heces y que contiene de un 60 a 95% de agua. Se habla de diarrea cuando aparecen más de 2 deposiciones diarias, excediendo los 200 g. de heces por día.

Difusión: Propiedad de ciertas moléculas disueltas por las que tienden a repartirse uniformemente por todo el volumen del disolvente. El fenómeno se debe al constante movimiento en que se hallan todas las moléculas disueltas y la velocidad de difusión es inversamente proporcional a su tamaño.

E

Edema: Aumento en el componente extravascular del líquido extracelular, el cual puede aumentar, en varios litros antes de que la anomalía sea reconocida.

Embolismo: Oclusión parcial o completa de un vaso por émbolo. Según su lugar de origen puede obstruir a cualquier nivel el sistema cardiovascular.

Endocrino: Que secreta internamente; dicese de una glándula cuyas secreciones se vierten en la sangre o la linfa. Perteneciente o relativo a cualquier secreción interna.

Enfermedad: Alteración en el normal estado fisiológico de alguna parte del organismo o de su totalidad; de etiología no siempre conocida se manifiesta por un conjunto de síntomas y signos característicos siendo su evolución más o menos previsible.

Epitelio: Capa celular que recubre las superficies internas y externas del cuerpo.

Estomatitis: Inflamación de la mucosa de la boca.

Estrenos: Término genérico utilizado para designar las hormonas sexuales femeninas. Son esteroides derivados que tienen como precursores inmediatos en ovario, testículo, placenta, corteza suprarrenal y tejidos periféricos.

Evolución: Acción y efecto de evolucionar, desarrollo, transformación. Desarrollo gradual de un órgano u organismo. Aplícase a las diferentes fases que se observan durante una determinada enfermedad.

Exploración: Cualquier examen ocular, digital, quirúrgico, biópsico o instrumental, practicado en el cuerpo de un paciente con fines diagnósticos.

Extirpación: Resección completa de una porción u órgano.

F

Frotis: extensión.

G

Ganglio: Engrosamiento de estructura, forma y tamaño variable, localizado en el trayecto de un nervio o vaso linfático.

Ganglio axilar: Cada uno de los ganglios del paquete linfático de la axila. En el lado izquierdo parten 3 o 4 troncos hacia el conducto torácico y en el derecho forma la gran vena linfática derecha.

Ganglio linfático: Aplícase a grandes cúmulos de tejido linfático situados en el curso de los vasos linfáticos y organizados como órganos linfáticos definidos. Son cuerpos reniformes con una depresión en uno de los lados y el hilo por el cual entran y salen los vasos sanguíneos.

Gene: Unidad hereditaria que ocupa un locus en el cromosoma y es capaz de reproducirse a sí mismo en cada división celular. Se halla formado por una molécula de ADN que especifica una cadena polipeptídica completa.

Glándula: Organismo cuyas células se diferencian para secretar sustancias específicas con funciones fisiológicas o productos de deshecho.

Glándula mamaria: se encuentra en el interior de la mama, tiene la forma de un disco aplanado, cuya superficie dorsal, lisa se apoya sobre el músculo pectoral y serrato mayor. La glándula consta de 15 o 20 glándulas aisladas, cada una de las cuales está provista de un conducto excretor profusamente ramificado que desemboca en el pezón y areola, se encuentran glándulas sebáceas bien desarrolladas y en la areola también pueden encontrarse glándulas sudoríparas y areolares que son glándulas mamarias rudimentarias.

H

Hígado: Viscera situada en la parte superior del abdomen debajo del diafragma, encima del estómago y la masa intestinal, que presenta una estructura ovoidal, con el eje mayor transversal, en la que se distinguen dos caras, dos bordes y dos extremidades.

Homolateral: Situado o que ocurre en el mismo lado.

Hormona: Sustancia química secretada en los líquidos corporales por un grupo de células vehiculizada normalmente a través de la sangre, que ejerce un efecto fisiológico en el control metabólico de otras células de la economía.

Hueco axilar: Axila.

Hueco supraclavicular: Espacio situado arriba de la clavícula.

Hueso: Estructura anatómica dura, que sirve de soporte a las blandas, protege órganos vitales (encéfalo y médula espinal), proporciona apoyo a los músculos esqueléticos, transformando sus contracciones en movimientos útiles, y constituye el depósito de calcio y fósforo del organismo.

I

Infeción: Llegada al organismo de microorganismos y posterior multiplicación y difusión por él, con o sin aparición de enfermedad.

Inflamación: Respuesta inespecífica del organismo, frente a la agresión por parte de microorganismos vivos y agentes fisicoquímicos caracterizada clínicamente por la aparición de calor, rubor, tumor, dolor y pérdida o disminución de la función.

Incisión: Sección quirúrgica de una parte blanda.

Ipsilateral: Que ocurre en el mismo lado. Se aplica generalmente a los síntomas que aparecen en el mismo lado de una lesión del Sistema Nervioso Central.

L

Lesiones: Cualquier cambio patológico, orgánico o funcional que se produce en los tejidos de un órgano sano.

M

Maligno: De índole pernicioso; aplicase a las enfermedades de curso rápido y pronóstico fatal.

Mama: Órgano que en el hombre usualmente es una formación pequeña y plana formada por tejido conjuntivo y rudimentos de tejido glandular, mientras que en las mujeres constituye un órgano par, en forma de un segmento de esfera, que acostumbra extenderse entre la tercera y la sexta costilla, estando separadas en línea mediante el surco. En la parte más prominente se encuentra el pezón, en cuya punta se observan las desembocaduras de los conductos galactóforos. Está rodeada por una zona anular arrugada (areola) donde se distinguen varias eminencias redondeadas del tamaño de una cabeza de alfiler producidas por las glándulas areolares (especialmente durante el embarazo).

Menstruación: Patrón hemorrágico vaginal, característico de las mujeres de edad fértil, que aparece cada 28 +/- 3 días, con una duración media de 4 +/- días, y en el que se pierden aproximadamente de 40 a 100 mil de sangre.

Metabolismo: Conjunto de reacciones catalizadas por enzimas de las moléculas orgánicas de los elementos nutritivos en las células vivas.

Metástasis: Cambio de localización de un padecimiento o enfermedad que se produce en órganos distintos y distantes en donde se manifiesta en forma primaria.

Mortalidad: Proporción de las muertes que tienen lugar en una población en un determinado lapso de tiempo.

Músculo pectoral mayor: Se origina en la clavícula, esternón, primeros cartilagos costales y vaina del músculo recto del abdomen. Mueve la escápula hacia delante, se encarga de la rotación interna del brazo (delante y adentro), eleva las costillas.

Músculo pectoral menor: Se origina en las extremidades anteriores de la 3,4 y 5 costilla. Se encarga también de elevar las costillas.

N

Náusea: Sensación desagradable localizada en el epigastrio que indica la necesidad de vomitar; aunque ambos síntomas (náusea y vómito) son independientes, generalmente van juntos.

Neoplasia: Masa anormal de tejido cuyo crecimiento no se halla controlado totalmente por los sistemas regulares del organismo, forma que persiste su multiplicación después de cesar el estímulo que indujo el cambio.

Nódulos: En anatomía, tumefacción circunscrita de estructuras elementales.

Nudo, nudosidad: Acumulo de células con aspecto diferente del tejido en el que se hallan.

O

Organismo: Cualquier ser vivo, animal o vegetal. Conjunto de partes organizadas.

Organo: Parte del cuerpo dotado de una o varias funciones.

Ovarios: Glándulas sexual femenina, doble, situada a ambos lados del útero. Está constituido por los folículos De Graff que contienen los óvulos que periódicamente van expulsándose mediante el proceso de ovulación y que son el elemento primordial de la reproducción. Es también el principal productor de hormonas esteroideas y no esteroideas (estrógenos, progesterona, andrógenos, gonadocrinas) que regulan la vida y las características sexuales de la mujer.

P

Palpación: Técnica exploratoria basada en la observación de las distintas características morfológicas, dinámicas y de sensibilidad que proporciona la aplicación de las manos o instrumentos auxiliares sobre una zona del organismo enfermo.

Pared: Cara o superficie lateral del cuerpo.

Parenquima mamario: Tejido característico funcional de la mama

Parestesia: Dícese de las perversiones en las sensaciones, en las que un estímulo provoca una sensación distinta a la normal.

Patogenia o patogénesis: Rama de la patología que se encarga del estudio de la cadena de presuntos mecanismos que vinculan la causa de la enfermedad (etiología) al síntoma que provoca.

Pectoral: Perteneciente o relativo al tórax o pecho.

Permeabilidad: Facilidad con la que una determinada sustancia atraviesa una determinada barrera del organismo.

Pezón: Estructura clínica situada en la parte más prominente de la cúpula mamaria, y cuya punta muestra pequeñas depresiones a nivel de las cuales se encuentran las desembocaduras de los conductos galactóforos.

Plano: Superficie plana, sin prominencias. Superficie imaginaria que limita el cuerpo en un sentido determinado.

Precocidad: Desarrollo físico o psíquico que ocurre de forma temprana.

Precoz: Que se desarrolla o madura tempranamente.

Proceso: Conjunto de signos, síntomas o fenómenos. Evolución de una enfermedad. En anatomía, apófisis, prolongación.

Pronóstico: Predicción de la evolución y desenlace de una enfermedad, utilizando la información obtenida mediante el interrogatorio, examen físico y demás datos que se pueden obtener del paciente. El juicio pronóstico, también debe basarse en la patogenia de la enfermedad y en la respuesta que se espera del tratamiento.

Pulmones: Cada uno de los órganos del aparato respiratorio a través de los cuales se realiza la hematosis o intercambio de oxígeno entre la sangre y los alvéolos pulmonares.

Pulpejo: Referente a la parte blanda de consistencia carnosa de los extremos palmares de los dedos.

Punción: Operación que consiste en abrir los tejidos con un instrumento punzante y cortante a la vez, con fines diversos.

Punción - aspiración: Maniobra indicada para realizar un examen microscópico en donde se demuestra la presencia de infiltrados celulares como las encontradas en la leucemia, el linfoma o el mieloma múltiple.

Q

Quiste: Formación patológica en forma de bolsa cerrada que está provista de membrana en cuyo interior contiene una sustancia líquida o semilíquida.

R

Regla: Menstruación.

Recidiva: Reaparición de una enfermedad tiempo después de haberse considerado curada. Término aplicado a los tumores neoplásicos que aparecen nuevamente después de haber sido tratados mediante cirugía, radioterapia o quimioterapia.

S

Sanguinoliento: Teñido o mezclado con sangre.

Selenio: Elemento químico que en el organismo humano forma parte del enzima glutatión peroxidasa, el cual protege a los lípidos de la membrana celular, las proteínas y los ácidos nucleicos frente al daño causado por los agentes oxidantes.

Sensibilidad: Capacidad de un organismo para percibir las sensaciones por un número variable de estímulos.

Serosidad: Líquido con las características de suero.

Suero: Líquido claro, desprovisto de células y extraído de un coágulo.

Supraclavicular: Situado encima de una clavícula.

T

Tejido: Conjunto de células especializadas, sustancias derivadas de las mismas fibras que las sostienen o las rodean, que en conjunto desempeñan una o más funciones y conforman una estructura orgánica determinada.

Temperatura: Grado o intensidad de calor determinada en cualquier escala arbitraria.

Terapéutica: Ciencia médica que se ocupa del tratamiento de las enfermedades, y estudia los medios propios para alcanzar este objetivo.

Traumatismo: Término genérico que abarca todos los estados físicos o psíquicos resultantes de una agresión o violencia exterior. Estado del cuerpo humano que se halla afectado de heridas o contusiones graves.

Tórax: También llamado pecho o caja torácica, es una cavidad ósea y cartilaginosa en la que se encuentran alojados los pulmones y el corazón.

Tumor: Bulto o hinchazón patológica, que se puede dar en cualquier parte del organismo. Crecimiento o neoformación de tejido de manera incontrolada y que en general tiene un carácter progresivo.

Tumor benigno: Tumores que muestran signos de benignidad, que microscópicamente no son indiferentes y que no producen metástasis.

Tumor maligno: Tumor que crece rápidamente, infiltra y desorganiza los tejidos circundantes, tiene marcadas atipias citológicas, tiene tendencia a la recidiva y ocasiona metástasis.

U

Úlcera: Lesión deprimida de la piel o de las mucosas productivas por la pérdida de sustancia por necrosis gradual. Es de tamaño variable y puede abarcar únicamente el epitelio o bien alcanzar las estructuras más profundas.

Útero: Órgano simétrico, hueco, de gruesas paredes musculares y forma de pera de unos 7 u 8 cm. de longitud. Alcanza el tamaño adulto a los 15 años y disminuye tras la menopausia.

V

Vascularización: Formación de vasos.

Vaso: Dícese de cualquier conducto por el que circula un líquido corporal, especialmente sangre, linfa o quilo.

Vértice: Punto extremo de una estructura anatómica.

Vómito: Expulsión activa y violenta por la boca del contenido gástrico.